

La tuberculose péricardique

Dr Dorra Abid

Collège Le 10/04/2012

Introduction

La tuberculose :

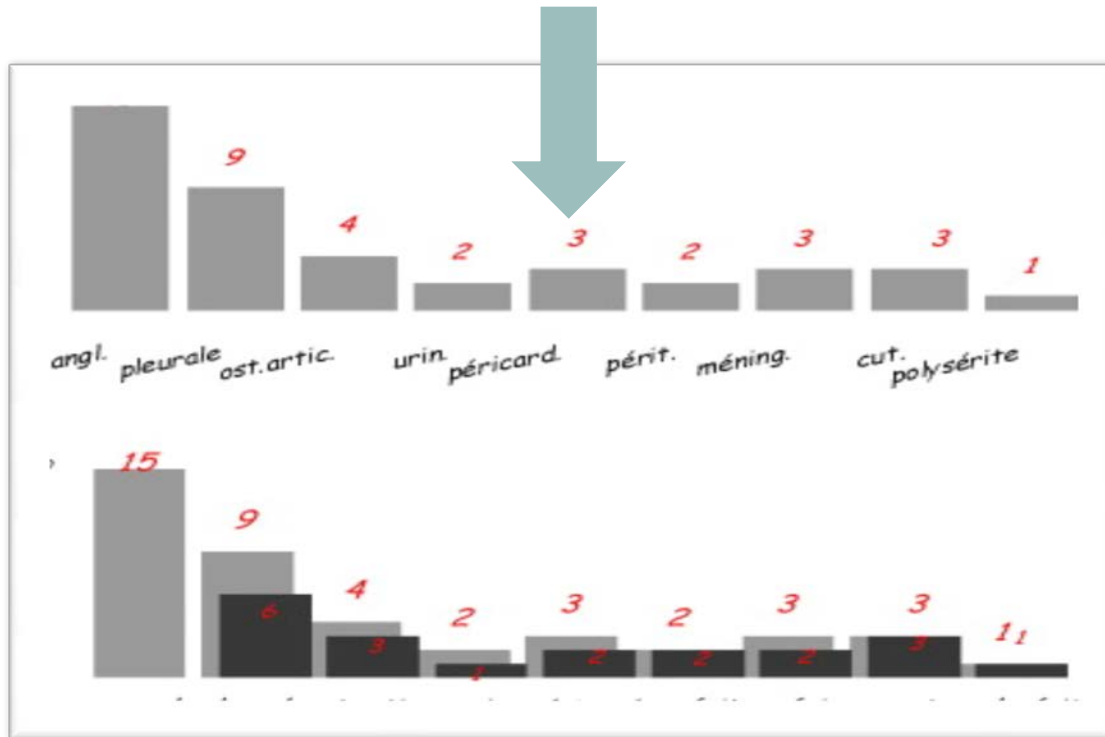
- Problème de santé publique ++
- Première cause de mortalité d'origine infectieuse (3 millions / an)
- Incidence est intimement liée à la recrudescence du VIH surtout dans les pays en voie de développement.

Introduction

- La tuberculose constitue une des causes principales de péricardite.
- L'évolution peut être insidieuse.
- Affection grave : risque de
 - * tamponnade
 - * constriction
- Diagnostic difficile.
- Traitement sujet de discussion

Épidémiologie :

- Dans les pays en voie de développement
La tuberculose est responsable de 70% des épanchements péricardiques de moyenne abondance.
- La localisation péricardique constitue 1 à 2 % des localisations extra pulmonaires.



Différentes localisations extra pulmonaires de TBK

Physiopathologie :

- L'atteinte péricardique est rarement isolée.
- Réactivation plus que primo infection.
- La contamination est souvent d'origine lymphatique rétrograde, parfois hématogène et rarement par contigüité.

L'évolution anatomopathologique :

- l'exsudat fibrineux, riche en mycobactéries, avec une formule leucocytaire polymorphe .
- l'exsudat sérohématique, à prédominance lymphocytaire.
- la résorption de l'exsudat, avec organisation du caséum et épaississement péricardique .
- la péricardite constrictive.

- La péricardite tuberculeuse peut donc se présenter sous trois formes possibles :

forme exsudative

forme constrictive

forme constrictive et exsudative

Présentation clinique

Signes fonctionnels :

- Douleur thoracique

basi thoracique.

variable à l'inspiration et au changement de position.

- Toux
- Dyspnée
- Signes d'imprégnation tuberculinique.

Présentation clinique

Signes physiques :

- Tachycardie
- Polypnée
- AC : frottement péricardique fugace et qui ne disparaît pas en apnée.
- Des signes d'insuffisance cardiaque droite :

HMG douloureuse

TVJ

RHJ d'installation brutale



évoquant la tamponnade.

Présentation clinique

- Les signes droits associés à une ascite et un œdème des membres inférieurs évoque la constrictio.
- Pouls paradoxal de Kussmaul: diminution voire disparition du pouls radial à l'inspiration

Examens complémentaires:

ECG :

4 phases évolutives:

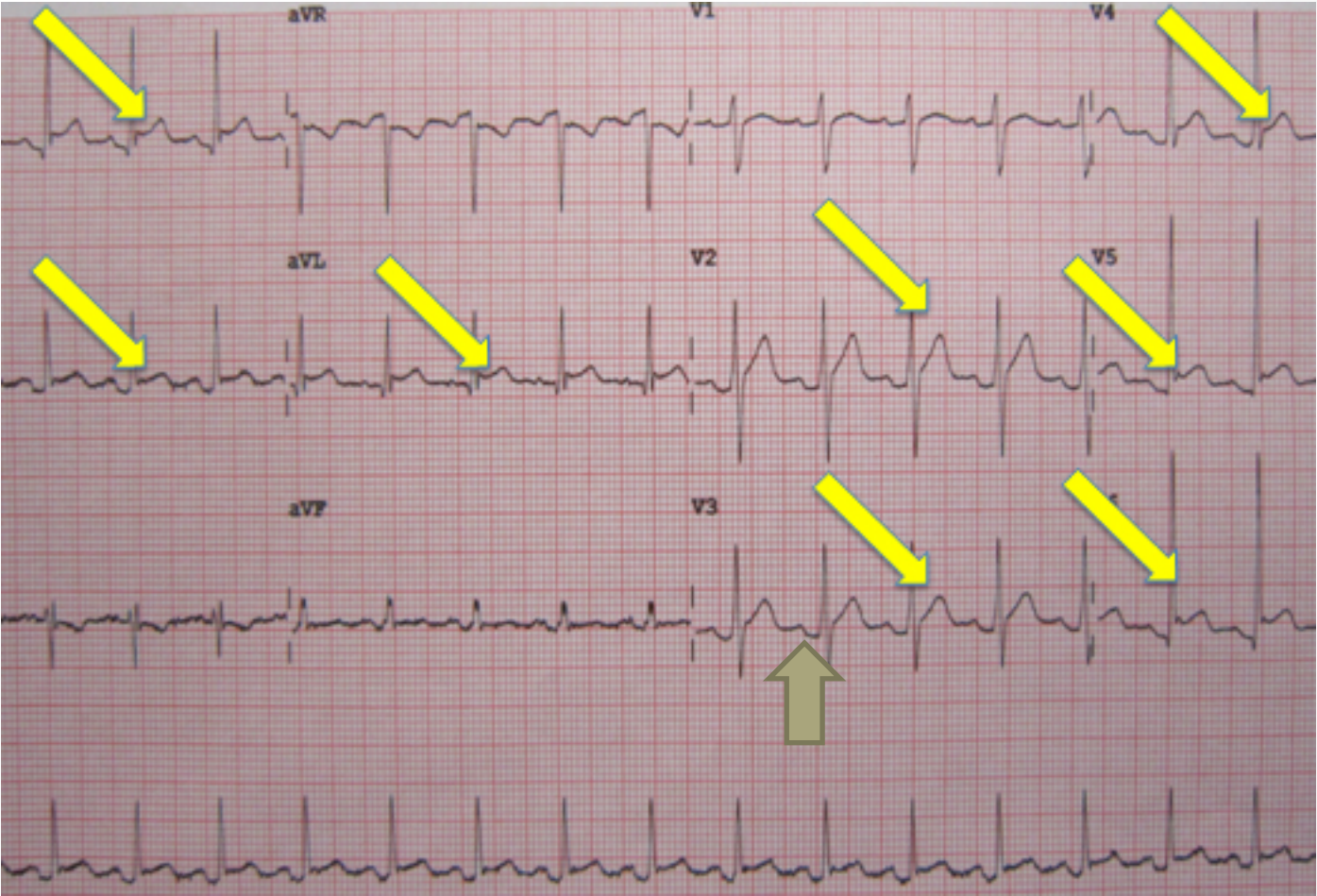
- Sous décalage de PQ (pathognomonique)
- Sus décalage ST concave vers le haut diffus sans image de miroir
- Onde t aplatie ou négative diffuse
- Normalisation de l' ECG



