

**République algérienne démocratique et populaire**  
**Faculté de médecine de Batna**  
**Module de cardiologie cours 4eme année médecine**  
**Responsable du module : Pr. Zouzou**

## **LA PERICARDITE CHRONIQUE CONSTRICTIVE**

**Rédigé et présenté par Dr K.Khacha**

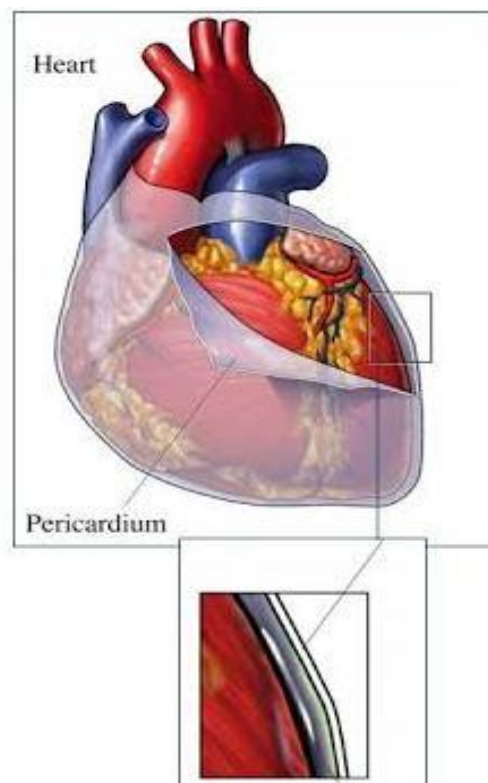
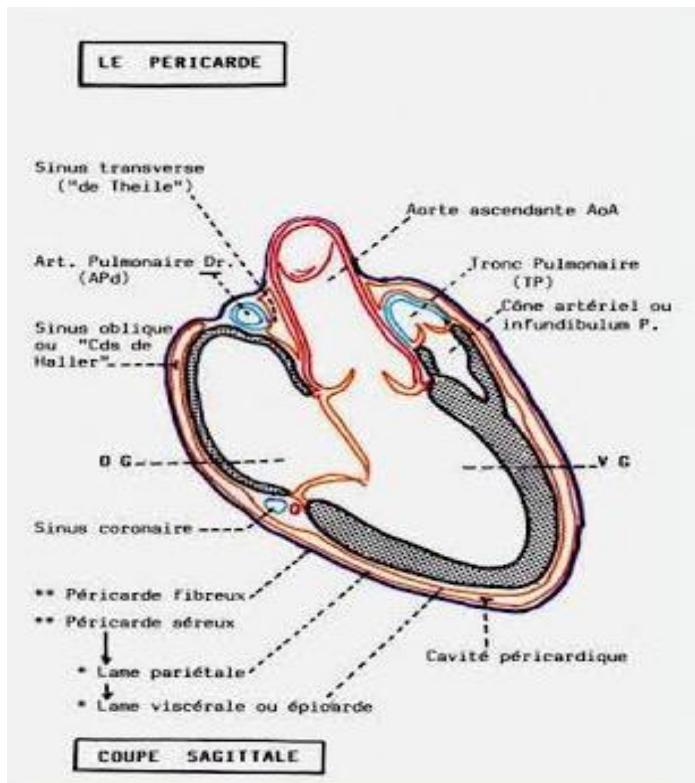
- I. Introduction**
- II. Rappel anatomique**
- III. Epidémiologie**
- IV. Anatomopathologie**
- V. Physiopathologie**
- VI. Clinique**
- VII. Para clinique**
- VIII. Diagnostic différentiel**
- IX. Diagnostic étiologique**
- X. Pronostic**
- XI. Traitement**
- XII. Résultats**
- XIII. Conclusion**

## DEFINITION

Epaississement péricardique fibro-calcaire, qui est responsable d'une gêne au remplissage ventriculaire définissant ainsi l'**adiastolie**.

