



par le Dr Camille DUBUS

médecin généraliste

contactRMG@ssmg.be

## Péricardite aigüe virale de l'adulte

Une péricardite aigüe est supposée virale lorsqu'elle n'a pas de cause identifiée, ce qui semble être le cas dans 80 à 90% des cas.

Elle se manifeste par une douleur thoracique antérieure, intense et lancinante, irradiant parfois vers la nuque ou vers l'épaule (au niveau du muscle trapèze). La douleur augmente à l'effort physique, à l'inspiration, à la toux et en position allongée. A contrario, elle s'améliore quand le patient se penche en avant mais reste persistante au repos. Le patient peut également présenter de la fièvre, un syndrome pseudogrippal ou des troubles gastro-intestinaux.

Environ 5% des patients présenteront une tamponnade, qui est une compression aigüe du cœur par un épanchement péricardique important ou de survenue rapide. Celle-ci doit être évoquée d'urgence face à un patient présentant des difficultés respiratoires, avec une distension des veines jugulaires, une hypotension artérielle ou un pouls paradoxal ou lorsque les bruits cardiaques sont assourdis à l'auscultation. Le patient sera alors référé par transport médicalisé en milieu hospitalier pour évacuer l'épanchement.

Au moins 2 des critères suivants doivent être présents pour confirmer une péricardite aigüe :

- une douleur thoracique évocatrice ;
- un frottement péricardique à l'auscultation cardiaque. Celui-ci est caractérisé par un bruit râpeux, plus facilement audible le long du bord gauche du sternum, lorsqu'on appuie fort le diaphragme du stéthoscope en fin d'expiration chez un patient assis avec le buste penché en

avant. Ce frottement est entendu chez plus d'un tiers des patients atteints de péricardite aigüe ;

- une élévation concave du segment ST ou un abaissement du segment PR dans la plupart des dérivations de l'ECG ;
- un épanchement péricardique à l'échocardiographie, présent chez plus de la moitié des patients présentant une péricardite aigüe. L'échocardiographie est à effectuer en urgence lorsqu'une tamponnade est suspectée.

L'ECG permet également souvent d'exclure un infarctus du myocarde face à une douleur thoracique : l'élévation du segment ST est alors convexe et le segment PR n'est pas abaissé. En cas de doute persistant, mieux vaut appeler le service d'urgence.

Une prise de sang et une radiographie du thorax seront utiles pour établir un diagnostic différentiel des causes d'une péricardite aigüe (insuffisance rénale, hypothyroïdie, traumatisme, cancer, tuberculose, maladie auto-immune, radiothérapie, origine médicamenteuse...).

En l'absence de traitement, la plupart des péricardites virales ont une évolution favorable en quelques jours à quelques semaines. Une récurrence survient néanmoins chez un tiers des patients endéans les 18 mois.

Le traitement de premier choix repose sur le repos (éviter les efforts physiques) et la prise d'un AINS, l'ibuprofène et le naproxène étant les AINS de premier choix. La prise de colchicine pendant 3 mois en plus de l'AINS réduit le risque de récurrence mais doit être réservée aux patients sans risque de surdose (insuffisants rénaux, patients âgés, ...) ou d'effets indésirables. La dose préconisée est de 0,5 mg par jour chez les patients pesant moins de 70 kg et 0,5 mg 2 fois par jour chez les patients pesant plus de 70 kg, avec une dose éventuellement réduite de moitié le dernier mois de prise. Il n'est cependant pas certain que la prise de colchicine dès le premier épisode soit justifiée. Pour rappel, la survenue d'une diarrhée est un signe précoce d'une surdose de colchicine et est un signe d'alerte avant l'apparition d'un effet indésirable grave telle qu'une agranulocytose.

Les efforts physiques ont tendance à déclencher ou à exacerber les douleurs. Le repos est à conseiller

### AVERTISSEMENT

La «Revue des revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les articles sont disponibles au siège de la SSMG.



jusqu'à disparition des symptômes et normalisation de la CRP et les efforts physiques intenses doivent être évités pendant une période d'au moins 3 mois.