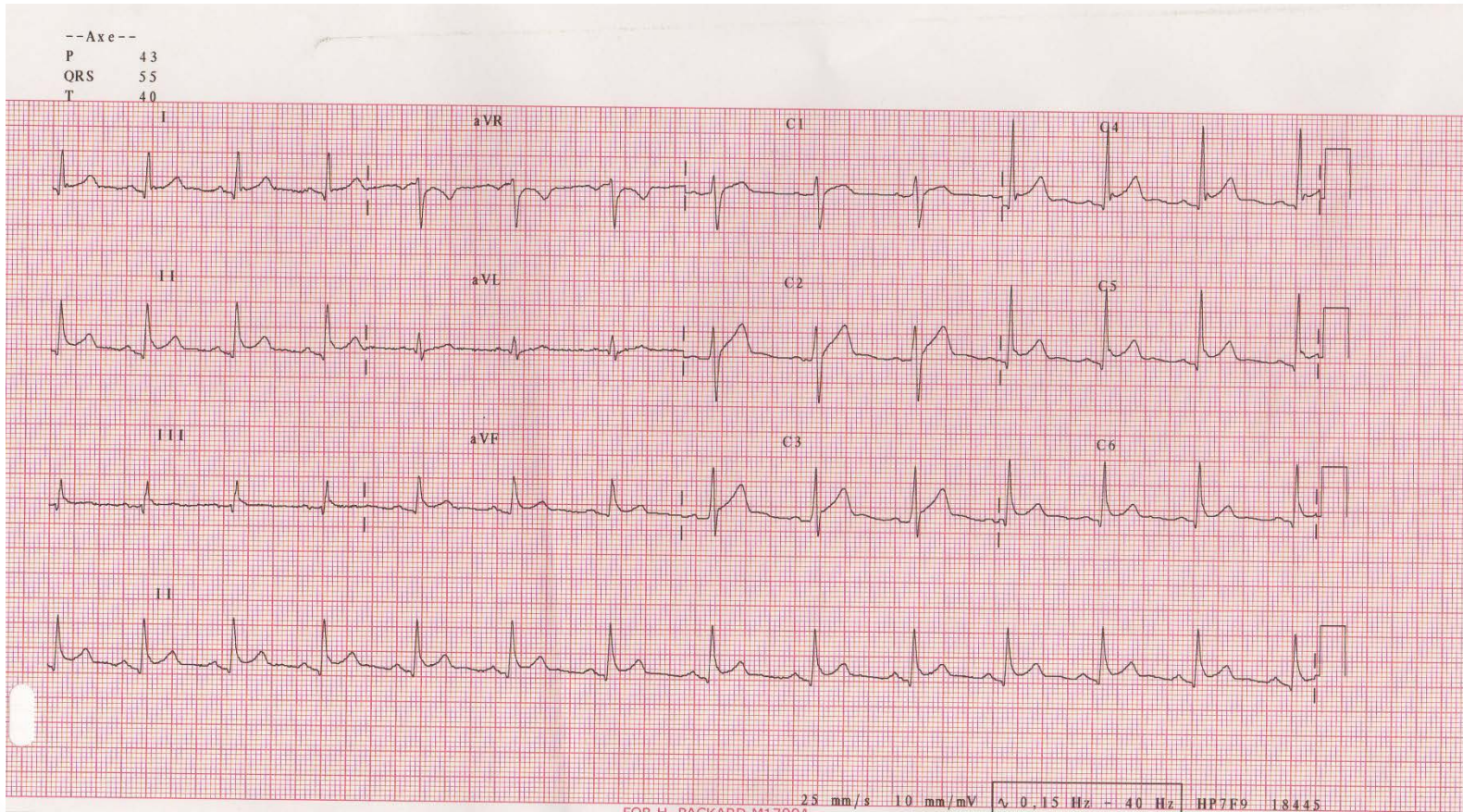
Le rythme cardiaque peut être sinusal

ou **ACFA**

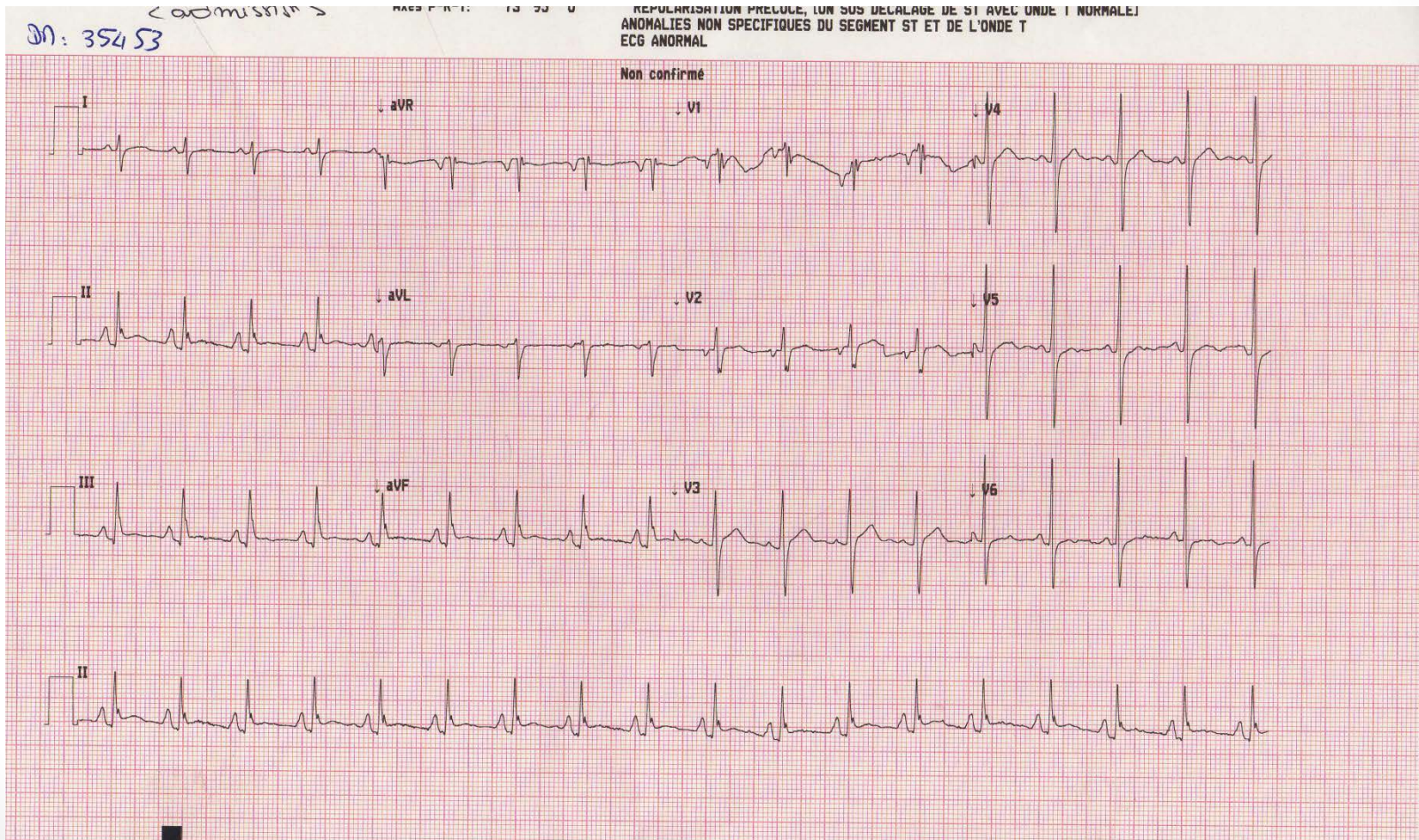
ECG 1



ECG 2

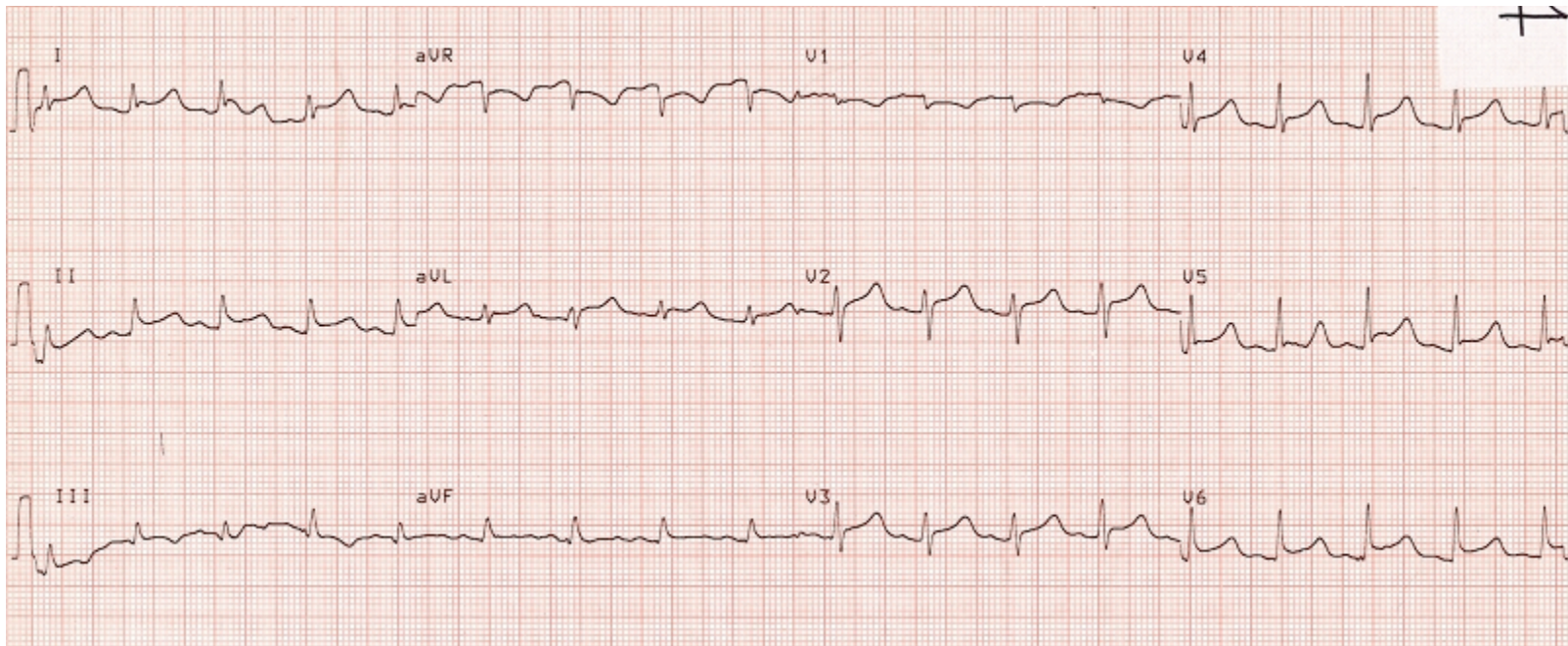


