

DYSPNÉE, ŒDÈMES DES MEMBRES INFÉRIEURS, ET TOUX PERSISTANTE

Un retour d'Afrique difficile...



Dr Pierre Frances¹, Dr Christian Boureux², Cyril Lopez³, Dr Neil Metcalfe⁴

Mme A., 78 ans, revient tout juste du Swaziland, pays où elle a vécu durant 40 ans. Elle nous consulte, car elle présente depuis quelques mois des œdèmes des membres inférieurs, une dyspnée de type 3, mais également une toux persistante depuis plus de 6 mois.

INTRODUCTION

La patiente nous explique avoir été traitée pour une tuberculose il y a 3 ans. Depuis cet épisode, elle est asthénique et amaigrie. Notre examen clinique objective la présence de crépitations des deux bases pulmonaires, une hépatomégalie, et une turgescence des veines jugulaires lors de la pression de l'hypocondre droit. En parallèle, on note lors de l'examen cardiologique une irrégularité rythmique. L'ECG confirme l'existence d'une fibrillation atriale (Fig. 1).

Compte tenu de ce tableau clinique et de la notion d'un séjour de longue durée en Afrique, une

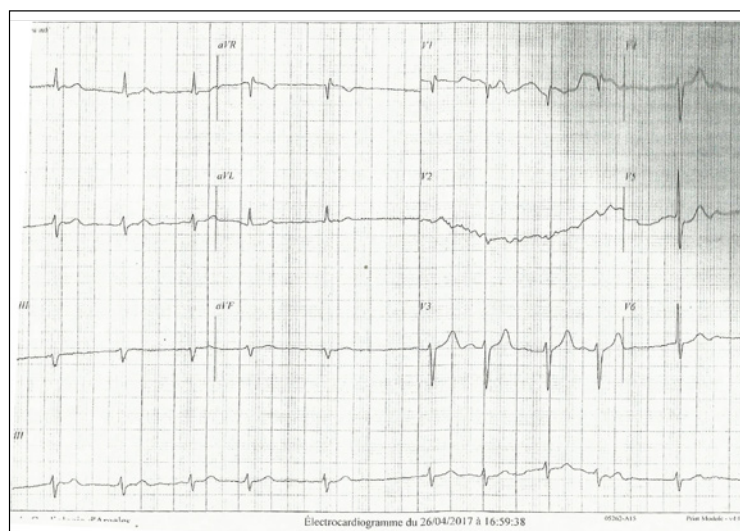


FIGURE 1 - Fibrillation atriale à l'ECG.

tomodensitométrie pulmonaire est réalisée. Cette dernière permet d'objectiver une importante hypertrophie auriculaire droite et gauche, un discret épanchement pleural au niveau des bases, mais également une calcification péricardique (Fig. 2, flèche rouge). En parallèle, le bilan infectieux à la recherche d'une tuberculose (recherche de BK au niveau des crachats) se révèle négatif.

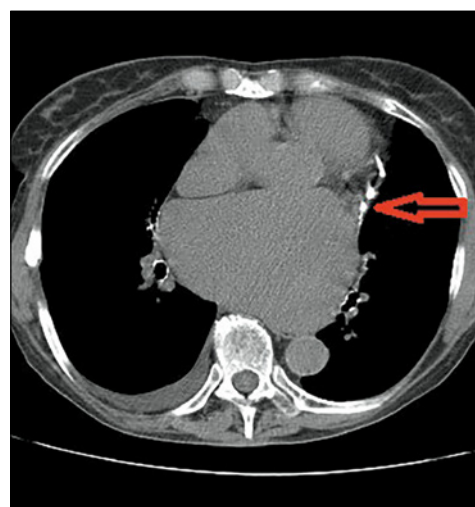


FIGURE 2 - Calcification péricardique sur tomodensitométrie pulmonaire (flèche rouge).

1. Médecin généraliste, Banyuls-sur-Mer
2. Praticien hospitalier en cardiologie, CH Perpignan
3. Interne en médecine générale, Montpellier
4. Médecin généraliste, programme Hippocrates, York

Quiz

- Quel diagnostic devez-vous évoquer ?
- De quelle façon allez-vous le confirmer ?
- Quel traitement doit être préconisé dans ce cas de figure ?