## ANATOMIE DU PERICARDE

Le péricarde entoure le cœur et la racine des gros vaisseaux et il comprend double enveloppe:  
Externe: Le sac fibreux, organe de fixité, de protection et il réunit le cœur aux autres organes par des ligaments  
Interne: La séreuse péricardique qui est faite de deux feuillets (Pariétal et viscéral) qui délimite la cavité péricardique contenant de 20 à 50 ml.



## EPIDEMIOLOGIE

Fréquence:

La fréquence de cette maladie est faible, entre 0.5 et 1% des cardiopathies.

## ANATOMOPATHOLOGIE

Formes chroniques sans épanchement péricardique

Péricardites chroniques avec épanchement péricardique ; généralement une forme sub-aiguë de péricardite liquidienne.

Symphyse péricardique avec adhérence complète signe d'adiastolie du fait du gêne au remplissage ventriculaire.

## PHYSIOPATHOLOGIE

La constriction péricardique → gêne l'élongation diastolique des fibres musculaires, et le remplissage diastolique des cavités cardiaques → élévation des pressions de remplissage ventriculaire ainsi qu'une diminution du volume d'éjection systolique → donc diminution du débit cardiaque.

Ce défaut de remplissage ventriculaire intéresse habituellement les *deux ventricules*, et prédomine souvent au niveau du ventricule droit ++ → d'insuffisance ventriculaire droite.

## CIRCONSTANCES DE DECOUVERTES

La découverte d'une constriction péricardique peut être:

\*lors de suites immédiates d'une péricardite idiopathique.

\*En post radiothérapie.

\*Après une chirurgie cardiaque

\*Récidive d'une maladie péricardique.

### ➤ SIGNES GENERAUX

Altération de l'état général++

#### ➤ SIGNES FONCTIONNELS:

1. Dyspnée d'effort +++
2. Dyspnée de décubitus
3. Asthénie généralisée
4. Hépatalgie d'effort

## SIGNES PHYSIQUES

- **Syndrome de PICK :**

***Signes d'hypertension portale*** (hépatomégalie, ascite, œdème des membres inférieurs, hépatalgies, turgescence spontanée des jugulaires, reflux hépato-jugulaire).

- La pression artérielle est souvent abaissée avec parfois un pincement de la différentielle.
- Lors de l'inspiration, la pression artérielle peut chuter de 10- 20 mmHg : le pouls paradoxal de Kussmaul.

- Le choc de pointe : faible ou absent .

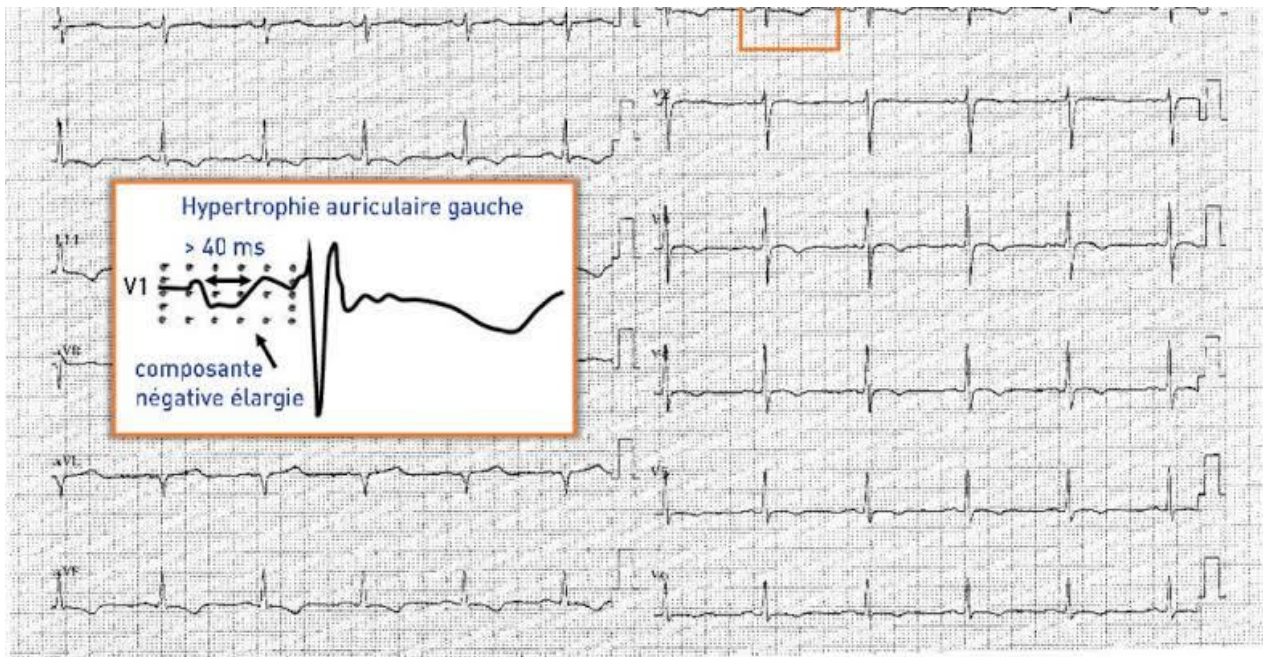
L'auscultation peut révéler:

- une tachycardie régulière.
- Un troisième bruit diastolique (B3), Il est synonyme de la présence de calcifications péricardiques; ce bruit est proto-diastolique, maximum à l'apex, sourd ou de tonalité plus forte métallique caractérisant alors la vibration péricardique(bruit diastolique pathognomonique de la calcification péricardique).

## ECG

- Hypertrophie auriculaire droite et gauche.
- Micro voltage ++
- Troubles diffus repolarisation: *aplatissement ou négativation diffus des ondes T*
- Fibrillation auriculaire.

**Aspects électriques d'une péricardite chronique constrictive :**  
**Micro-voltage, alternance électrique et troubles de la repolarisation diffus**



**RADIOGRAPHIE PULMONAIRE**



© 2004 Elsevier Ltd - Cardiology 2E, edited by Crawford, DiMarco and Paulus. All rights reserved.

**Calcification péricardique Rx-profil +++**

**Cœur de volume normal.**

**Cœur immobile en scolie.**

## ECHOCARDIOGRAPHIE++

Examen peu sensible, peu spécifique.

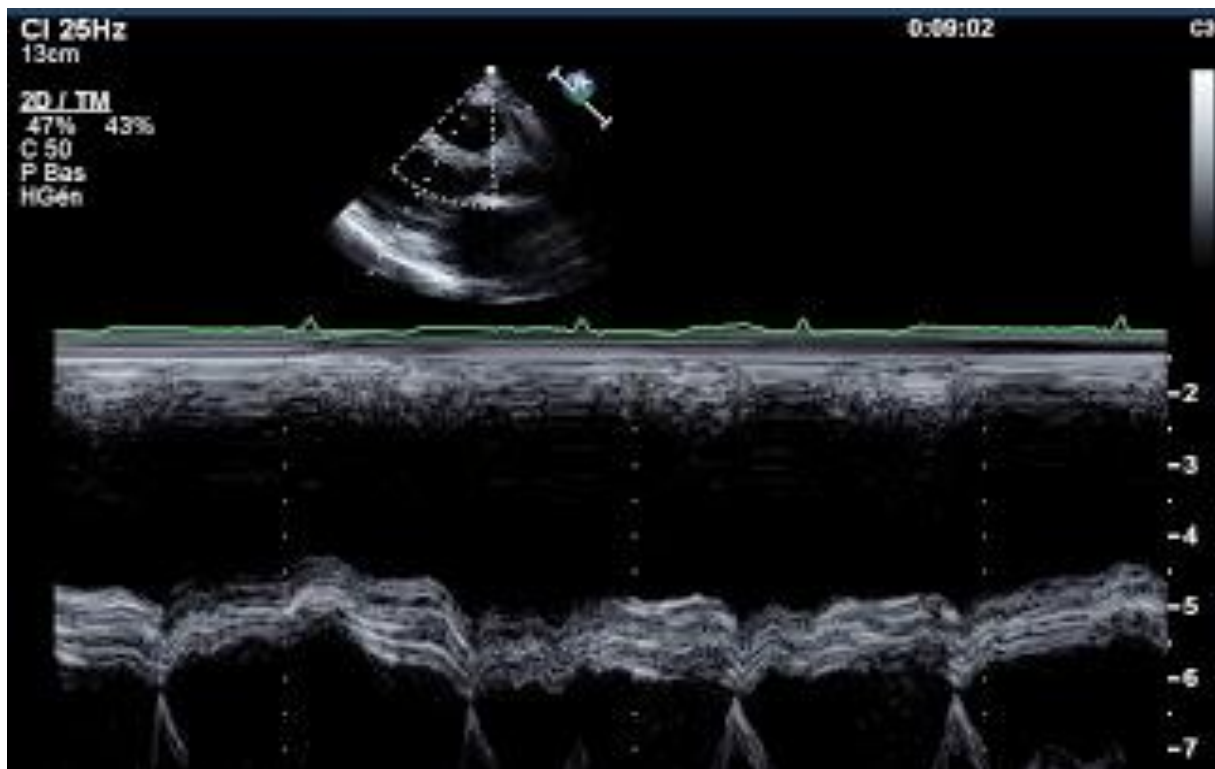
Péricarde épaissi.