ECG 3



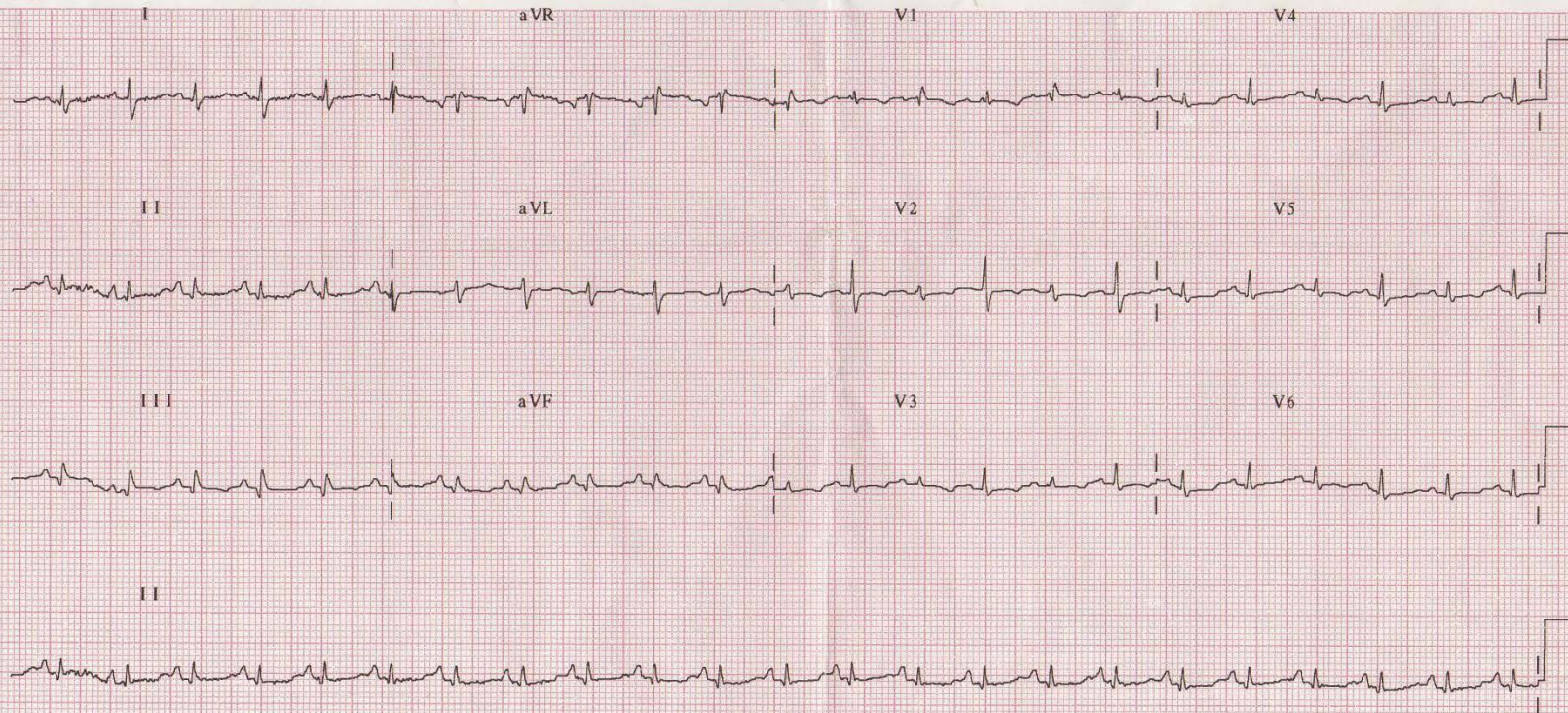
ECG 4

microvoltage



ECG 5: Alternance péricardique : épanchement abondant

P 71
QRS 117
T

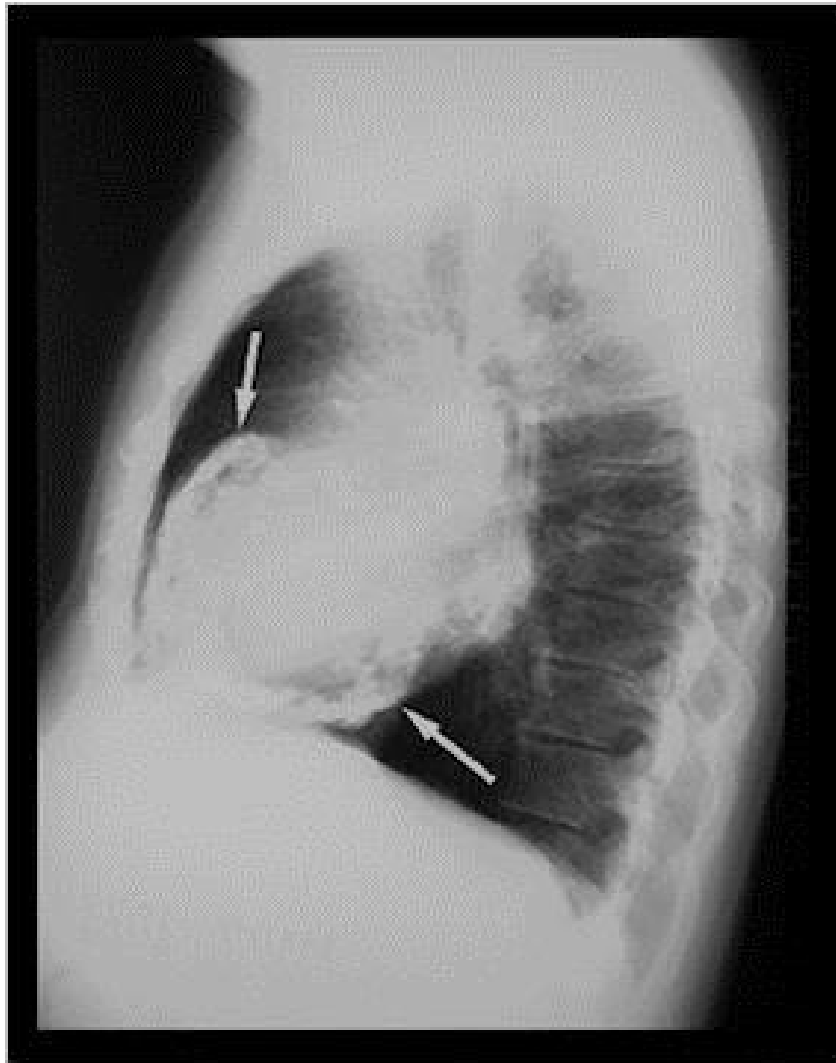


