



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

**Annales de
cardiologie
et d'angéologie**

Annales de Cardiologie et d'Angéologie xxx (2017) xxx-xxx

Article original

Caractéristiques et suivi clinique d'une cohorte de patients atteints de myopéricardite confirmée en imagerie par résonance magnétique

Clinical characteristics and follow-up of patients with magnetic resonance imaging confirmed myopericarditis: A retrospective study

Q. de Hemptinne^{a,*}, F. Picard^b, V. Spagnoli^b, M. Renard^c

^a Service de cardiologie, université Libre de Bruxelles, CHU Saint-Pierre, 322, rue Haute, 1000 Bruxelles, Belgique

^b Service d'hémodynamie, institut de cardiologie de Montréal, 5000, rue Bélanger, HIT 1C8 Montréal, Québec, Canada

^c Service de cardiologie, hôpital Erasme, université Libre de Bruxelles, 808, route de Lennik, 1070 Bruxelles, Belgique

Reçu le 12 mai 2016 ; accepté le 7 mars 2017

Résumé

Introduction. – Les péricardites aiguës sont souvent accompagnées d'une atteinte myocardique. Quand le tableau clinique à l'avant-plan est une péricardite avec une atteinte limitée du myocarde, on parle de myopéricardite. Cette affection n'est que peu décrite dans la littérature médicale et les critères diagnostiques utilisés dans les études ne sont pas standardisés. Nous avons dès lors souhaité évaluer les caractéristiques démographiques et cliniques, ainsi que le pronostic des patients atteints de cette affection.

Patients et méthodes. – Revue rétrospective des dossiers de tous les patients admis pour myopéricardite entre janvier 2002 et juin 2011, dont le diagnostic a été confirmé en imagerie par résonance magnétique cardiaque.

Résultats. – Vingt-sept patients remplissant les critères d'inclusion ont été inclus. Quarante-vingt-un pour cent étaient des hommes et l'âge médian était de 32 ans. Un tableau infectieux a précédé l'hospitalisation dans 55 % des cas. La fraction d'éjection moyenne du ventricule gauche à l'admission était de 55 %, avec une atteinte segmentaire majoritairement latérale et inférieure. Une coronarographie a été réalisée dans 37 % des cas afin d'exclure une origine coronarienne. Nous avons identifié 5 cas (19 %) de myopéricardite survenues au décours d'une infection à streptocoques du groupe A. Toutes les sérologies virales réalisées sont revenues négatives. Une tachycardie ventriculaire non soutenue a été objectivée chez 15 % des patients. La mortalité à deux ans était nulle et le taux de récurrence à deux ans a été de 15 % dans notre cohorte.

Conclusions. – La myopéricardite est une pathologie affectant principalement des hommes jeunes et dont l'évolution est généralement bénigne. Notre série a mis en évidence une proportion importante de cas précédés d'une infection par streptocoque du groupe A.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Myopéricardite ; Péricardite ; Imagerie cardiaque par résonance magnétique ; Streptocoque du groupe A

Abstract

Introduction. – Pericarditis are frequently associated with some degree of concomitant myocardial involvement. Predominant pericarditis with limited myocardial involvement are named myopericarditis. Data regarding myopericarditis are scarce.

Patients and methods. – Retrospective chart review of all patients admitted between 2002 and 2011 with magnetic resonance imaging confirmed myopericarditis.

Results. – Twenty-seven patients were included. Eighty-one percent were men, with median age of 32 years. Infectious disease preceded hospitalization in 55% of cases. Mean left ventricle ejection fraction at admission was 55% with focal myocardial impairment mainly localized in

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : quentindh@gmail.com (Q. de Hemptinne).

lateral and inferior walls. Coronary angiogram was performed in 37% of cases to rule out an ischaemic aetiology. We identified 5 cases (19%) of myopericarditis preceded by an episode of streptococcus group A throat infection. Non-sustained ventricular tachycardia was observed in 15% of cases. After a 2-year follow-up period, mortality rate was zero and recurrence rate was 15%.