Petits ventricules avec grosses oreillettes.

Dilatation VCI et des veines sus-hépatiques.

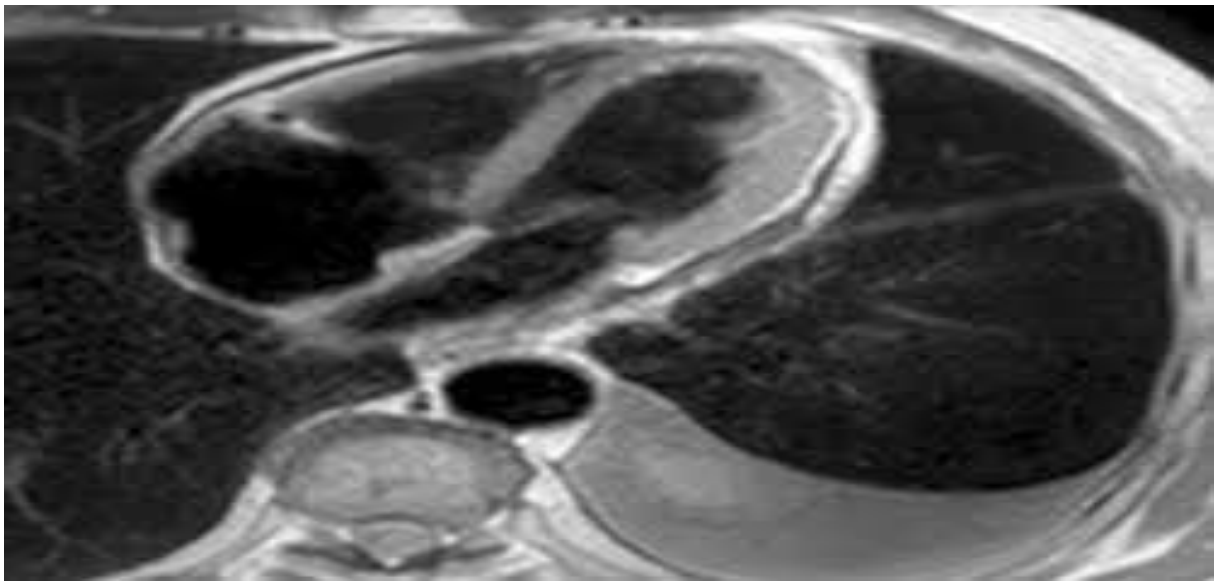
Inspiratoire du VD avec refoulement du SIV vers le VG.

Exemple d'un patient présentant une PCC post tuberculeuse, l'aspect vibratile du septum en mode TM est très assez caractéristique



## IRM ET TDM THORACIQUE

- Ils permettent de mesurer l'épaisseur du péricarde.
- L'épaississement, qui est toujours supérieur à 4 mm, sans variation systolodiastolique ;
- La dilatation de la veine cave inférieure ;
- La dilatation des oreillettes ;
- L'aspect tubulaire du ventricule droit ;
- La déformation des contours cardiaques.