25 mm/s 10 mm/mV $\sqrt{\nu}$ 0,15 Hz - 40 Hz HP7F9 05194

Radio thorax :

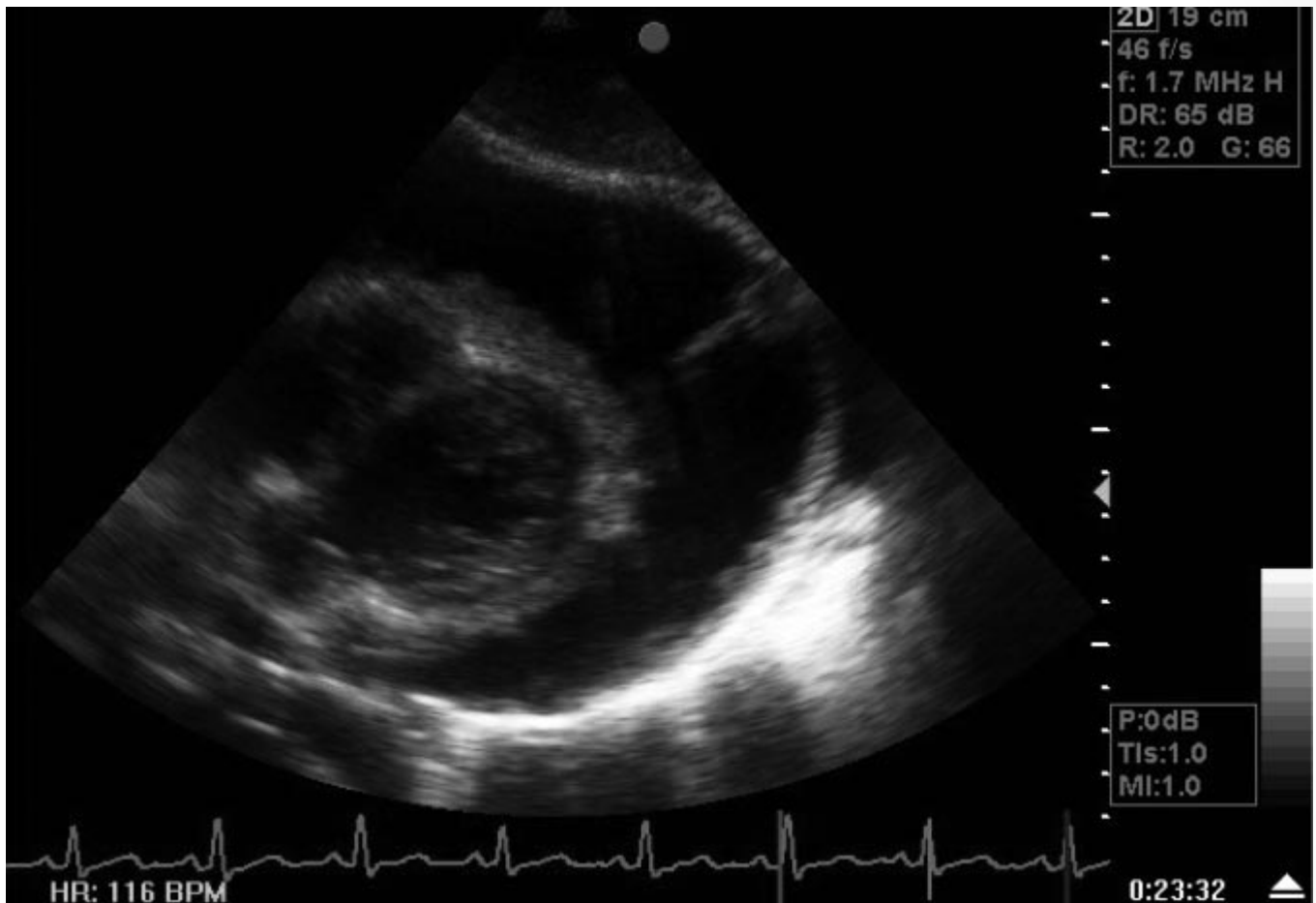
Peut montrer des signes de TBK pulmonaire évolutive