Conclusions. – In our series, myopericarditis was a benign disease affecting mostly young men, and prognosis was good. A significant proportion of cases was preceded by group A streptococcus infection.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Myopericarditis; Pericarditis; Cardiac magnetic resonance imaging; Group A streptococcus

1. Abréviations

AINS anti-inflammatoires non stéroïdiens
ASLO anticorps antistreptolysines
FEVG fraction d'éjection du ventricule gauche
IRM imagerie par résonance magnétique

2. Introduction

Les myocardites et les péricardites coexistent fréquemment dans la pratique clinique du fait que ces deux pathologies partagent un certain nombre d'étiologies communes [1]. Dans 15 à 23 % des cas, les péricardites aiguës sont accompagnées d'un certain degré d'atteinte myocardique [2,3]. L'importance de chacune de ces pathologies dans les tableaux mixtes a donné naissance à deux entités distinctes : la myopéricardite, qui est caractérisée par la prédominance du tableau péricarditique et à l'inverse la périmyocardite qui est dominée par l'atteinte myocardique [4,5]. Ces deux termes sont souvent confondus et échangés dans la pratique ainsi que dans la littérature médicale, malgré qu'ils aient été récemment intégrés aux nouvelles recommandations européennes de diagnostic et de prise en charge des pathologies péricardiques [4]. Dès lors, nous ne possédons que peu de données sur les caractéristiques des patients atteints de myopéricardites, sur le pronostic de cette affection et il n'existe pas de recommandations internationales propres à la prise en charge de cette affection [6]. L'objectif de ce travail est d'évaluer les caractéristiques démographiques et cliniques des patients atteints de myopéricardite, dont le diagnostic a été confirmé en imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque, qui est actuellement la méthode diagnostique non-invasive de référence [7,8].

3. Patients et méthodes

Nous avons revu rétrospectivement les dossiers de tous les patients hospitalisés pour myopéricardite entre janvier 2002 et juin 2011 à l'unité coronaire de l'hôpital Erasme, université Libre de Bruxelles, Belgique. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital Erasme. Il s'agit d'une étude observationnelle et rétrospective, un consentement signé n'a dès lors pas été requis.

Le diagnostic de myopéricardite était retenu en cas de péricardite aiguë accompagnée d'une élévation des biomarqueurs

cardiaques (CK-MB, troponine T ou I) supérieure aux valeurs de référence [9] et après confirmation de l'aspect inflammatoire de l'atteinte cardiaque en IRM réalisée dans les 15 jours après l'admission. Les cas purs de myocardites, sans atteinte péricarditique, ont été exclus. En cas de doute diagnostique sur une origine ischémique, une coronarographie était réalisée.

Le diagnostic clinique de péricardite était retenu si au moins deux des critères suivants étaient présents : douleur thoracique à caractère péricarditique, modification électrocardiographique évocatrice d'une péricardite (élévation diffuse du segment ST ou sous-décalage du segment PR), frottement péricardique, épanchement péricardique de novo ou en aggravation, biologie inflammatoire [9].

Le diagnostic d'atteinte inflammatoire cardiaque en IRM était posé quand ≥ 2 des critères « Lake Louise Consensus Criteria » étaient retrouvés. Ces critères comprennent la recherche d'œdème régional ou global objectivé par augmentation du signal en séquences pondérées T2, d'une hyperhémie objectivée par un rehaussement précoce du gadolinium en séquences pondérées T1 comparées au muscle squelettique et de zones de nécrose/fibrose qui se traduisent par un rehaussement tardif du gadolinium [7].

En plus des données démographiques des patients inclus, nous avons recherché la présence de facteurs de risque cardiovasculaires et recueilli des données sur la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) et la cinétique segmentaire par évaluation échographique et IRM. Le type d'admission (transfert urgent pour coronarographie ou admission par les urgences), le pronostic (mortalité et récurrence à 2 ans de suivi), les variables biologiques, la survenue de complications, ainsi que le traitement administré ont également été recensés. Un bilan étiologique a été réalisé selon la présentation clinique de l'affection et comprenait : sérologies virales (Epstein-Barr Virus, cytomégalo virus, adénovirus, coxsackie, influenza, parvovirus B19, virus de l'immunodéficience humaine), bilan auto-immunitaire (facteur antinucléaire et anticorps anticytoplasme des polynucléaires) et titrage des anticorps antistreptolysines O (ASLO) qui était considéré positif si supérieur à 200 U/mL [10].

Les statistiques descriptives et les comparaisons de groupes de patients ont été réalisées à l'aide du logiciel d'analyse statistique StatPlus :mac LE, AnalystSoft Inc., version 2009. Le test χ^2 est utilisé pour les variables catégorielles et le test *t* de Student pour les variables continues, avec comme seuil de signification statistique une valeur de $p < 0,05$.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5596437>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5596437>

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