



Article Original

Les Péricardites de l'Adulte à Ségou : Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Étiologiques

Adult Pericarditis in Segou: Epidemiology, Clinical Presentation and Etiologies

Sanogo A¹, Kodio A¹, Cissoko AS¹, Keita MY¹, Beydari BH², Diallo N³, Sangaré A³, Mariko S⁴, Coulibaly O⁵, Samaké S⁶, Singuépiré A⁷, Dramé BM⁸, Dakouo D⁹

RÉSUMÉ

Introduction. La péricardite peut être une entité isolée ou représenter la première manifestation d'une maladie sous-jacente. Le but de ce travail était d'établir le profil clinique et étiologique des péricardites à Ségou. **Matériels et méthodes.** Nous avons mené une étude transversale retro-prospective allant de Janvier 2018 à Juin 2020, des péricardites hospitalisées dans le service de cardiologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Les malades sélectionnés étaient des patients présentant une péricardite confirmée à l'échographie transthoracique. Les données retenues étaient celles correspondant au premier bilan réalisé lors de l'hospitalisation. Les variables d'étude étaient les signes cliniques, l'étiologie et l'évolution. **Résultats.** Soixante-quatre patients (19 H et 45 F) avec une moyenne d'âge de 41,8 ans \pm 18,1 ont été inclus. La douleur thoracique (54,7%) et la dyspnée (84,3%) étaient les manifestations les plus fréquemment retrouvées. Un diagnostic étiologique a été posé dans 42,2% des cas avec comme étiologies fréquentes : insuffisance rénale (12,5%), insuffisance cardiaque décompensée (18,8%) et cardiopathie ischémique (4,7%). L'étiologie n'a pas été identifiée dans 54,6% des cas. L'évolution a été favorable dans 92,2% des cas. La persistance d'un épanchement péricardique a été constatée chez un patient qui avait une péricardite bénigne. Il y a eu deux cas de récurrence et un cas de choc cardiogénique diagnostiqué au premier contact du malade. La mortalité intrahospitalière était de 3,1%. **Conclusion.** La dyspnée apparait comme l'élément clinique le plus représenté. Le diagnostic étiologique reste souvent difficile. Le taux de mortalité hospitalière est de 3.1%.

ABSTRACT

Introduction. Pericarditis may be an isolated entity or represent the first manifestation of an underlying disease. The aim of this study was to establish the clinical and etiological profile of pericarditis in Ségou. **Materials and methods.** We conducted a retro-prospective cross-sectional study from January 2018 to June 2020, of pericarditis hospitalized in the cardiology department of Nianankoro Fomba Hospital in Ségou. The patients selected were those presenting with pericarditis confirmed on transthoracic echocardiography. The data retained were those corresponding to the first workup performed at the time of hospitalization. Study variables were clinical signs, etiology and evolution of the disease. **Results.** Sixty-four patients (19 M and 45 F) with an average age of 41.8 \pm 18.1 years were included. Chest pain (54.7%) and dyspnea (84.3%) were the most common symptoms. An etiological diagnosis was made in 42.2% of cases, with the following frequent etiologies: renal failure (12.5%), decompensated heart failure (18.8%) and ischemic heart disease (4.7%). The etiology was not identified in 54.6% of cases. The outcome was favorable in 92.2% of cases. Persistent pericardial effusion was noted in one patient with benign pericarditis. There were two cases of recurrence and one case of cardiogenic shock diagnosed on first contact with the patient. Intra-hospital mortality was 3.1%. **Conclusion.** Dyspnea appears to be the most common clinical feature. Etiological diagnosis is often difficult. The in-hospital mortality rate was 3.1%.

1. Service de cardiologie Hôpital Régional de Ségou
2. Service de Pédiatrie Hôpital Régional de Ségou
3. Service de cardiologie CHU Point G
4. Service de Cardiologie Hôpital Régional de Tombouctou
5. Service de Chirurgie Pédiatrique Hôpital Régional de Ségou
6. Direction régionale de la Santé de Bamako
7. Service de Traumatologie / Neurochirurgie Hôpital Régional de Ségou
8. Service d'Odonto-stomatologie / Chirurgie Maxillo-faciale Hôpital Régional de Ségou
9. Service de Chirurgie générale Hôpital Régional de Ségou

Auteur correspondant :

Dr Aniessa KODIO; cardiologue
Tel : (00223)79277963

Mail: yessa.kodio@yahoo.com.