Le paracétamol est une option pour soulager la douleur malgré l'absence d'évaluation dans cette situation. Les corticoïdes exposent peut-être à un risque accru de récurrence.

Une hospitalisation est à envisager en l'absence d'amélioration des symptômes après une semaine de traitement ou chez les patients à risque de complication, lorsque la fièvre est supérieure à 38 °C, que la douleur thoracique est progressivement croissante, lors d'une immunodépression, s'il y a un traitement anticoagulant en cours, en cas d'espace de plus de 20 mm entre les deux feuilletts péricardiques à l'échocardiographie ou en cas d'augmentation des troponines faisant évoquer une atteinte concomitante du muscle cardiaque.

Rédaction Prescrire. Péricardite aigüe supposée virale chez un adulte. Revue Prescrire. Février 2022; 42: 125-131.

**Mots-clés :** péricardite aigüe, colchicine, douleur thoracique.

## Le point sur l'hypothermie

Une hypothermie est une température corporelle centrale en dessous de 35 °C. En réponse à cela, le corps humain produit de la chaleur par des frissons et augmente l'activité de la thyroïde et la production de catécholamines surrénaliennes. Il limitera la perte de chaleur par une vasoconstriction périphérique. L'hypothermie va diminuer le métabolisme des tissus, l'activité neuronale, la ventilation et le débit cardiaque.

Les symptômes s'installent progressivement : lorsque l'hypothermie est **légère** (32 à 35 °C) on observe une confusion mentale et des frissons importants avec préservation de la conscience, accompagnés de tachypnée, tachycardie, hyperventilation, ataxie, dysarthrie et augmentation de la diurèse. La vasoconstriction cutanée va augmenter la tension artérielle et entraîner une hémococoncentration, parfois responsable de thromboses artérielles (possiblement coronaires ou cérébrales).

Lorsqu'elle est **modérée**, les frissons diminuent puis disparaissent et l'état de conscience diminue progressivement jusqu'à l'inconscience. Une bradycardie s'installe avec diminution du débit cardiaque et parfois des troubles du rythme, une hypoventilation, une dépression du système nerveux central et une diminution de la perfusion rénale. Le réflexe pupillaire est ralenti ou absent (présence d'une mydriase).

L'hypothermie **sévère** (moins de 28 °C) expose à un œdème pulmonaire, une oligurie, une aréflexie, un coma, une hypotension artérielle et une asystolie.

Les causes sont multiples mais le plus souvent liées à une perte de chaleur due à un transfert de la chaleur du corps par contact avec une surface froide, l'air ou l'eau. L'hypothermie peut être ainsi due à :

- un défaut d'abri et de protection vis-à-vis du froid ;
- une incapacité à réagir au froid à cause d'un trouble de la conscience (anesthésie, alcoolisation) ;
- une infection grave (septicémie, méningite, encéphalite) ;
- une atteinte de la barrière cutanée par brûlure ou épidermolyse bulleuse (Lyell) ;
- une hypoglycémie ;
- une atteinte neurologique altérant la fonction de l'hypothalamus ou du système nerveux autonome (traumatisme cérébral ou spinal, hémorragie, AVC, tumeur) ;
- des troubles métaboliques / endocriniens (insuffisance surrénalienne, hypothyroïdie, hypoparathyroïdie, insuffisance hypophysaire, diabète) ;
- une malnutrition ;
- des médicaments.

Parmi les médicaments pouvant causer ou aggraver une hypothermie, voici les principaux rencontrés en médecine générale :

- les neuroleptiques ;
- les opioïdes ;
- les benzodiazépines ;
- des antiépileptiques tels que l'acide valproïque ;
- des antidépresseurs tels que l'amitriptyline ;
- la clonidine ;
- les vasodilatateurs tels que l'amlodipine, les alpha-1-bloquants, les dérivés nitrés, le sildénafil ;
- le baclofène.

Rédaction Prescrire. Hypothermies médicamenteuses. Revue Prescrire. Mai 2022; 42 (463): 352-353

**Mot-clé :** hypothermie.