



Article Original

Panorama des Péricardites au Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako

Panorama of pericarditis in the Reference Health Centre of the First Council of the District of Bamako

Bouréma Dembélé¹, Mamadou Diakité¹, Boubacar Diarra², Noumou Sidibé², Aliou Sangaré¹, Mariam Sako¹, Mamadou Touré², Abdoulaye Soungalo Cissoko³, Modi Sidibé⁴, Modibo Doumbia⁵

RÉSUMÉ

Introduction. La péricardite est une inflammation du péricarde et comprend souvent un épanchement liquidien. La péricardite peut être provoquée par de nombreux troubles (infection, infarctus du myocarde...) mais est souvent idiopathique. Dans ce travail, nous décrivons le panorama des péricardites dans un district sanitaire de Bamako. **Matériels et méthodes.** Il s'agit d'une étude transversale descriptive du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2020 sur les patients en consultation dans l'unité de cardiologie du CS Réf CI. **Résultats.** Nous avons retenu 104 patients parmi les 1438 patients consultés soit une prévalence de 7,2 %. Le sujet jeune était plus représenté avec une classe d'âge entre 21 – 30 ans soit une fréquence de 41,3%. Le sexe féminin prédominait avec 56,7%. Le motif fréquent de consultation fut la dyspnée 70,2% et la douleur thoracique 57,0%. Selon la classification NYHA ; 64,4% des patients étaient au stade III lors de la première consultation. L'anomalie la plus fréquente à l'examen cardiaque fut la tachycardie 100%. Le micro voltage représentait la moitié de l'interprétation de l'ECG soit 50,0% des patients, le trouble de la repolarisation 34,6% et le sous décalage du segment PQ a été observé chez 11,5%. L'échographie doppler cardiaque a objectivé l'épanchement péricardique chez 87,5% dont 3,8% au stade de tamponnade. Les deux principales étiologies étaient l'infection virale (36,5%) et le VIH (26,0%). **Conclusion.** La péricardite est une pathologie assez fréquente en consultation dans l'unité de cardiologie du CS Réf CI et elle touche généralement le sujet jeune. Les deux principales étiologies sont l'infection virale et le VIH

ABSTRACT

Introduction. Pericarditis is an inflammation of the pericardium and often includes a liquid effusion. Pericarditis can be caused by many disorders (infection, myocardial infarction, etc.) but is often idiopathic. In this paper, we report the presentation of pericarditis in a health Centre of Bamako Health District. **Materials and methods.** This was a descriptive cross-sectional study from January 1 to December 31, 2020 on patients in consultation in the CS Ref CI cardiology unit Results: We retained 104 patients among the 1438 patients consulted, i.e. a prevalence of 7.2%. The young subject was more represented with an age group between 21 and 30 years old, i.e. a frequency of 41.3%. The female gender predominated with 56.7%. The frequent reason for consultation was dyspnea 70.2% and chest pain 57.0%. According to NYHA classification; 64.4% of patients were at stage III at the first consultation. The most common abnormality on cardiac examination was tachycardia (100%). The micro voltage represented half of the ECG findings (50.0% of the patients), while repolarization anomalies were found in 34.6% and the subshift of the PQ segment was found in 11.5% of patients. Cardiac Doppler ultrasound found pericardial effusion in 87.5% of cases, including 3.8% with tamponade. The two most common etiologies were viral infection (36.5%) and HIV (26.0%). **Conclusion.** Pericarditis is rather frequent in consultation in the cardiology unit of the CS Ref CI and it generally affects young people. The two most common etiologies are non-specific viral infection and HIV.

⁽¹⁾Service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G

⁽²⁾Service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Toure

⁽³⁾Service de cardiologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

⁽⁴⁾Service de néphrologie hémodialyse du Centre Hospitalier Universitaire du Point G

⁽⁵⁾Service de chirurgie cardiovasculaire du Centre Festoc Andre de l'hôpital mère-enfant le Luxembourg

Auteur correspondant

Dr Bouréma Dembele

Email :

bouremademele@yahoo.fr

Tél : 00223 66 87 49 50

BP 9249 ; Korofina Nord, Rue 176, Mali

Mots clés : Péricardite - Centre de Santé de Référence - Commune I - District de Bamako

Keywords: Pericarditis - Reference Health Center - Commune I - District of Bamako

