

Article original

## La péricardite aiguë en 2007 : un défi diagnostique Acute pericarditis in the modern era: a diagnostic challenge

R. Cohen\*, F. Cohen-Aubart, P.-G. Steg

Département de cardiologie, hôpital Bichat–Claude-Bernard, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

Reçu le 17 décembre 2006 ; accepté le 8 mai 2007

Disponible sur Internet le 30 mai 2007

### Résumé

**Introduction.** – Le diagnostic de péricardite aiguë est souvent difficile en pratique courante.

**Buts de l'étude.** – Décrire la présentation clinique et paraclinique des péricardites aiguës, les complications à court et moyen terme, et évaluer la prévalence et la signification pronostique d'une élévation de troponine (TnI) dans ce contexte.

**Méthodes.** – Il s'agit d'une étude monocentrique et rétrospective des cas de péricardites aiguës idiopathiques hospitalisés sur une période de trois ans dans un service de cardiologie d'un centre hospitalo-universitaire.

**Résultats.** – Sur la période étudiée, 55 cas ont été rapportés, avec une prédominance masculine (74 %) et un âge moyen de  $54 \pm 18$  ans. Il existait une douleur thoracique évocatrice dans 90 % des cas, avec une fièvre et un frottement dans 25 et 18 % des cas respectivement. Un sus-décalage du segment ST (sus-ST) était présent dans 58 % des cas. Une élévation de la CRP et de TnI était notée dans 78 et 27 % des cas respectivement, et un épanchement péricardique chez 58 % des patients. Trois patients (5 %) ont présenté une tamponnade, et trois autres (5 %) une tachycardie ventriculaire. Le suivi moyen a été de  $33 \pm 27$  mois. Une récurrence de péricardite est survenue dans 13 % des cas. Une TnI élevée a été associée à un âge plus jeune ( $\leq 34$  ans), une fièvre récente et une durée de séjour plus longue, mais à aucun événement de morbidité à court ou long terme.

**Conclusion.** – La présentation des patients est souvent celle d'une douleur thoracique avec un sus-décalage du ST chez un homme de 45–55 ans, sans fièvre ni frottement, et une élévation de TnI dans 27 % des cas. Le diagnostic est donc souvent rétrospectif après exclusion d'une coronaropathie. Dans notre série, l'élévation de troponine en cas de péricardite aiguë n'est pas apparue comme un facteur pronostique péjoratif à court et moyen terme. © 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

**Background.** – Diagnosis of acute pericarditis remains difficult in clinical practice.

**Objectives.** – The purpose of this study was to evaluate the clinical and biological features of patients presenting with acute pericarditis, and to determine the incidence and significance of troponin I (cTnI) elevation in that context.

**Patients and methods.** – We retrospectively included 55 patients with acute idiopathic pericarditis. We analyzed clinical presentation, ECG recordings, biologic results, echocardiography findings and cTnI level.

**Results.** – Fifty-five consecutive patients (41 men,  $54 \pm 18$  years) with idiopathic acute pericarditis were included. There was a typical chest pain in 90% of cases, whereas fever and pericardial friction rub were present in 25 and 18%, respectively. ST-segment elevation was observed in 58% of the patients. A rise of cTnI and C-reactive protein was detectable in 27 and 78% of cases respectively. The following characteristics were more frequently associated with a positive cTnI test: younger patients, recent infection and higher length-of-stay. Pericardial effusion was observed in 58% of patients. Cardiac tamponade and ventricular tachycardia both occurred in 3 patients (5%). After a mean follow-up of 33 months, recurrent pericarditis occurred in 13% of patients. A similar rate of complications was found in patients with a positive or a negative cTnI.

**Conclusion.** – Clinical spectra of acute pericarditis have changed and some classic assumptions and descriptions, perpetuated in some publications, are outdated. Clinical presentation implies a 45–55 year-old man, with a chest pain and ST-segment elevation, without fever or pericardial friction

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [remycohen@hotmail.com](mailto:remycohen@hotmail.com) (R. Cohen).

rub, and a positive cTnI test in 27% of cases. Therefore, misinterpretation as other disease, especially acute myocardial infarction, is common and diagnosis of acute pericarditis remains often retrospective. In our series, a cTnI rise did not appear as a negative prognostic marker.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Péricardite aiguë ; Douleur thoracique ; Sus-décalage du ST ; Troponine ; Pronostic

*Keywords*: Acute pericarditis; Chest pain; ST-segment elevation; Troponin; Prognosis

## 1. Introduction

La douleur thoracique représente près de 5 % des motifs de consultations aux urgences [1]. Si les syndromes coronaires aigus (SCA) restent à juste titre au centre des préoccupations médicales, la péricardite aiguë constitue un des diagnostics différentiels. En dépit d'un tableau clinique et électrique bien décrit [2], le diagnostic peut s'avérer difficile. Cette affection le plus souvent virale et bénigne touche les sujets jeunes et le diagnostic est surtout clinique, éventuellement confirmé par l'échographie cardiaque [3]. Un bilan étiologique exhaustif est rarement effectué, on parle ainsi de péricardite aiguë virale ou idiopathique.