## CATHETERISMES DROIT ET GAUCHE

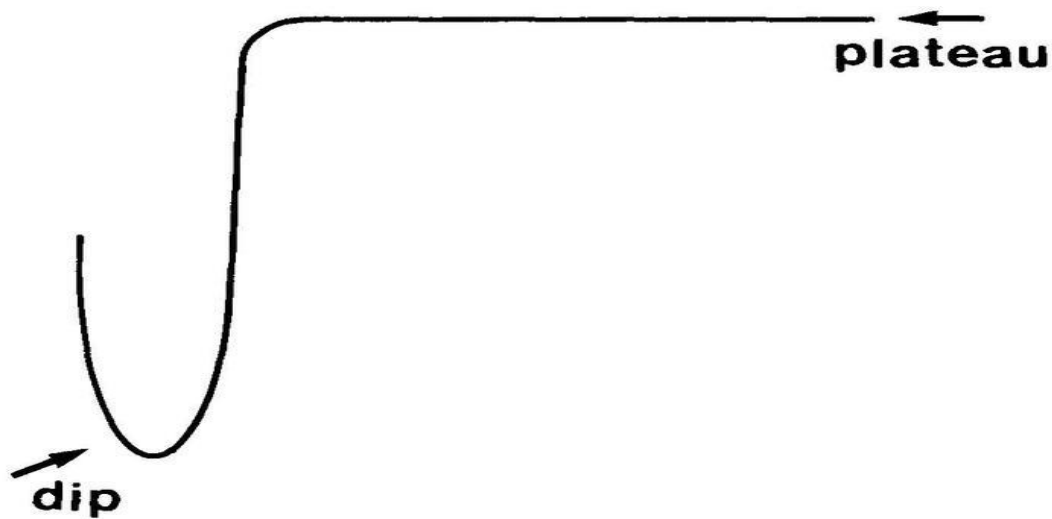
### Examen clé +++

-Les pressions télédiastoliques sont élevées et de valeur quasi égale dans l'OD, l'AP et l'OG.

-Le signe de « la racine carrée » ou en « dip-plateau » est caractéristique : Courbe de pression des cavités droites avec un creux bref et profond, suivi d'un plateau  $\geq$  au 1/3 de l'onde systolique qui suit (proto-diastole une pression normale mais dès le début de la diastole, il existe une remontée abrupte suivie d'un plateau méso et télé-diastolique au niveau du ventricule droit )

\*Index cardiaque: subnormal ou diminué.

## CATHETERISMES DROIT ET GAUCHE



### DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- 1 - Causes non-cardiaques

Cirrhose hépatique

Atteintes rénales

Syndrome de BUDD-CHIARI

- 2 - Des causes cardiaques

Cardiomyopathies restrictives comme l'amylose,

Hémochromatose.

Infarctus du ventricule droit

Fibrose endomyocardique et endocardite fibroblastique .

### DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Elles sont dominées par la *tuberculose* dans les pays en voie développement et par la radiothérapie et la *chirurgie cardiaque à cœur ouvert* dans les pays occidentaux .

\*Post-chirurgicales : La chirurgie cardiaque (PAC,RV...)

\*Post-radiothérapie

\*Maladies systémiques : Poly arthrite rhumatoïde+++ , Lupus érythémateux, Sarcoidose, sclérodermie...



\*Infections : bactérienne (**BK+++**), virale , parasitaire (exceptionnelle : rupture d'un kyste hydatique, filariose, histoplasmosse...)

\*Néoplasies

\*Héréditaires : nanisme de MULIBREY (MU : muscles, LI : liver ou foie, BR : brain ou cerveau, EY : yeux)

\*Urémiques : Insuffisance Rénale Chronique

\*Post-traumatique : Traumatismes thoraciques pénétrant ou non

\*Idiopathiques : 42%

### PRONOSTIC :

Les facteurs préopératoires de mauvais pronostic:

\*Classes III et IV de la NYHA

\*Présence d'ascite et d'œdèmes périphériques ;

\*Pression télédiastolique du ventricule droit au-delà de 20 mmHg ;

\*Antécédents d'irradiation médiastinale.

