

DOCUMENT QUALITE

Centre hospitalier de Cayenne - Andrée Rosemon
Avenue des Flamboyants - B.P. 6006 97300 Cayenne
Tel. 0594 39 50 50

Référence : UF2300/42.a	Titre : Péricardite aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR ÉMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :1/55 Date d'émission : 16/09/2022 Date dernière révision :
Rédaction : Nom : Dr Mutricy Rémi Fonction : PH	Vérification : Nom : Dr Deschamps Camille Fonction : PHC	Vérification : Nom : Dr Fremery Alexis Fonction : CCU - AH
Approbation : Nom : Pr Pujo Jean Fonction : Chef de Service	Approbation : Nom : Fonction :	Approbation : Nom : Fonction :
Ont collaboré à la rédaction :		Visa qualité :
Services concernés par application : Service d'Accueil des Urgences		
Attention, seule la version numérique de ce document fait foi		



I- OBJET

Diagnostic et prise en charge des péricardites

II- PERSONNES CONCERNÉES

Médecin, IDE

III- TEXTE DE RÉFÉRENCE

- Adler Y, and al, ESC Scientific Document Group. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2015 Nov 7;36(42):2921-2964.



Référence : UF2300/42.a	Titre : Péricardite aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR ÉMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :1/55
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 16/09/2022 Date dernière révision :

IV- DÉFINITIONS

Péricardite	Définition et critères diagnostiques
Aiguë	<p>Syndrome péricardique inflammatoire diagnostiqué s'il y a au moins deux des quatre critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleur thoracique péricardique (rétrosternal et/ou précordial gauche, irradiation au bord des trapèzes, au cou aux épaules, augmente en inspiration profonde, à la toux ; aux changements de position, soulagée quand tronc penché en avant) - Frottement péricardique - Nouveau sus-décalage de ST diffus ou sous-décalage de PQ sur l'ECG - Epanchement péricardique à l'échographie (nouveau ou s'aggravant) <p>Données supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elévation des biomarqueurs d'inflammation (CRP, Globules blancs) ; - Preuve d'une inflammation péricardique par n technique d'imagerie (scanner, IRM)
Incessante	Péricardite durant plus de 4 à 6 semaines mais moins de 3 mois sans rémission
Récurrente	Récidive de péricardite après un premier épisode documenté de péricardite aiguë et une période sans symptômes de 4 à 6 semaines ou plus
Chronique	Péricardite durant plus de 3 mois

V- DESCRIPTION

1. Y penser devant :

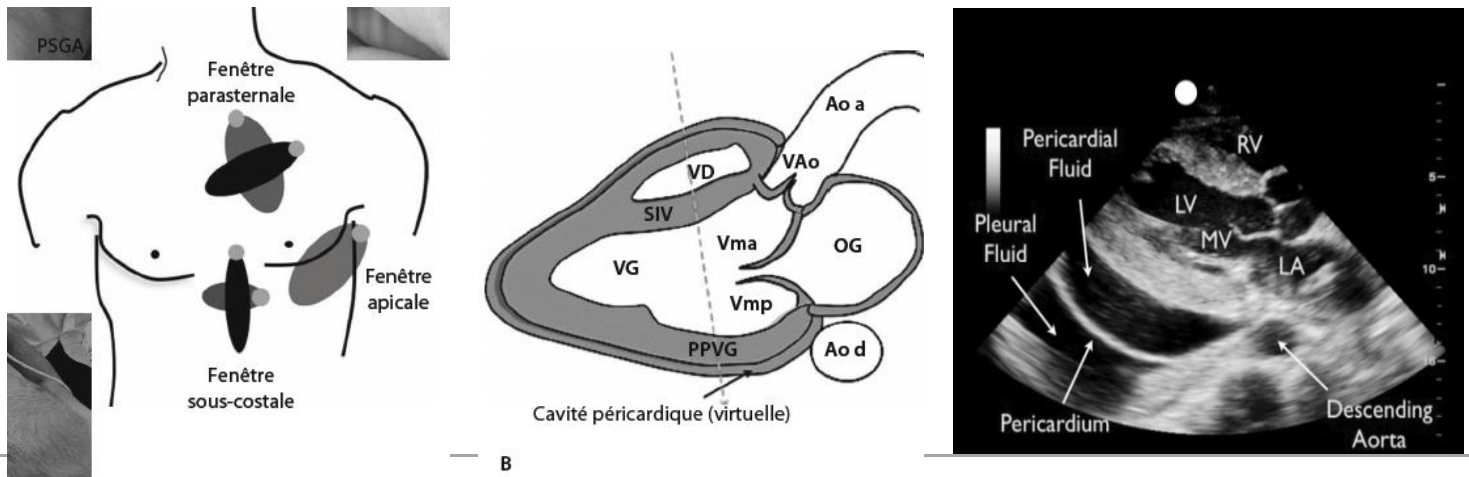
- Douleurs thoraciques
- Dyspnée
- Etat de choc
- Arrêt Cardio respiratoire
- Syndrome cave supérieur
- Signe de cœur droit
- Signe ECG
- Cardiomégalie