Le diagnostic de péricardite aiguë repose classiquement sur au moins deux des trois critères suivants : douleur thoracique évocatrice, frottement péricardique, anomalies ECG compatibles [4–6].

Cependant, depuis deux à trois décennies, l'aspect clinique des péricardites aiguës a changé, et la présentation des péricardites telles qu'elles sont rencontrées dans les services hospitaliers semble éloignée de celle décrite dans les études [4–6]. La plupart d'entre elles incluent des patients strictement sélectionnés, qui ne correspondent pas forcément à ceux rencontrés en pratique courante chez qui le diagnostic n'est souvent porté que rétrospectivement, sur un faisceau d'arguments cliniques, échographiques ou biologiques. La distinction avec un authentique syndrome coronaire aigu est parfois délicate car une élévation de troponine peut aussi être observée en cas de péricardite aiguë, signant alors l'atteinte myocardique associée.

La présente étude s'est intéressée de façon rétrospective à la présentation clinique et paraclinique des péricardites aiguës telle qu'elle est vue en pratique hospitalière. L'autre objectif était d'évaluer la prévalence et la signification pronostique d'une élévation de troponine dans ce contexte.

## 2. Méthodes

Il s'agissait d'une étude monocentrique et rétrospective. Les patients éligibles étaient ceux hospitalisés dans le service de cardiologie d'un centre hospitalo-universitaire parisien entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 20 décembre 2002, avec l'un des diagnostics de sortie suivants codés par le PMSI : péricardite aiguë virale, idiopathique ou myopéricardite aiguë. Les critères d'exclusion étaient les péricardites chroniques, les péricardites purulentes, les péricardites survenant en post-infarctus, ainsi que les épanchements péricardiques postopératoires. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

Tous les patients ont eu à l'admission un examen clinique complet, un électrocardiogramme (ECG), une biologie sanguine (comprenant notamment le taux de leucocytes, la CRP et la

troponine) et une échocardiographie. Un cycle enzymatique (au moins deux dosages successifs de troponine) était systématiquement réalisé, et le rythme de la surveillance ECG était laissé à l'appréciation du clinicien. Certains patients ont eu en outre un test d'effort ou une coronarographie, cette dernière étant pratiquée soit en urgence avant que le diagnostic de péricardite ne soit clairement posé, soit en seconde intention du fait d'une hésitation diagnostique.

La présence d'une douleur thoracique, ses caractéristiques, l'existence d'un frottement péricardique, d'une fièvre et/ou de signes généraux précurseurs ont été relevés. Les données électrocardiographiques ont été analysées, notamment la présence d'un sus-décalage du segment ST qui était significatif quand il excédait 0,1 mV (ou 1 mm) dans au moins deux dérivations. La proportion de nos patients qui remplissaient les critères diagnostiques classiques (douleur thoracique évocatrice, frottement péricardique, anomalies ECG compatibles) a été notée.

Sur l'échocardiographie transthoracique (ETT), l'épanchement péricardique était jugé minime quand le décollement télé-diastolique entre le péricarde viscéral et pariétal était inférieur à 10 mm, modéré entre 10 et 20 mm, et abondant quand la largeur dépassait 20 mm [7]. Enfin, les événements hospitaliers (récidive douloureuse, tamponnade, troubles du rythme et de conduction) ont été colligés.

Quand il était disponible, le suivi clinique (consultations) et échographique après la sortie était également noté. Tous les patients ont été contactés par courrier en décembre 2004 pour l'évaluation clinique à distance.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statview (Version 5.0 pour Windows, SAS institute, Inc). Les données ont été exprimées en moyenne  $\pm$  écart-type ou en pourcentage de patients. Des analyses de régression logistique en monovarié et multivarié ont été effectuées pour évaluer les marqueurs cliniques et paracliniques associés à une élévation de troponine I, ainsi que les conséquences en termes de pronostic. La relation était considérée statistiquement significative en cas de  $p$  inférieur à 0,05.

## 3. Résultats

Durant la période étudiée, 154 patients ont été hospitalisés en cardiologie pour une pathologie péricardique. Après application des critères d'exclusion, 55 patients ont été retenus.

### 3.1. Caractéristiques cliniques des patients (Tableaux 1 et 2)

L'âge moyen était de  $54 \pm 18$  ans, avec un ratio homme/femme de 3/1. On notait un antécédent de péricardite pour sept patients (13 %), de tuberculose pulmonaire chez trois

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869474>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869474>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)