Mots clés : péricardites, échocardiographiques, Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Keywords: pericarditis, echocardiography, Nianankoro FOMBA Hospital of Ségou.

Article history

Submitted: 4 July 2024

Revisions requested: 7 September 2024

Accepted: 15 September 2024

Published: 27 September 2024

POINTS SAILLANTS**Ce qui est connu du sujet**

- Le traitement et le pronostic de la péricardite sont fonction de son étiologie.
- L'étiologie la plus fréquente dans les pays développés est idiopathique ou présumée virale dans et dans les pays en voie de développement, la tuberculose.

La question abordée dans cette étude

- Profil clinique et étiologique des péricardites et l'absence de données épidémiologiques.

Ce que cette étude apporte de nouveau

- La dyspnée est l'élément clinique prédominant.
- L'étiologie n'est pas toujours retrouvée.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

- Mettre un accent sur la prévention en agissant sur les facteurs favorisant comme le VIH dans les péricardites tuberculeuses.

INTRODUCTION

La péricardite est une inflammation du péricarde avec ou sans épanchement péricardique [1]. La prévalence des péricardites est difficile à déterminer, compte tenu de nombreuses formes pauci symptomatiques [2]. La péricardite est responsable de 0,1 à 0,2% de l'ensemble des hospitalisations ; selon une étude américaine, le diagnostic de péricardite aiguë correspondrait à 5% des patients hospitalisés pour douleur thoracique non ischémique [3, 4]. Sa prévalence en Afrique est de 19,7% à Bamako, et de 21,6% au Burkina-Faso [5]. En Europe une étude italienne avait estimé l'incidence de la péricardite aiguë à 27,7 cas pour 100 000 personnes par an, avec une mortalité intra hospitalière de 1,10% [6]. Dans une autre étude menée en Finlande sur une période de 9 ans, l'incidence des péricardites ayant nécessité une hospitalisation était de 3,32 cas pour 100 000 personnes par an [6]. Les péricardites aiguës causent 0,2% des admissions en cardiologie [3]. Il s'agit donc d'une pathologie assez fréquente qui pose des difficultés de diagnostic, expose au risque de tamponnade, et pour certaines étiologies risque d'évolution vers la constriction, la récurrence ou la chronicité [3,7], en rapport avec la richesse symptomatologique du tableau, les conditions socio-économiques de nos patients et la faiblesse du plateau technique [8]. Les principaux syndromes péricardiques rencontrés en clinique incluent : les péricardites (aigües, subaigües, récidivantes, et chroniques), l'épanchement péricardique, la tamponnade cardiaque, les péricardites constrictives et enfin les masses péricardiques [9]. L'étiologie la plus fréquente dans les pays développés est idiopathique ou présumée virale dans 55 à 86% [3]. Au contraire dans les pays en voie de développement, la tuberculose est fréquemment l'étiologie spécifique [4].

La prééminence du VIH-SIDA parmi les étiologies, fait de la pathologie un véritable problème de santé publique [8]. Les indications thérapeutiques et le pronostic dépendent de l'étiologie [2]. Cette évolution du profil clinique et étiologique des péricardites et l'absence de données épidémiologiques antérieures à Ségou expliquent notre intérêt pour le sujet.

MATÉRIELS ET MÉTHODES**Cadre d'étude**

L'étude s'est déroulée dans le service de cardiologie de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Période et type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive qui s'est déroulée du 30 Janvier 2018 au 30 Juin 2020 soit une période de 29 mois.

Population d'étude

Tous les malades hospitalisés dans le service pendant la période d'étude.

- Ont été inclus : Les malades sélectionnés étaient des patients présentant une péricardite confirmée à l'échographie cardiaque.
- N'ont pas été inclus :
 - ✓ Ceux non confirmés par l'échographie cardiaque.
 - ✓ Les malades hospitalisés pour autres affections cardio-vasculaires.