2. Conduite à tenir

- Recherche de signe de gravité
 - Signe d'insuffisance cardiaque droite aiguë :
 - Turgescence jugulaire
 - Reflux hépato-jugulaire
 - Hépatomégalie douloureuse
 - Fréquence respiratoire >20 cycles par minute
 - Pouls > 100 battements par minute
 - Pression Artérielle Systolique < 100 mmhg
- Position semi assise et repos
- Voie veineuse périphérique
- ECG
- Prélèvement biologique : NFS, CRP, Ionogramme, Troponines (recherche myocardite), BNP.
- Compléter le bilan en fonction de l'hypothèse étiologique (voir annexe)



- Echographie cardiaque à la recherche d'un épanchement :
 - Visible dans toutes les coupes mais plus facile à voir en parasternale



- Radiographie thoracique :
 - Elargissement du cœur en carafe dans les gros épanchements de plus de 300ml
 - En général normale

3. Diagnostic différentiel

- Syndrome Coronarien aiguë
- Tamponnade
- Dissection aortique
- Embolie pulmonaire

4. Orientation

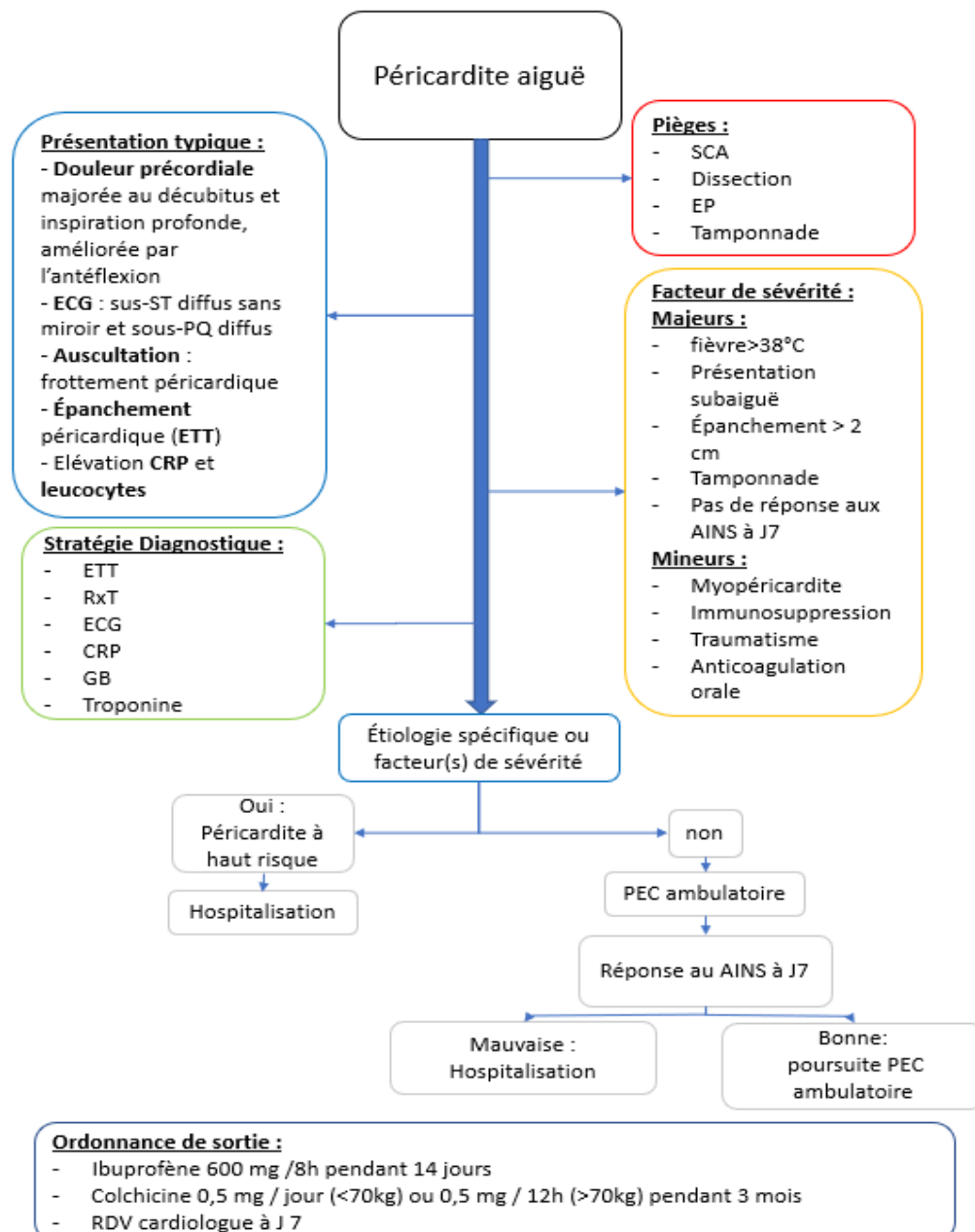
- Réanimation (4570) ouUSIC (4116) :
 - Mauvaise tolérance
 - Suspicion péricardite purulente
 - Traitement anticoagulant
- Hospitalisation en cas de voir avec cardiologue (4116) :
