**PERICARDITES**

*Pediatr Cardiol 21:363–367, 2000*

*Pediatr Cardiol 21:363–367, 2000*

*Pediatr Emer Care 2011; 27: 581****-****585*

**EPIDEMIOLOGIE:**

* A tout âge, âge médian 7-12 ans

**MÉCANISME**

* Inflammation des 2 feuillet du péricarde avec épanchement pouvant aller jusqu’à la tamponnade.

**SYMPTOMES**

* **Douleurs thoraciques (96%) = Symptômes cardinal !**
  + **En coups de couteau**
    - augmentées **à l’inspiration profonde**
    - diminuées **en position assise en se penchant en avant**.
* **EF peu élevé** sauf si cause bactérienne **(56%)**
* **Dyspnée** (tachypnée, toux ) (23%) 🡪 Attention de ne pas confondre avec pneumonie !
* Vomissements (33%)
* Fatigue (23%)
* Frottement péricardique fugace (type papier froissé qui augmente à la pression du sthéthoscope et persitste en apnée) au mésocarde et bord G du coeur et qui n’est pas audible si épanchement péricardique important

**La péricardite représente seulement 1-5% des consultations des enfants pour douleurs thoraciques**

**🡪 c’est bien d’y penser mais cela reste rare !**

****

*EMC - Pédiatrie*

**ETIOLOGIES**

* **Idiopathique** (66%) dont la plupart sont probablement **virales**…
* **Infectieuse** :
  + Virale : EBV, CMV, entérovirus (coxsackie, échovirus), varicelle, HHV-6, adénovirus, parvovirus B19, VIH, grippe, dengue, chikungunya
  + Bactérienne : S.Aureus, Pneumocoque, H.Influenzae, GAS, **tuberculose** (cause très fréquente en pays endémique), Chlamydia, Mycoplasme, …
  + Parasitaire : toxoplasmose, échinoccocose
* **Post opératoire** (post pericardiectomie entre J7 et J30), **post traumatique**
* Maladies auto-immunes et rhumatismales : Lupus, **IBD**, **PTT**, , **ARJ**, **Kawasaki**, FMF, **RAA**
* Sd thoracique aigu dans drépanocytose
* Tumorale
  + **Lymphome**
  + **Leucémie**
* Métabolique
  + **Hypothyroïdie** par augmentation de la perméabilité capillaire
  + IRA
  + **Anorexie mentale** 🡪 épanchements chroniques bien tolérés
* Médicamenteuse (très rares):
  + Pénicillines, Sulfamidés, Isoniazide
  + Thiazides diurétiques
  + Fer
  + Anticoagulants
  + Amiodarone
  + Produits sanguins

**COMPLICATION :**

* **Rechercher des signes de tamponnade**

**🡪 Plus l’épanchement se constitue vite, moins il est bien toléré**

* + Tachycardie/tachypnée
  + Bruits cardiaques lointains
  + Refus de la position allongée
  + Turgescence jugulaire +/- hépatomégalie
  + Pouls paradoxal
  + Petit voltage du QRS sur ECG

**LABORATOIRE**

**L’ECG est toujours anormal**

**L’ultrason cardiaque ou les troponines sont anormaux dans 80% des cas**

**Présence d’un syndrome inflammatoire (VS/CRP) ou d’un épanchement à l’US dans 60% des cas**

**La Rx de thorax ou les CK sont anormaux dans 40% des cas**

* Question à l’US :
  + Taille de l’épanchement? 🡪 important si > 2 cm
  + Epanchement localisé ou circonférentiel
  + Cloison ? 🡪 signe de péricardite purulente
  + Épaississement des feuillet péricardiques ?
* **ECG** est 100% anormal:
  + **Sous décalage du PQ** puis

****

* + **Elévation du du segment ST** **non systématisée à un territoire coronarien** puis



* + **Aplatissement des ondes T puis inversion des ondes T (**et normalisation du segment ST en phase subaiguë).
  + Si tamponnade : petit voltage sur le QRS
* **Rx de thorax** (40% des cas normal)🡪 surtout pour le diagnostic différentiel
  + Elargissement de la silhouette cardiaque **si épanchement** significatif
* **Sd inflammatoire :**
  + **FSC**
  + **Elévation de la CRP** > 100 mg/l
  + **Elévation de la VS** > 30 mm/h dans 60% des cas
* **Signes de myo-péricardite :** 
  + **Elévation des CK et CK-MB** (40% des cas)
  + **Elévation des troponines** (> 80% des cas)
* **Culture** de ponction péricardique

****

*EMC - Pédiatrie*

**TRAITEMENT**

* **Hospitaliser les patients à risque :**
  + **EF>38**
  + **Installation progressive**
  + **Epanchement abondant**
  + **Absence de réponse aux AINS après 8 jours**
  + **+/- si trauma ou immunodéficience**
* **Repos**
* **Pas de sport pendant 6 mois si myo-péricardite**
* **En 1ère intention AINS** (100% d’amélioration) à haute dose avec protection gastrique
  + **Ibuprofène :** car bien toléré et effet favorable sur perfusion coronaire
    - 30-50 mg/kg/j en 3 doses (max 2,4g/j) **pendant 2-4 semaine** en décroissance **en suivant la CRP**
  + Aspirine déconseillé car risque de Sd de Reye
* **En 2ème intention :**
  + **Colchicine** si échec des AINS
* **En 3ème intention**
  + **Corticostéroïdes** à faible dose ou si CI à AINS
* Antibiothérapie si suspicion de péricardite purulente 🡪 traiter en 1ère intention du Staph. aureus, pneumocoque et H.Influenza 🡪 **Rocéphine**® **+ Vancomycine**
* **Anakinra**
* Péricardiocentèse (par voie sous xyphoïdienne sous guidage US avec aiguille 18-20 G) en cas de tamponnade avec instabilité hémodynamique (30% des cas)
  + Ponction 1 cm sous la xyphoïde, en direction de l’épaule G avec angle de 45° sous aspiration constante
  + Une fois que le liquide reflue, on insière un guide epuis un cathéter de 5-8 French
  + Dans 3% des cas le geste se complique de ponction ventriculaire sans conséquence.
* Si myo-péricardite, juger le besoin de soutien cardiaque par amines

**EVOLUTION**

* 15-30% de récurrence
* Traitement des récurrences :



*EMC - Pédiatrie*