Ce cas clinique illustre bien le diagnostic de **péricardite constrictive**. Il s'agit d'une pathologie rare secondaire à un épaississement du sac péricardique générant une limitation dans le remplissage ventriculaire, élément pouvant conduire à une adiaastolie [1-2]. Dans notre situation, nous observons l'existence d'une calcification péricardique, mais également un épaississement du péricarde, éléments en faveur du diagnostic de péricardite constrictive.

Ce tableau clinique peut avoir de nombreuses origines : idiopathiques, connectivites, radiothérapie, ou néoplasies [3]. **Cependant, dans les pays en voie de développement, l'étiologie la plus fréquente est la tuberculose** [1-3]. Ayant vécu au Swaziland, notre patiente se trouve dans ce cas de figure, élément qui se confirme par le fait qu'elle a été traitée antérieurement pour une tuberculose.

Sur le plan clinique, on retrouve des jugulaires turgescentes (souvent aussi dures qu'un crayon), une hépatalgie, une arythmie, une ascite et des œdèmes des membres inférieurs. Ce sont des signes en faveur d'une insuffisance cardiaque droite [3-5].

En parallèle, nous observons des manifestations en relation avec une insuffisance cardiaque gauche (dyspnée d'effort).

LES DIFFÉRENTES EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES

Parmi les différentes explorations complémentaires, **l'ECG** peut retrouver une onde P bifide, un QRS élargi, une négativation de l'onde T, mais aussi une fibrillation atriale [1].

La radiographie thoracique objective des calcifications péricardiques dans 25 % des cas. Ces calcifications peuvent être observées au moyen de la **tomodensitométrie thoracique** [3]. **L'échocardiographie** retrouve l'épaississement du péricarde, mais aussi une dilatation des oreillettes [5].

Le cathétérisme droit et gauche, examen nécessaire pour poser le diagnostic, montre [3-5] :

- une distension ventriculaire maximale sur un temps bref (pression ventriculaire diastolique),
- une majoration de la pression télédiastolique du ventricule droit (il existe un aspect en "dip-plateau" diastolique au niveau des pressions du ventricule droit),
- et de manière concomitante, une augmentation de la pression systolique du ventricule droit, et une réduction à gauche.

LES CONSÉQUENCES DE LA PÉRICARDITE CONSTRICTIVE

Cette forme de péricardite conduit souvent à une insuffisance car-

diacque chronique avec retentissement coronarien par atteinte obstructive de l'épicarde [3]. On peut également observer une cirrhose hépatique.

LES TRAITEMENTS

On améliore symptomatiquement la dyspnée par le biais des diurétiques qui réduisent la charge volumique [1-5]. En parallèle, dans les cas où le retentissement cardiaque est important, il est possible d'effectuer une péricardectomie (décortication chirurgicale) [1-5].

Dans le cas d'une péricardite tuberculeuse, le bacille de Koch est rarement actif (cas de notre patiente). En revanche, la péricardite induite par la tuberculose est de mauvais pronostic, car elle est cicatricielle [2]. ■

✱ Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

MOTS-CLÉS

Péricardite, Tuberculose, Insuffisance cardiaque chronique



Bibliographie

1. Boccara F. Péricardite aiguë. La Revue du Praticien 2002 ; 52 : 1821-7.
2. Bergman M, Vitrai J, Salman H. Constrictive pericarditis : a reminder of a not so rare disease. Eur J Intern Med 2006 ; 17 : 457-64.
3. Seidler S, Lebowitz D, Müller H. Péricardite constrictive chronique. Revue Médicale Suisse 2015 ; 11 : 1166-71.
4. Lima MV, Cardoso JN, Cardoso CM et al. Constrictive pericarditis with extensive calcification. Arq Bras Cardiol 2011 ; 96 : e7-e10.
5. Hoit BD. Management of effusive and constrictive pericardial heart disease. Circulation 2002 ; 105 : 2939-42.