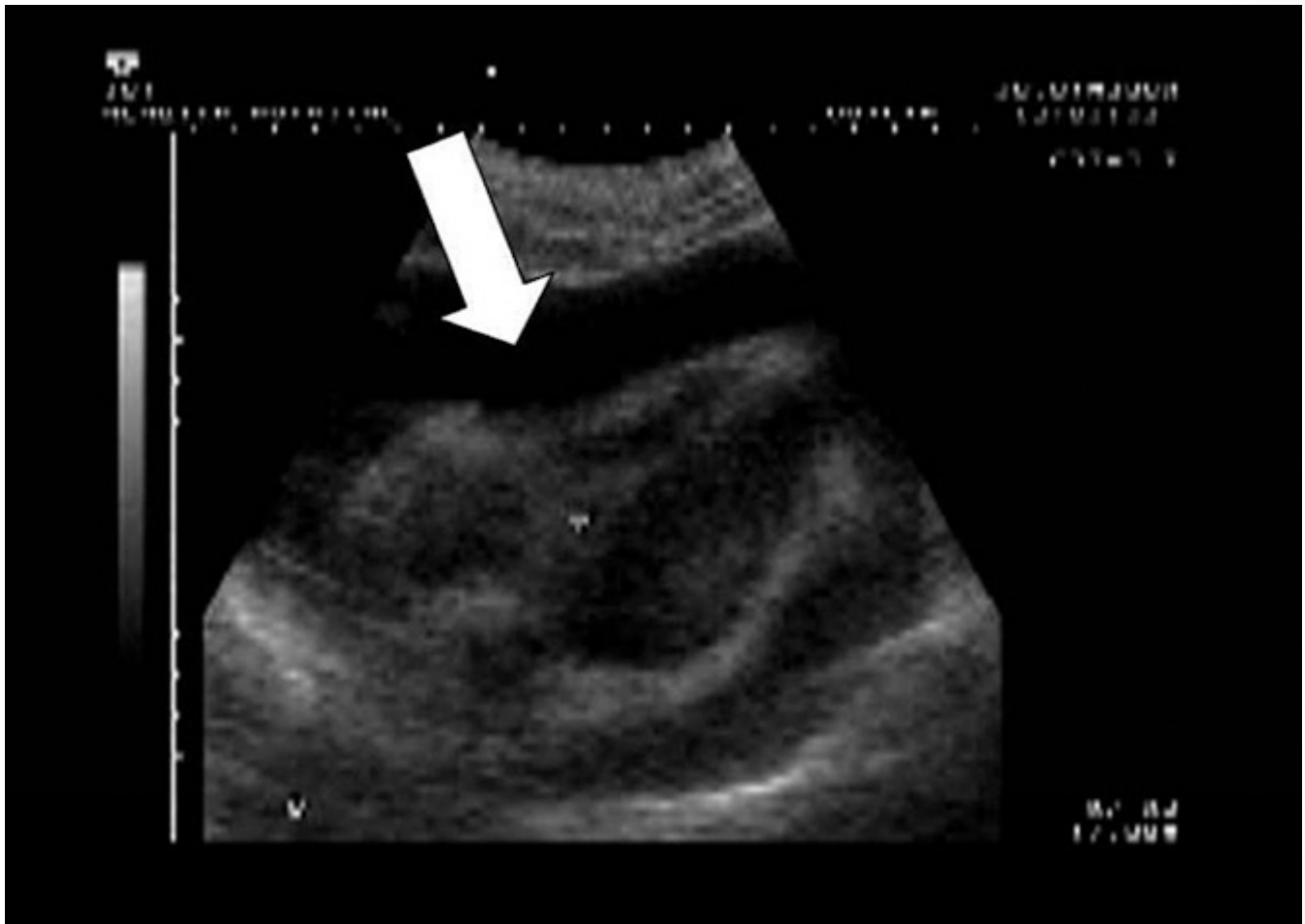


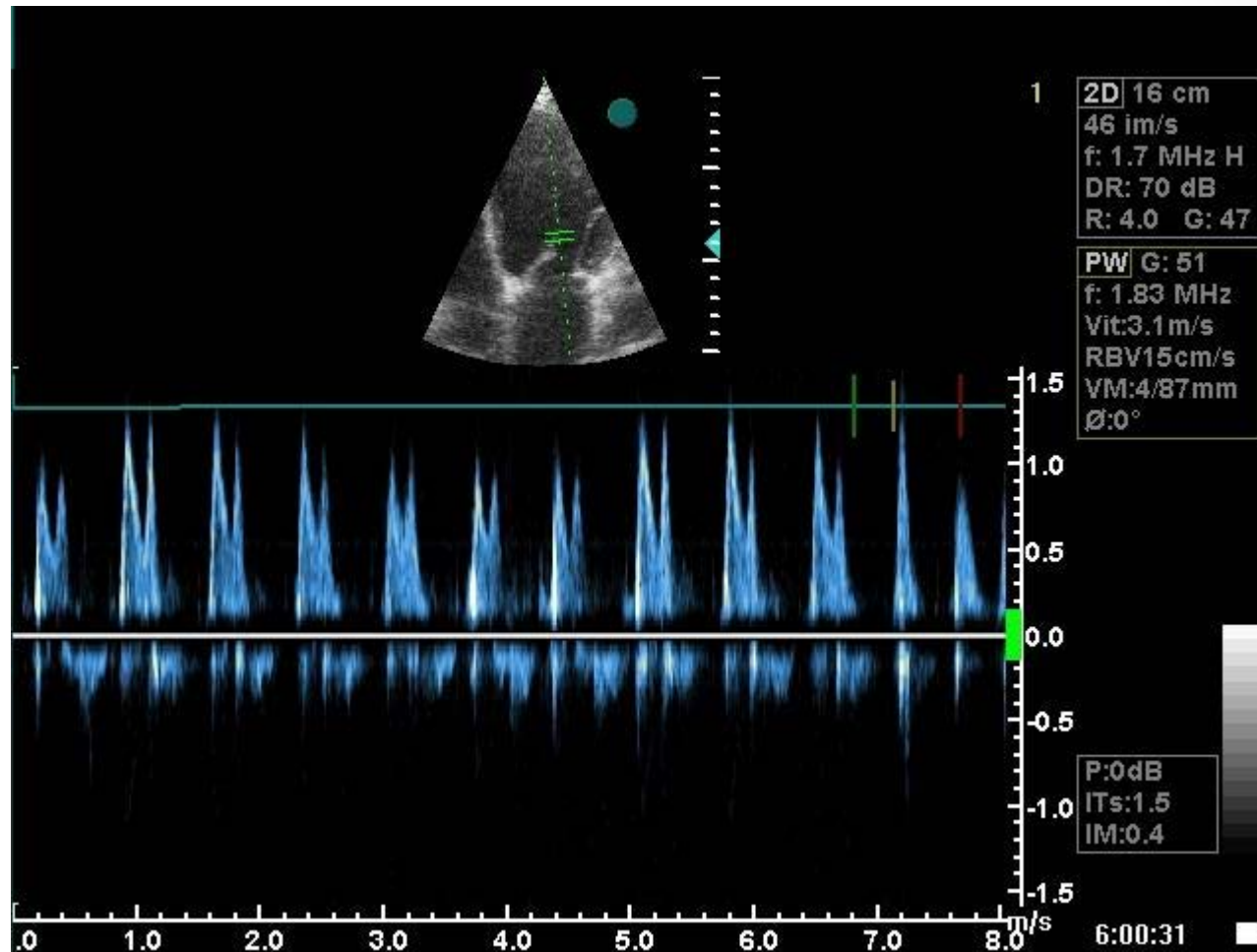
Échographie :

- Examen clé et non invasif
- Examen clé qui confirme le diagnostic de péricardique et peut orienter vers l'origine tubeculeuse.