 - Doute diagnostique
 - Complication dont myocardite
 - Doute sur cause bactérienne
 - Présence d'un ou plus des facteurs de risque ci-dessous :
 - Suspicion cause non viral
 - Fièvre >38°C
 - Évolution subaiguë, début non aiguë
 - Symptôme ou signes de tamponnade
 - Anticoagulants
 - Epanchement > 2cm
 - Déficit immunitaire
 - Traumatisme
 - Ehec de 7 jours d'AINS

5. **Traitement**

- Repos : vie sédentaire (pas de sport pendant 3 mois)
- Pour traiter la douleur :
 - Ibuprofène 600 mg /8h pendant 7 à 14 jours puis décroissance (-200 mg/J à -400 mg/j toutes les 1 à 2 semaines)
 - Ou Aspirine 750 à 1 g /8h pendant 7 à 14 jours puis décroissance (-250 mg à 500 mg par prise toutes les 1 à 2 semaines)
- Colchicine 0,5 mg / jour (<70kg) ou 0,5 mg / 12h (>70kg)

6. **Suivi**

- Consultation de cardiologie à J7 à organiser avec Cardiologie (numéro 4116)

7. **Algorithme de prise en charge**

Référence : UF2300/42.a	Titre : Péricardite aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR ÉMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :1/55
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 16/09/2022 Date dernière révision :