Échantillonnage

Tous les malades répondant à nos critères d'inclusion et à notre période d'étude.

Collecte des données

Le recueil des données a été fait à partir des dossiers médicaux des patients où ont été systématiquement enregistrées les données sociodémographiques, cliniques, biologiques, électrocardiographiques, écho cardiographiques et l'évolution de la maladie.

Variables

- Les paramètres sociodémographiques : l'âge, le sexe, la profession.
- Les données cliniques :
 - ✓ Antécédents et facteurs de risque cardiovasculaires : la péricardite, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance rénale chronique, le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose, le diabète, le tabagisme, l'alcool.
 - ✓ Signes cliniques : la température corporelle, la pression artérielle, la fréquence cardiaque, le début brutal (moins de 48 heures) ou chronique, le syndrome grippal, la dyspnée, l'asthénie, la douleur thoracique, la toux, la présence d'un frottement péricardique, la turgescence jugulaire ou le reflux hépato-jugulaire, la tamponnade.
- Les résultats des examens paracliniques : numération formule sanguine, la protéine C-réactive (CRP), Créatininémie, troponine ultrasensible, thyroïdostimuline ultra sensible, sérologie-HIV, hémoculture, examen cyto-bactériologique des crachats, la radiographie pulmonaire, l'électrocardiogramme (ECG), l'échocardiographie doppler.
- L'aspect thérapeutique était basé sur le traitement médical, ponction évacuatrice, le traitement chirurgical (Péricardectomie, drainage).
- Les paramètres d'appréciation de l'évolution :

Critères de définition

- Les résultats des examens paracliniques à savoir :
 - ✓ La réalisation ou non d'une radiographie pulmonaire, présence d'une cardiomégalie (index cardio-thoracique supérieur à 0,5)
 - ✓ L'ECG : Les critères diagnostiques de microvoltage sus décalage du ST, l'alternance L'échographie cardiaque et doppler : la présence d'un épanchement péricardique, d'une tamponnade, la taille de l'épanchement (minime < 10 mm, modérée entre 10 et 20 mm et abondant >20mm) la fraction d'éjection du ventricule gauche.
- Les paramètres d'appréciation de l'évolution : L'évolution était considérée favorable si amélioration clinique, diminution ou disparition de l'épanchement péricardique et la normalisation de la CRP.

Plan d'analyse et traitement des données

Les données ont été saisies sur Microsoft Word 2016 et analysées sur le logiciel SPSS 20.3.9 (Test statistique chi2 avec $P < 5\%$)

Aspects éthiques

Les informations recueillies n'étaient accessibles qu'aux seules personnes impliquées dans l'étude.

RÉSULTATS

Soixante-quatre patients (19 H et 45 F) avec une moyenne d'âge de 41,8 ans+/-18,1 ont été inclus. La douleur thoracique et la dyspnée étaient les manifestations les plus fréquemment retrouvées, dans 54,7% et 84,3% respectivement.

Tableau I : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Douleur thoracique	35	54,7
Dyspnée	54	84,3
Fièvre	22	34,4
Toux	46	71,9
Asthénie	18	28,1
Palpitations	6	9,4

Un diagnostic étiologique a été posé dans 45,4% des cas avec comme étiologies fréquentes : insuffisance cardiaque décompensée (18,8%), insuffisance rénale (12,5%), et cardiopathie ischémique (4,7%), l'étiologie non retrouvée représente 54,6%.

Tableau II : Répartition des patients selon l'étiologie

Étiologies	Effectif	Pourcentage (%)
Étiologie non retrouvée	35	54,6
Décompensation insuffisance cardiaque	12	18,8
Insuffisance rénale	8	12,5
Péricardite aiguë liée à l'IDM	3	4,7
Tuberculose	2	3,1
VIH	2	3,1
Bactérienne	1	1,6
Tumeur médiastinale para cardiaque	1	1,6
Total	64	100,0

IDM : infarctus du myocarde ; HIV : Virus de l'immunodéficience humaine

Tous nos patients ont reçu un traitement médical et 17,2% ont bénéficié d'une ponction péricardique. Plus de la moitié de nos patients ont reçu de l'Aspirine et de la Colchicine dans 60,9% et 54,7% respectivement.