- TRAITEMENT

Traitement médical uniquement palliatif

- Régime désodé et diurétiques

- Evacuation des épanchements

- Digitaliques et anticoagulants si FA

Traitement de la cause: chimiothérapique anti-tuberculeux ou de la cortico-thérapie en cas de maladie de système

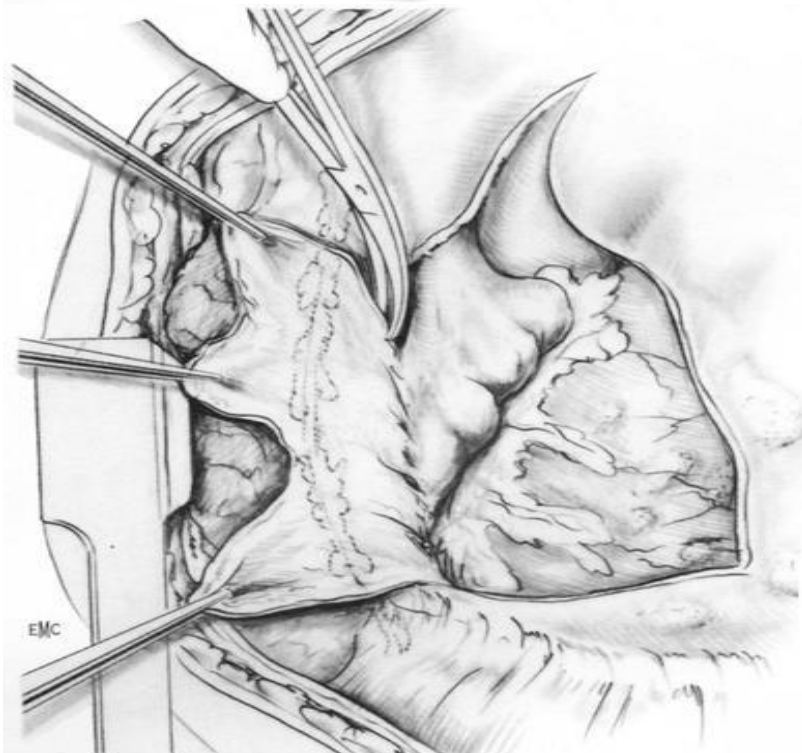
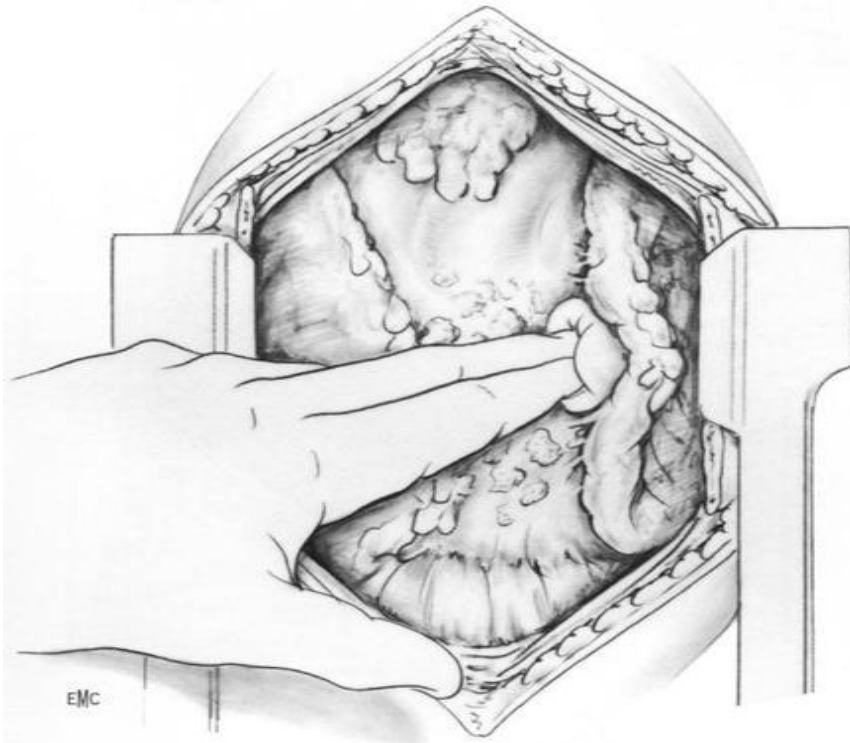
- Traitement chirurgical++++