- La présence d'un épanchement péricardique avec des filaments de fibrine : typique mais non spécifique.



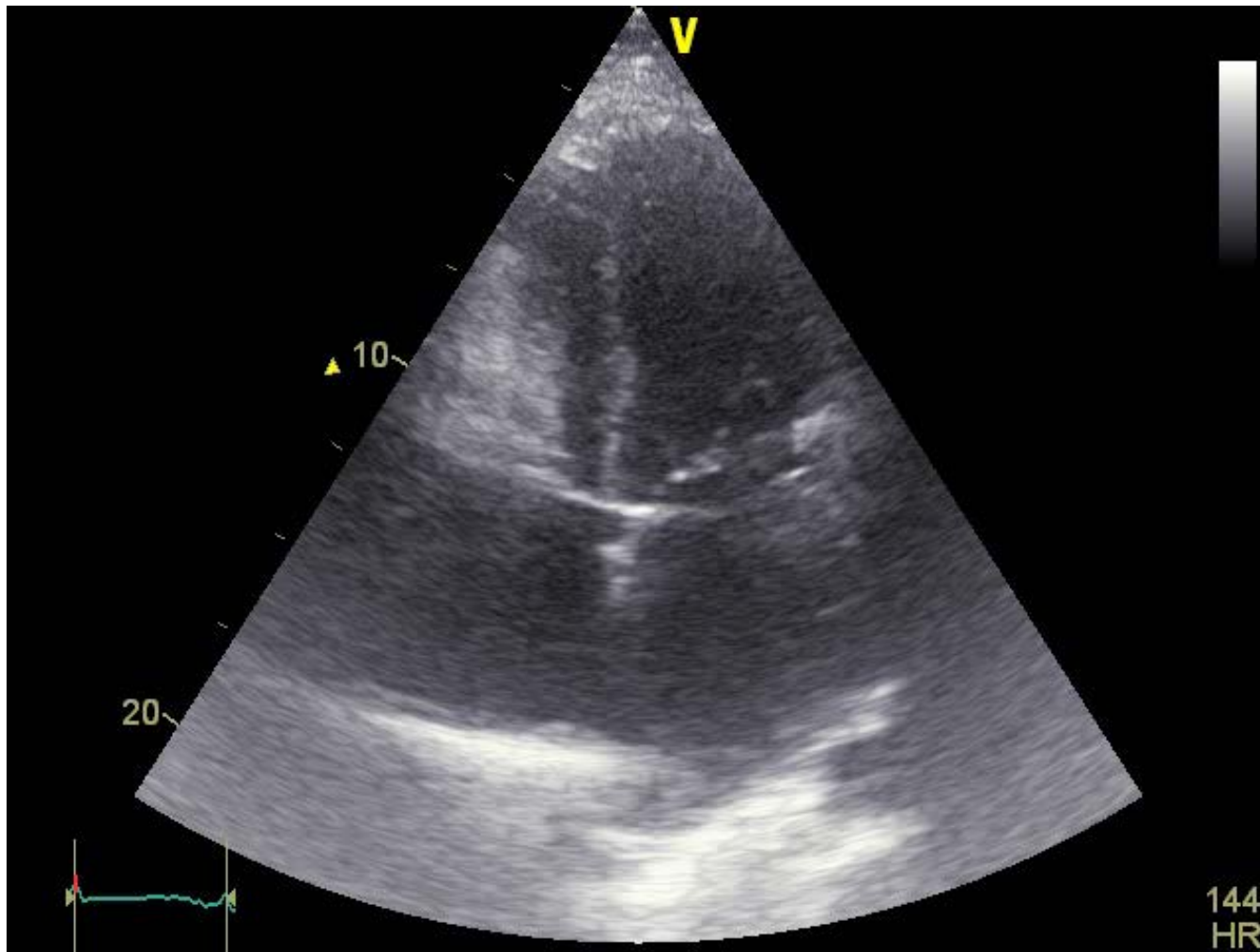
Épanchement péricardique en coupe sous costale