Tableau III: Répartition des patients selon le type de traitement reçu

Type de traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Traitement médical	64	100,0
Ponction péricardique	11	17,2
Traitement chirurgical	0	00,0

L'évolution était en général favorable avec 92,2% des cas de guérison. La persistance d'épanchement péricardique a été retrouvée chez un patient qui avait une péricardite bénigne, et deux cas de récurrence. Nous avons enregistré un cas de choc cardiogénique diagnostiqué au premier contact du malade. La mortalité intrahospitalière était de 3,1%.

Tableau IV: Répartition des patients selon l'évolution de la maladie

Évolution	Effectif	Pourcentage (%)
Guérison	59	92,2
Persistance de l'épanchement	1	1,6
Récurrence	2	3,1
Décès	2	3,1

DISCUSSION**Fréquence**

Durant la période d'étude, sur les 879 patients hospitalisés dans le service, nous avons recensé 64 cas de péricardite soit une fréquence hospitalière de 7,28%. Ce taux est supérieur à celui de l'étude réalisée par Sidibe [5] à Bamako en 2007 qui a retrouvé 1,92% et de 0,51% dans la série réalisée par Gribaa. R et al [2] en Sahloul en 2015, qui traitaient respectivement l'association Péricardite – VIH et péricardite aiguë.

Caractéristiques des patients

Notre échantillon était constitué de 70,3% de sexe féminin contre 29,7% de sexe masculin. Le sex-ratio (H/F) était de 0,42. Ce résultat est identique à celui des données de la littérature [1, 18]. L'âge moyen de nos patients était de



41,8 ans \pm 18,1 et la classe d'âge (13-45 ans) avait représenté 59,4% dans notre série. Le sexe féminin était plus représenté dans cette classe d'âge soit 64,5% contre 47,4% de sexe masculin. Ce qui confirme que la péricardite touche plus les adultes jeunes à prédominance féminine. Ce même constat est fait par d'autres auteurs [2]. En effet dans une étude réalisée par Gribaa R et al. avaient rapporté un âge médian de 43 ans avec une classe interquartile comprise entre (33-48 ans) [2]. Notre résultat reflète celui décrit par Sidibe [5] en 2007 à Bamako.

Plus de la moitié de nos patients étaient cultivateurs (14,1%) et femmes au foyer (56,3%), ce qui constitue une classe sociale très modeste dans notre contexte et pose problème dans la réalisation du bilan étiologique qui est souvent large et coûteux, ainsi que le bilan d'évolution ; il en est de même pour la prise en charge thérapeutique.

Facteurs de risque cardiovasculaires et antécédents

Les patients avaient un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires dans 62,6% des cas. Dans notre étude, 26,6% des patients avaient des antécédents pouvant être en rapport avec la péricardite. Les antécédents les plus fréquemment retrouvés sont : la tuberculose dans 3,1% des cas, l'insuffisance rénale chronique dans 6,3% ; la cardiomyopathie dilatée et/ou hypertrophique associées à une cardiopathie ischémique dans 9,4% ; 1,6% du rhumatisme articulaire aigu. Par contre la série tunisienne réalisée par Gribaa et al [2] en 2015 avaient retrouvé la tuberculose dans 3,1% des cas, la radiothérapie ou l'insuffisance rénale chronique (3,1%), le cancer (4,7%), la chirurgie cardiaque (4,7%).