INTRODUCTION

La pathologie péricardique est un peu "le parent pauvre" de la cardiologie derrière les affections "nobles" coronaires, myocardiques et valvulaires. Elle fournit 2 à 3 % des admissions d'un service hospitalier [1]. Protecteur du cœur, le péricarde est soumis aux aléas de l'inflammation par sa réactivité particulièrement forte comme celle de toutes les séreuses, répondant aussi de ce fait aux maladies

systémiques et affections cardiaques autonomes. D'une façon générale les péricardites se définissent comme étant une inflammation du péricarde avec ou sans épanchement liquidien. Son évolution peut être aiguë ou chronique et ses étiologies sont diverses. Sa prévalence en Afrique subsaharienne surtout en milieu hospitalier cardiologique est non négligeable : à 7% à

Abidjan [2]; 6% à Niamey [3]; 9,7% à Ouagadougou [4] et 10% à Bamako [5].

Il s'agit donc d'une affection assez fréquente et qui pose les problèmes suivants: les difficultés de diagnostic positif et surtout étiologique en fonction de la richesse symptomatique du tableau clinique et du plateau technique. L'objectif de ce travail est d'étudier les péricardites (la fréquence, les aspects cliniques, les examens para cliniques et les principales étiologies) dans l'unité de cardiologie du Centre de Santé de Référence de la Commune I (CS Réf CI) du District de Bamako.

MÉTHODOLOGIE

Lieu d'étude

Ce travail a été mené dans l'unité de cardiologie du CS Réf CI du district de Bamako.

Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive allant du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2020.

Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans cette étude tous les patients vus en consultation ayant présenté la symptomatologie une péricardite aiguë avec ou sans épanchement et ayant bénéficié les trois examens suivant : l'ECG, la radiographie thoracique de face et l'échographie doppler cardiaque.

Critères de non-inclusion

Les péricardites chroniques constrictives, les patients ayant un âge inférieur ou égale 10 ans et les péricardites non confirmés ont été exclus de l'étude.

Collecte des données

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête à partir des dossiers médicaux et lors de la consultation. Les paramètres collectés étaient l'âge et le sexe. Les paramètres descriptifs cliniques étaient la douleur thoracique, la toux sèche, le frottement péricardique et la dyspnée. Les paramètres descriptifs para cliniques étaient les anomalies retrouvées à l'électrocardiogramme, à la radiographie thoracique et à l'échocardiographie doppler cardiaque. La numération formule sanguine(NFS), la vitesse de sédimentation, la protéine C-réactive(CRP), la sérologie VIH(Virus de l'Immunodéficience Humaine) , l'ASLO (antistreptolysines O) et TSHus (la thyroestimuline ultrasensible) étaient les paramètres biologiques étudiées.

Analyse des données

Nous avons utilisé le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Version 11 pour l'enregistrement des données, les logiciels Word et Excel 2003 pour la saisie et le logiciel Epi-info version 6.04 pour l'analyse des données.

Considérations éthiques

Nous n'avons pas rencontré de problème éthique particulier et cependant nous avons tenu à préserver l'anonymat et la confidentialité des résultats.

RESULTATS

Sur 1438 patients consultés pendant la période d'étude, 104 ont été diagnostiqués et confirmés pour la péricardite soit une prévalence de 7,2%. L'échantillon se répartissait comme : le sexe masculin 45 soit 43,3% et le sexe féminin 59 cas soit 56,7 %. Le sexe ratio était alors de 1,2 en faveur

des femmes.

La tranche d'âge 21 - 30 ans était la plus représentée avec 43 cas soit 41,3%.

La profession la plus représentée était l'ouvrier avec 22 cas soit 21,2%.

Les circonstances de découverte majeures ayant motivés la consultation furent : la dyspnée 70,2% (73 cas); la douleur thoracique 57,0% (59 cas); Toux 33,7% (35 cas) ; l'OMI 26,0% (27 cas) et l'AEG 8,7% (9 cas).

Selon la classification de NYHA à la première consultation; 67 patient étaient au stade III soit 64,4 % ; le stade II représentait 20,2% (21 cas) ; le stade I 12,5% (13 cas) et le stade IV 2,9% (3 cas). La fièvre était quantifiée chez environ un tiers des patients soit 35,6% (37 cas).