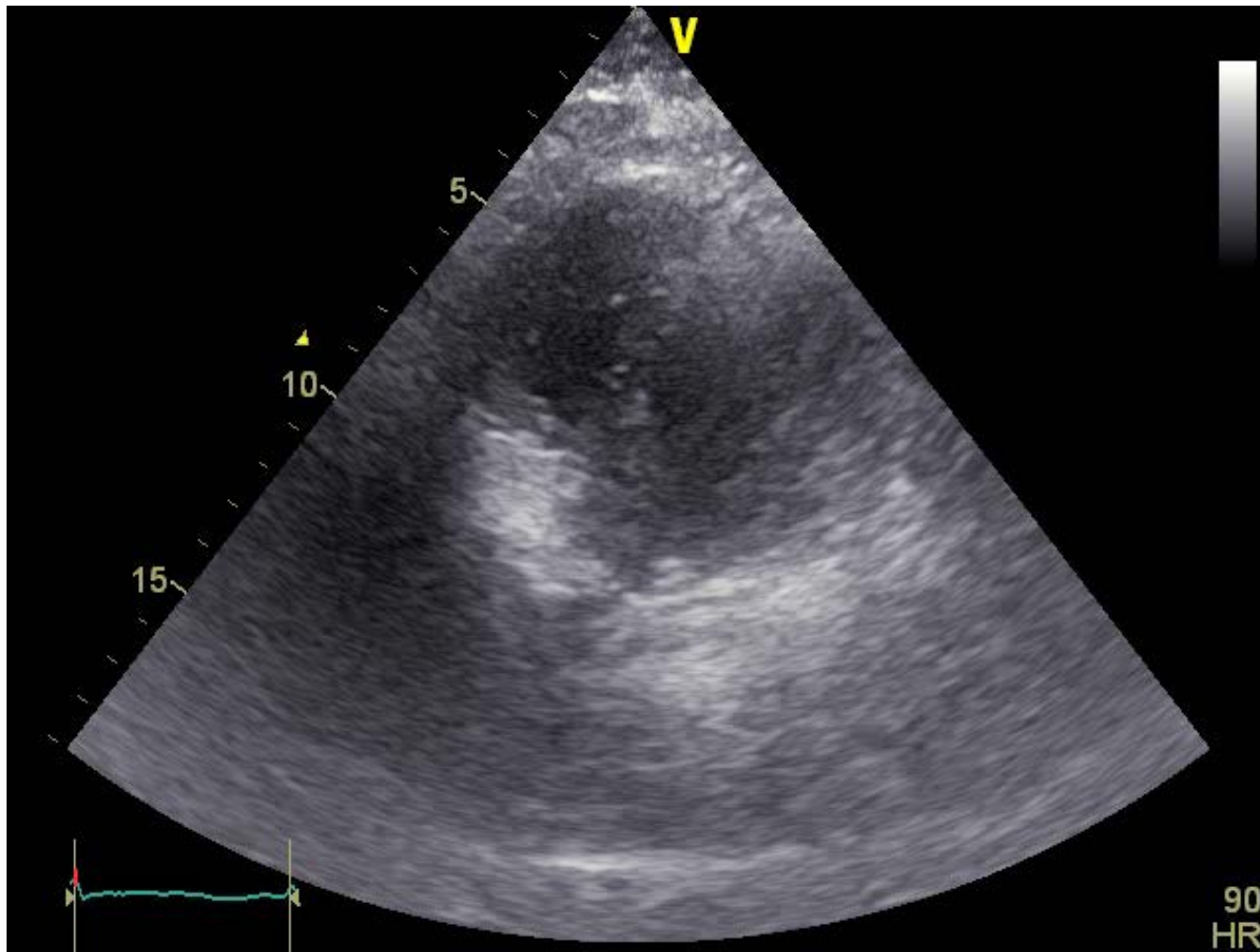


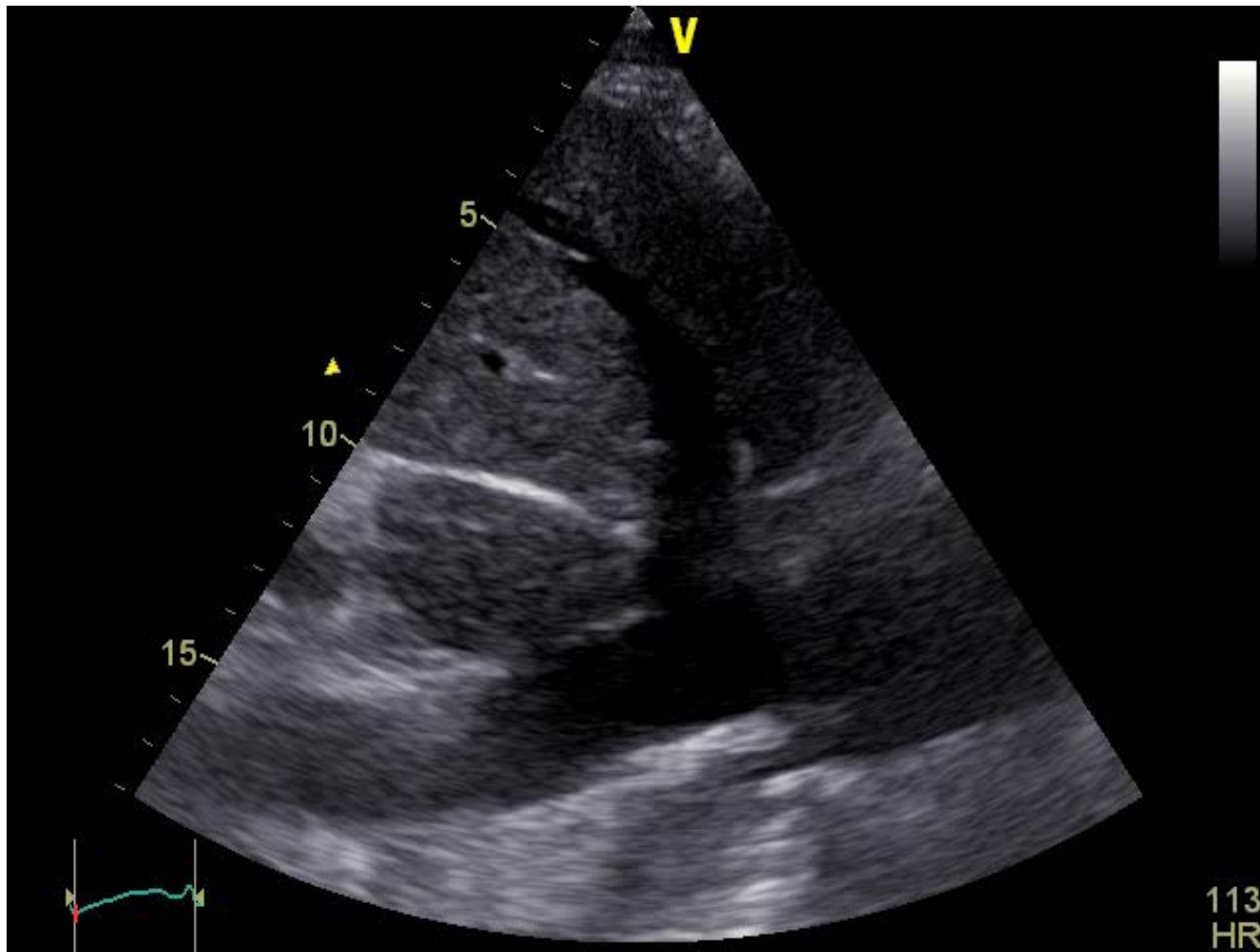


Variation du flux mitral lors d'épanchement péricardique important

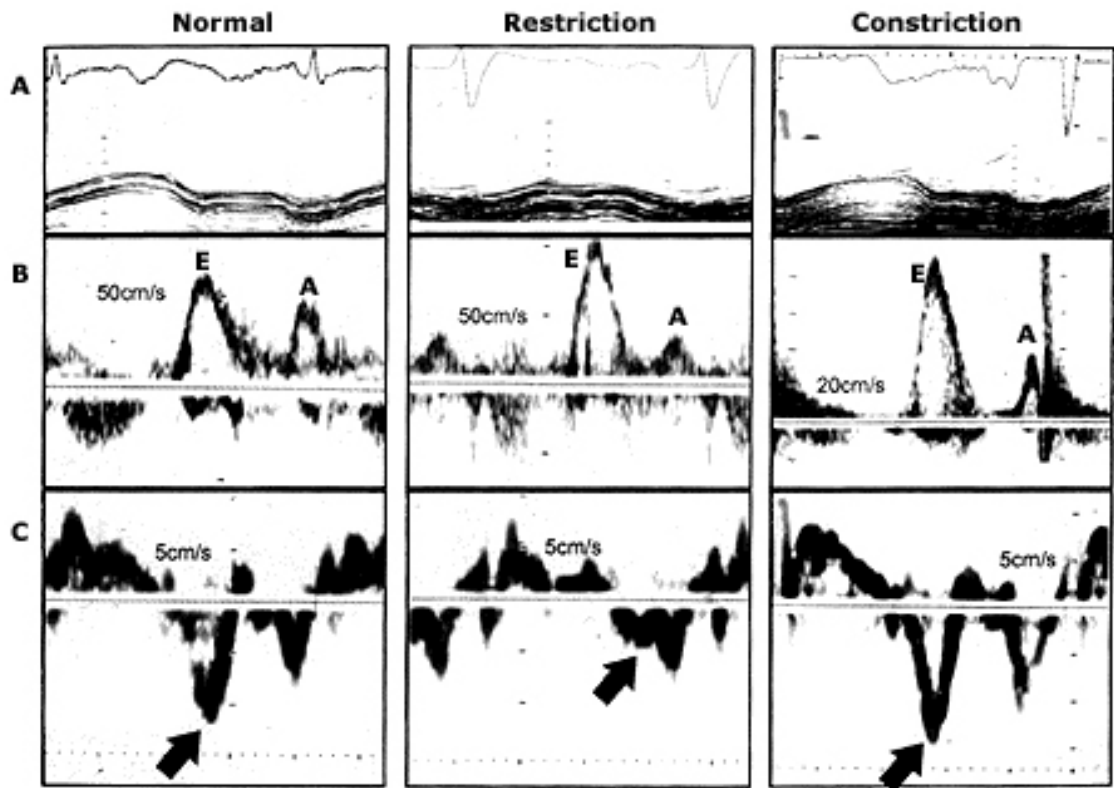
- L'ETT peut montrer des signes de constriction avec une OD et une VCI dilatées et non compliante.
- Un profil mitral de type restrictif.
- Élévation des pressions de remplissage du VG en rapport avec la coque fibreuse entourant le péricarde.