Données cliniques

Le mode d'installation était aigu dans 73,4% des cas. Le motif de consultation a été la dyspnée dans 84,3% des cas et la douleur thoracique dans 54,7% des cas. Ailleurs, la douleur thoracique constituait le motif de consultation le plus fréquent dans l'étude réalisée par Gribaa et al [2] 72,7% en 2015, et Diallo [22] à Bamako en 1998; 84,2% chez Maiga [7] à Bamako en 2005 et 94,6% chez Serme [23] à Ouagadougou en 1991. L'assourdissement des bruits du cœur a été retrouvé dans 76,6% des cas a été l'anomalie auscultatoire la plus retrouvée avec la tachycardie dans 70,3% des cas. La tachycardie et l'assourdissement de bruits du cœur ne sont pas spécifiques des péricardites. Le frottement péricardique a été perçu dans 17,2% des cas, ce résultat est proche des données de Gribaa et al [2] en 2015 qui ont retrouvé 19,5% de frottement péricardique. Le frottement péricardique est un signe important de l'inflammation péricardique, mais son absence ne l'exclut pas. Nous avons trouvé que 53,1% des patients avaient des signes de stase périphérique contre 42,1% chez Gribaa et al [2], un cas s'est présenté en état de choc. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les patients ne sont vus qu'à un stade avancé de la maladie.

Donnés paracliniques

Une radiographie du thorax a été réalisée chez tous nos patients et 53 patients soit 82,8 % avaient une cardiomégalie radiologique, taux proche des 91% dans l'étude réalisée par Sidibe [5] en 2007 et de Diallo [10] à Bamako en 1998. Une pleurésie associée dans 37,5% des cas, une pneumopathie dans 13 cas (20,3%). Ces résultats

reflètent ceux décrits par Gribaa et al [2] en Souhl en 2015 qui ont retrouvé une pleurésie dans 36,7% des cas et une pneumopathie dans 9,4% des cas, évoquant le diagnostic de la pleuropéricardite.

Un ECG a été réalisé chez tous nos patients, la tachycardie sinusale associée aux troubles de la repolarisation ventriculaire (l'inversion de l'onde T diffuse) objectivés dans respectivement 51,6% tiennent la première place. Nous avons retrouvé une microvoltage chez 34,4%. Ces résultats corroborent ceux rapportés par Maiga [7] en 2005 qui avait retrouvé des troubles de la repolarisation dans 53,9% des cas et un microvoltage dans 34,2%. Toutefois, ces signes de l'ECG ne sont pas spécifiques, mais ils ont constitué pour nous une base argumentaire pour le diagnostic de péricardite.

Un épanchement péricardique était présent chez tous nos patients, contre 55,1% chez Sidibe [5], associé dans 14,1% des cas à des dépôts de fibrines. Trente-cinq patients (soit 54,6%) avaient un épanchement péricardique de moyenne et de grande abondance. Un cas d'état de choc diagnostiqué au premier contact du malade et décédé malgré une prise en charge rapide. Une ponction péricardique a été effectuée chez 11 patients soit 17,2% ; le liquide était jaune citrin dans 72,7% des cas contre 38% chez Sidibe [5] à Bamako en 2007.

La CRP était élevée dans 57,8% des cas ; une hypercréatininémie chez 37,5% des patients ; la troponine était élevée chez 2 malades (3,1%) dans le cadre d'un infarctus du myocarde. Ce résultat est superposable à celui de Gribaa et al [2] qui avaient retrouvé une CRP élevée dans 66,4% des cas et la Troponine dans 3,9% des cas. L'élévation de la CRP reconforte le diagnostic de la péricardite et permet d'évaluer l'évolution de celle-ci.

Dans notre étude l'étiologie était non retrouvée dans 55,4% des cas en concordance avec les données de la littérature [2,1] ; 3,1% des patients étaient séropositifs au VIH. Par contre l'étude réalisée par Sidibe [5] en 2007 l'étiologie était dominée par le VIH et la tuberculose expliquée en partie par le fait que Sidibe ne traitait que les associations péricardites-VIH. La péricardite a été retrouvée chez 8 patients (12,5%) qui étaient porteurs d'insuffisance rénale qui est d'ailleurs l'étiologie fréquente au cours d'une péricardite aiguë. La péricardite tuberculeuse a été observée dans 2 cas (3,1%) confirmée par les examens bactériologiques des crachats. La fréquence de la péricardite aigüe tuberculeuse est de 19,3% dans l'étude réalisée par Haidara [8] à Bamako 2005. Cette diminution de la fréquence s'explique par une diminution de la tuberculose et surtout par un traitement plus efficace de celle-ci réduisant le risque d'évolution vers la localisation péricardique. Un cas (1,6%) de péricardite secondaire à une tumeur médiastinale paracardiale a été retrouvé ; la péricardite est survenue sur une cardiopathie ischémique chez 3 patients soit 4,7% ; 12 cas d'insuffisance cardiaque décompensée soit 18,8% associant une cardiomyopathie du péripartum, une cardiomyopathie dilatée et/ou hypertrophique ou une cardiopathie ischémique.