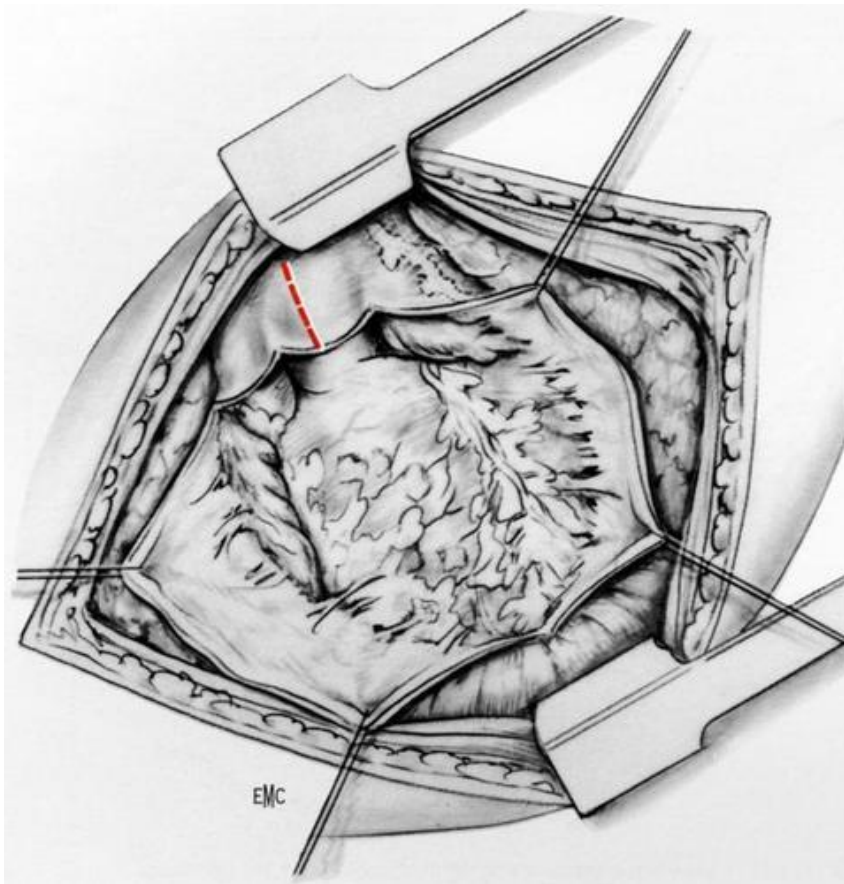
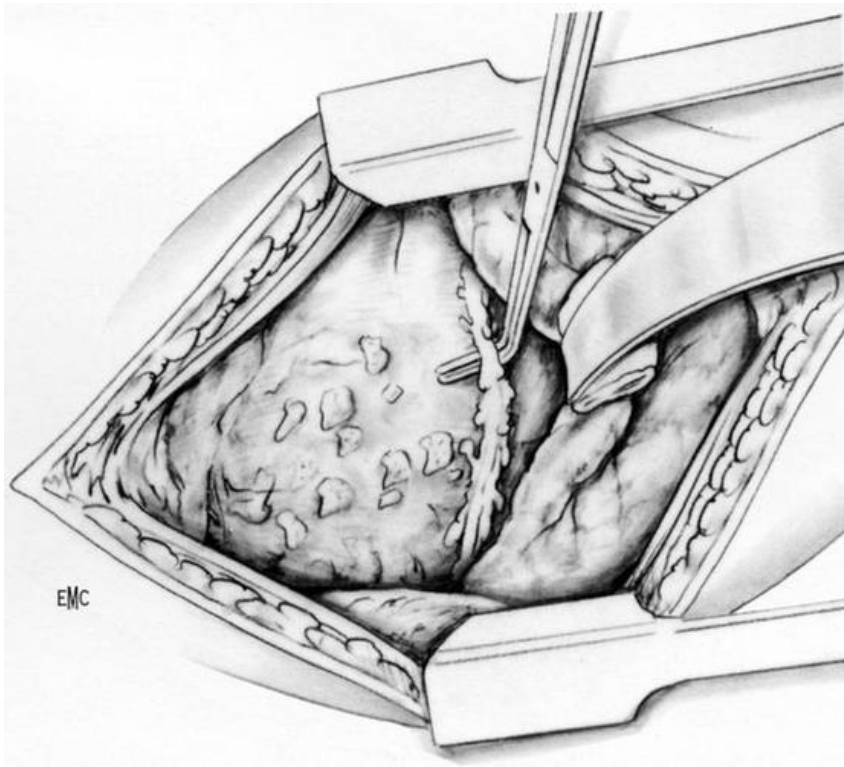
**PERICARDECTOMIE = SEULE GESTE CURATIF**