VI- ANNEXES

Tableau I : étiologie des péricardites

Causes infectieuses
<ul style="list-style-type: none"> ● Virales (fréquentes) : entérovirus (coxsackie, écho), herpès (cytomégalovirus, virus Epstein-Barr, <i>human herpes virus-6</i>), adénovirus, parvovirus B19. ● Bactériennes : <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (fréquente ; autres bactéries : rares), <i>Coxiella burnetii</i>, <i>Borrelia burgdorferi</i> ; rarement : <i>Pneumococcus</i> spp., <i>Meningococcus</i> spp., <i>Gonococcus</i> spp., <i>Streptococcus</i> spp., <i>Staphylococcus</i> spp., <i>Haemophilus</i> spp., <i>Chlamydia</i> spp., <i>Mycoplasma</i> spp., <i>Legionella</i> spp., <i>Leptospira</i> spp., <i>Listeria</i> spp., <i>Providencia stuartii</i>. ● Fongiques (très rares) : <i>Histoplasma</i> spp. (plus probable chez les patients immunocompétents), <i>Aspergillus</i> spp., <i>Blastomyces</i> spp., <i>Candida</i> spp. (plus probable chez les patients immunodéprimés). ● Parasitaires (très rares) : <i>Echinococcus</i> spp., <i>Toxoplasma</i> spp.
Causes non infectieuses
<ul style="list-style-type: none"> ● Auto-immunes (fréquentes) : maladies systémiques auto-immunes et auto-inflammatoires (lupus érythémateux disséminé, syndrome de Sjögren, polyarthrite rhumatoïde, sclérodermie), vascularites systémiques (granulomatose éosinophilique avec polyangéite ou granulomatose allergique, autrefois appelée syndrome de Churg-Strauss, maladie de Horton, maladie de Takayasu, syndrome de Behçet), sarcoidose, fièvre méditerranéenne familiale, maladies intestinales inflammatoires, maladie de Still. ● Néoplasiques : tumeurs primitives (rares ; surtout mésothéliome péricardique) ; tumeurs métastatiques secondaires (habituelles ; surtout cancers du poumon et du sein, lymphome). ● Métaboliques : urémie, myxoedème, anorexie mentale ; autres : rares. ● Traumatiques et iatrogéniques : <ul style="list-style-type: none"> – début précoce (rares) : blessures directes (blessures thoraciques pénétrantes, perforation œsophagienne) et indirectes (blessures thoraciques non pénétrantes, radiations) ; – début retardé : syndromes d'atteinte péricardique (fréquents) tels que le syndrome post-infarctus du myocarde, le syndrome post-péricardotomie, les syndromes post-traumatiques, incluant les formes après trauma iatrogène (par exemple, intervention coronaire percutanée, insertion de sonde de stimulateur cardiaque, ablation par radiofréquence). ● Médicamenteuses (rares) : <i>lupus-like syndrome</i> (procaïnamide, hydralazine, méthyldopa, isoniazide, phénytoïne) ; médicaments anticancéreux (souvent associés à une cardiomyopathie, ils peuvent causer une péricardiopathie) : doxorubicine, daunorubicine, cytosine arabinoside, 5-fluorouracile, cyclophosphamide ; pénicillines : péricardite d'hypersensibilité avec éosinophilie ; amiodarone, méthysergide, mésalazine, clozapine, minoxidil, dantrolène, practolol, phénylbutazone, thiazides, streptomycine, thiouraciles, streptokinase, acide para-amino-salicylique, sulfa-drogues, ciclosporine, bromocriptine, plusieurs vaccins, <i>granulocyte-macrophage colony-stimulating factor</i> (GM-CSF), <i>anti-tumor necrosis factor agents</i> (agents anti-TNF). ● Autres (fréquentes) : amylose, dissection aortique, hypertension artérielle pulmonaire, insuffisance cardiaque chronique. ● Autres (peu fréquentes) : absence congénitale partielle ou totale de péricarde.