Traitement et évolution

Tous nos patients ont reçu un traitement médical souvent associé à la ponction péricardique. Le traitement a été basé

sur l'Aspirine à pleine dose (3 g/j) et la colchicine pour les péricardites aiguës, souvent associés à de traitement des pathologies en cause. Les corticoïdes ont été utilisés dans les cas où la persistance des épanchements a été observée malgré l'aspirine à dose optimale.

L'évolution a été favorable dans 92,2% des cas dans notre étude avec une durée moyenne d'hospitalisation de 7,3 jours \pm 5,5 jours. Nous avons enregistré un cas d'état de choc (1,6%). La persistance d'épanchement péricardique a été constatée chez un patient soit 1,6% qui avait une péricardite idiopathique, et la récurrence (3,1%) dans un cas de tuberculose et d'insuffisance rénale. Dans la littérature la fréquence de la récurrence était de 24% chez Gribaa [2] ce qui est supérieure à notre résultat et s'expliquerait par le nombre important de patients inclus dans son étude. Deux cas de mortalité intrahospitalière soit 3,1% (un cas de péricardite néoplasique, un cas de péricardite d'étiologie non retrouvée.) La péricardite néoplasique était l'étiologie la plus meurtrière à 100% des cas avec une valeur statistiquement significative ($p=0,0003$).

CONCLUSION

Cette étude a permis de décrire les caractéristiques de la population, la symptomatologie et la prise en charge des péricardites dans le service de cardiologie de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Parmi les quatre critères diagnostiques utilisés dans la littérature, la dyspnée apparaît comme l'élément clinique le plus représenté avec les signes électrocardiographiques. Le frottement demeure moins fréquent. La recherche d'un épanchement via l'échocardiographie est utile voire indispensable notamment en cas de doute diagnostique et permet d'éliminer les formes compliquées. Le diagnostic étiologique reste souvent difficile.

RÉFÉRENCES

- David A, Nicolas L. (2018). Péricardite aiguë in *Cardiologie vasculaire* (ed 8). Paris : Vernazobres-Gnregio ; p : 361.
- Sidibé S. Atteinte du péricarde au cours de l'infection à VIH/SIDA. Thèse, Med, Bamako, 2007; p:3
- Delahaye F. Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur les maladies péricardiques. 2015
- Haidara O. T : Diagnostic étiologique et évolution des péricardites dans les services de cardiologie des CHU du point \diamond et Gabriel TOURE d'Avril2005 à Décembre 2006. Thèse, Med, Bamako, 2008.
- Gribaa. R, Slim. M, Ben Letaifa. A, Ouali S. S, Neffati E, Kacem. S et al. Les particularités cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutives des péricardites aiguës dans le service de cardiologie de l'hôpital de Sahloul Sousse. *Revue Tunisienne de cardiologie, Sahloul Sousse*, 2015 ; 11-03p :132
- Maiga B. H. Etude épidémiologique des péricardites aiguës dans le service de cardiologie A de l'HNPG, Thèse, Med, Bamako 2005.
- Spodick DH. The normal and diseased pericardium: current concepts of pericardial physiology, diagnostic and treatment. *Jam coll cardio* 1983 ; 1 ; 240 R 51.
- Loire R et Pinède L : Péricardites aiguës et épanchements péricardiques non inflammatoires du péricarde. *Encycl. Méd. Chir(Elsevier, Paris), Cardiologie-Angéiologie*, 11-015-A-10, 1999 ; 14 p.
- Ducam H. A propos de 36 cas de péricardite observés chez l'adulte à Bamako. *Cardiologie tropicale*.1978, 4(15), 145-150.
- Diallo S. Etude rétrospective de la péricardite à l'hôpital du Point G. à propos de 91 cas. Thèse, Med, Bamako, 1998 ; 98-M-28 : 1p.