- Résultats spectaculaires dans 75% des cas

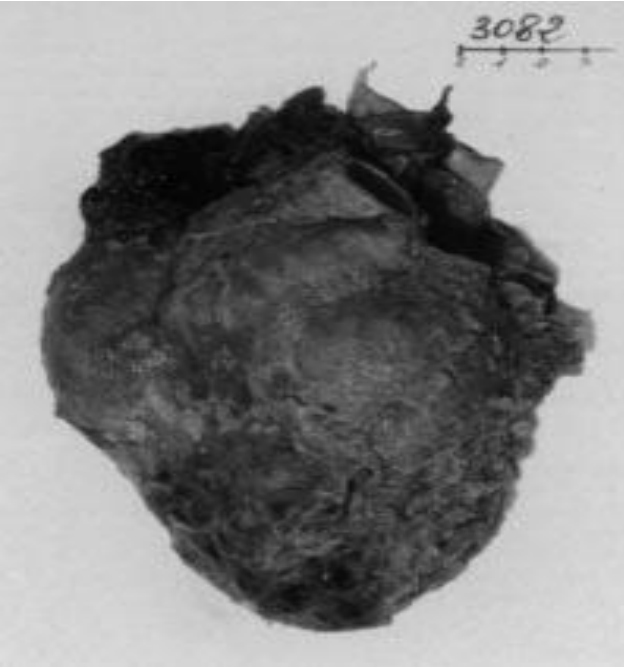
- Le seul traitement efficace de la constriction péricardique.++++++
- Il consiste en une décortication des deux feuillets du péricarde par sternotomie médiane .

➤ **Sternotomie médiane :**





Aspect du péricarde dans une péricardite constrictive



## **SUIVI POSTOPERATOIRE ET RESULTATS:**

**Un soutien pharmacologique.**

**\*Un traitement antituberculeux est systématiquement appliqué en cas de tuberculose confirmée ou fortement suspectée,.**

**\*Résultats immédiats : Nette amélioration fonctionnelle de l'ordre de 80 à 90% des cas.**

**\*Mortalité hospitalière est d'environ 10%. Le risque de survenue d'une défaillance cardiaque congestive après une péricardectomie est de 10 à 35% des cas.**

## **CONCLUSION**

**Affection inflammatoire du péricarde : épaissement péricardique fibro-calcaire.**

**\*Épaississement est responsable d'une gêne au remplissage ventriculaire .**

**\*Étiologies sont dominées par la tuberculose dans les pays en voie de développement.**

**\*Le tableau clinique est souvent non spécifique.**

**\*Le diagnostic peut être difficile dans certains cas.**

**\*Il est posé essentiellement par la radiographie thoracique, l'écho-Doppler cardiaque et le cathétérisme cardiaque.**

**\*Chirurgie reste la seule thérapeutique efficace.**