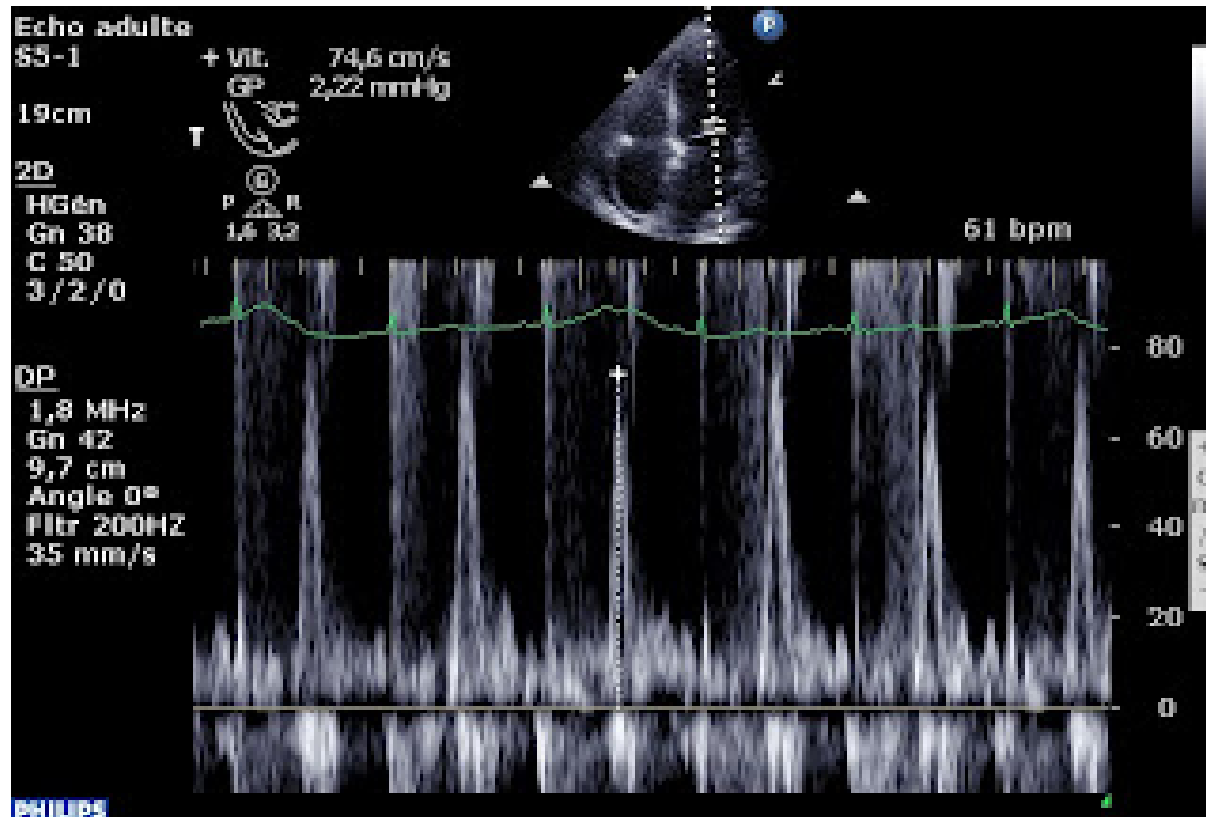






113
HR

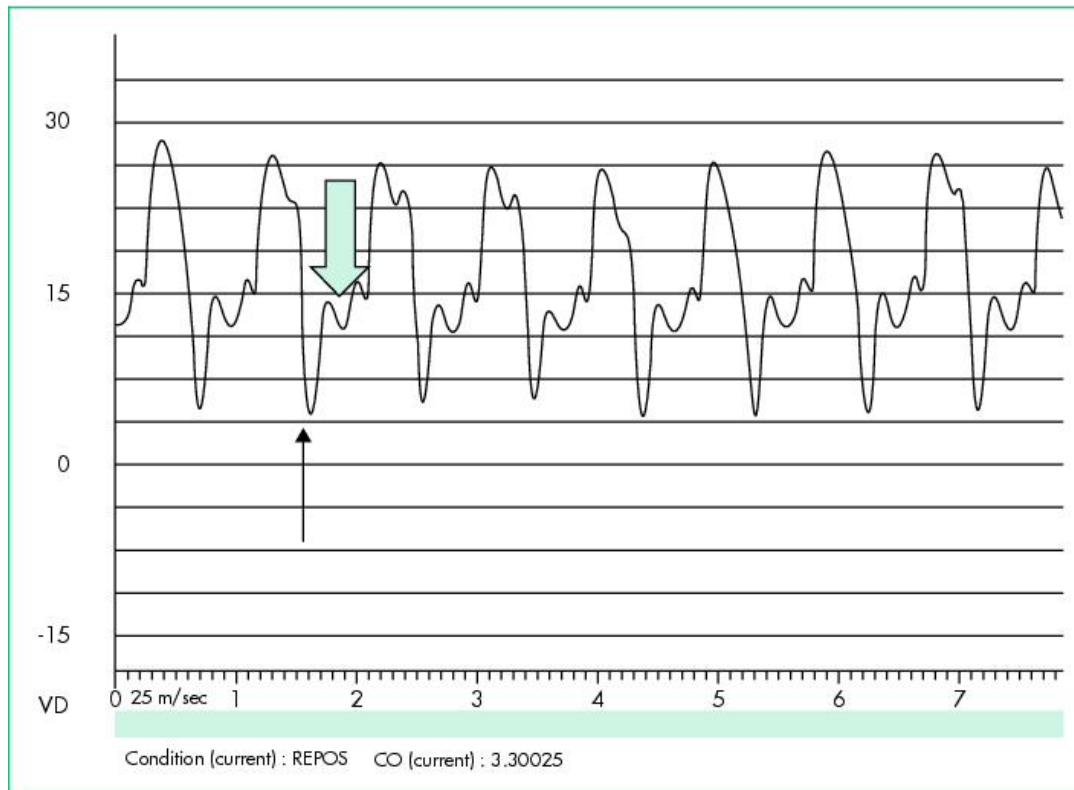




Autres examens :

- TDM thoracique
- IRM thoracique
- Étude hémodynamique : permet de faire la part entre PCC et CMR en montrant une égalisation des pressions aux 4 cavités et un aspect dip plateau.

Aspect dip plateau hémodynamique



Diagnostic positif :

Cas de la péricardite avec épanchement :

- Méthodes directes:

- Méthodes indirectes :

Méthodes directes :

- Le drainage péricardique est indiqué dans tous les cas où la TBK est suspectée
- Et en cas de tamponnade (10 %).
- Le liquide de drainage est hématique dans 80 % des cas.
- Riche en lymphocytes

- La recherche de BK :

examen direct positif dans 0 à 42 % des cas

culture positive dans 53 % sur milieu standard et 75 % sur milieu de Kirchner.

- La biopsie péricardique sensibilité entre 10 et 64 % des cas.
- **NB** : une biopsie négative n'élimine pas le diagnostic.

- PCR sur le liquide ou fragment de biopsie
+ spécifique si appliqué sur les tissus

Sensibilité de 80 %.

- ELISPOT permet de détecter les cellules T spécifiques du mycobacter tuberculosis.

Méthodes indirectes :

- Vu le délai que prennent les cultures microbiologiques et la nécessité d'un traitement rapide:
- Le dosage de l'adénosine désaminase sur le liquide péricardique (cut off 30 à 60 U/l)
- Le dosage de l'interféron gamma.

Critères diagnostiques:

Diagnostic certain :

- Culture de liquide péricardique objectivant le mycobacter.

Et / ou

- Bacille ou granulome tuberculeux objectivé sur biopsie.

Diagnostic probable:

- Péricardite objectivée chez un patient atteint de TBK.
- Exsudat péricardique ou adénosine désaminase +
- Bonne réponse au traitement anti TBK.

Traitement :

- But du traitement:
 1. Être efficace sur l'infection bactérienne.

 2. Prévenir l'évolution vers la constriction

- Moyens thérapeutiques:
 1. Ttt anti tuberculeux : rifampicine; isoniazide; pyrazinamide et streptomycine
 2. Corticothérapie
 3. Drainage percutané ou chirurgical

Ttt anti tuberculeux :

Doit être commencé quand :

- Mycobacter isolé dans un liquide de drainage ou une biopsie.
- Épanchement péricardique chez un patient en zone d'endémie

Schémas :

- Quadrithérapie pdt 02 mois
- Bithérapie pdt 04 mois.

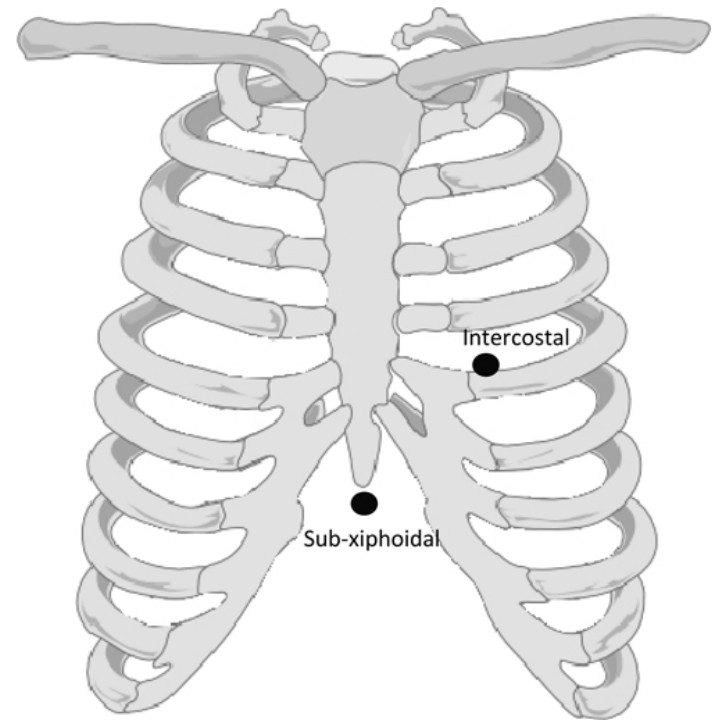
corticothérapie

- Sujet de controverse
- Permet de réduire la mortalité
- Permet de réduire le risque de passage vers la constriction.
- Dose réduite: 0,2-0,5 mg/kg/j de prednisone
- Arme à double tranchant: améliorent la symptomatologie mais majorent le risque de récurrence, sans compter les effets secondaires des traitements prolongés...

- Une revue de la littérature cochrane a conclu à l'absence de bénéfices prouvés de la corticothérapie chez les patients avec péricardite tuberculeuse (Review Interventions for treating tuberculous pericarditis. *Mayosi BM, Ntsekhe M, Volmink JA, Commerford PJ Cochrane Database Syst Rev. 2002; (4):CD000526.*)
- **Une étude africaine prospective multicentrique est en cours: “A Trial of Adjunctive Prednisolone and Mycobacterium w Immunotherapy in Tuberculous Pericarditis (IMPI)”**

Drainage :

- Le drainage percutané est uniquement indiqué en cas de tamponnade afin de relever les symptômes.



- Le drainage chirurgical avec biopsie reste le gold standard.

Péricardectomie :

- Indiquée à chaque fois que le diagnostic de constriction est établi.
- Il faut faire attention aux calcifications et leurs incrustations dans le myocarde.

Conclusion :

- Pathologie pas si rare surtout dans les pays en voie de développement
- Diagnostic bactériologique n'est pas toujours évident.
- Toujours privilégier le drainage chirurgical avec biopsies.
- Association fréquente avec VIH et nécessité d'études dans ce sens.