L'examen cardiaque pour la première fois notait une fréquence cardiaque au-dessus de 100 battements par minute chez tous les patients. L'assourdissement des BDC était attendu chez 87 patients soit 83,6% ; le Frottement péricardique 46,1% (48 cas) ; le souffle cardiaque 31,7% (33 cas) et l'arythmie 10,6% soit 11 cas. L'examen pulmonaire retrouvait les râles crépitants chez 37 patients soit 35,6%. Autres signes majeurs à l'examen physique furent : l'hépatomégalie 78,8% (82 cas) le reflux hépato-jugulaire 62,5% (65 cas); la turgescence jugulaire 59,6% (62 cas) ; l'OMI 42,3% (44 cas) et l'ascite 15,4% (16 cas). La radiographie thoracique de face objectivait une cardiomégalie chez 98 patients soit 94,2% et un épanchement pleural chez 22,1% (23 cas).

Les anomalies électriques (ECG) retrouvées étaient : le micro voltage diffuse chez 52 patients soit 50,0% ; les troubles de repolarisation de l'onde T 34,6% (36 cas) ; l'hypertrophie ventriculaire gauche 16,3% (17 cas) ; le sous décalage du segment PQ 11,5% (12 cas) et la fibrillation atriale 4,8% (5 cas).

L'échographie doppler cardiaque notait l'épanchement péricardique chez 91 patients soit 87,5% ; et 13 patients avaient un décollement péricardique soit 12,5%. Les dépôts de fibrine ont été observés chez 32 patients soit 30,8% et 4 patients étaient au stade de tamponnade soit 3,8%.

Parmi les 91 patients ; l'épanchement était abondant chez 58 patient soit 55,8% ; 26 patients avaient un épanchement de faible abondance soit 25,0% et l'épanchement péricardique de moyenne abondance représentait 6,7% (7 cas). Le résultat biologique notait une anémie chez 26,9% (28 cas) ; une hyperleucocytose 33,6% (35 cas) ; CRP positif 95,2% (99 cas) ; ASLO positif 9,6% (10 cas) ; l'hypercréatinémie 20,2% (21 cas) et l'hyperglycémie 18,3% (19 cas). La sérologie HIV était positive chez 27 patients soit 26,0% ; 11 cas étaient positifs au crachât BAAR soit 10,6% et l'IDR positif 15,4% (16 cas).

C'est 65 patients qui ont bénéficié d'une ponction exploratrice. L'aspect du liquide était chez ces patients : le jaune citrin 44,2% (46cas) ; l'aspect Chyleux 9,6% (10 cas) ; l'aspect purulent 5,8% (6 cas) et l'aspect hémorragique 2,9% (3 cas). L'étiologie : l'infection virale représentait 36,5% (38 cas) avec 27 cas de VIH soit 26,0%. La tuberculose isolée occupait la deuxième place avec 22 cas soit 21,2% ; L'insuffisance cardiaque 16,3% (17cas) prenait la troisième place. Les autres étiologies retenues furent : l'insuffisance rénale 8,7% (9 cas) ; l'association VIH/tuberculose 6,7% (7 cas) et 6 cas idiopathique soit

5,8% et la néoplasie 4,8% (5 cas). La thérapeutique utilisée fut : le drainage péricardique chez 32 patients soit 30,8% ; la ponction péricardique 15,4% (16 cas) par ailleurs, tous les patients ont été mis sous traitement spécifique selon leur étiologie.

DISCUSSION

La fréquence des péricardites au cours de notre étude était de 7,2% contre 10% Bertrand [2] à Abidjan. Selon la littérature en Afrique leur fréquence varie entre 4 et 15 % [5] des pathologies cardio-vasculaires. Nous expliquons ce taux par le lieu d'étude qui est non hospitalier la population d'étude et l'échantillon.

La classe d'âge majoritaire était 21 – 30 ans proches de Diallo [6] et Serme à Ouagadougou [4]. En accord avec la littérature, la péricardite est une pathologie fréquente chez le sujet jeune.

La prédominance masculine est classique dans beaucoup d'études contrairement, notre a retrouvé une prédominance féminine en avec Mouanodji à N'Djamena [7].

La dyspnée, la douleur thoracique et la toux avec respectivement 70,2% ; 57,0% et 33,7% étaient les motifs majeurs de consultation dans notre étude et chez beaucoup d'autres auteurs et la littérature [8,9 et 10]. La fièvre, 35,6% dans notre étude était non superposable au travail de Mouanodji à N'Djamena [7] elle représentait 80,7% mais proche des 45,1% chez Diallo [6].

La tachycardie est le signe stéthacoustique dominant avec 100,0%.

L'assourdissement des bruits du cœur vient au deuxième rang avec une fréquence de 83,6% ; ce taux est supérieur à celui chez AG Rhaly 34,1% [10].

Le frottement péricardique, signe pathognomonique de la péricardite a été entendu 46,1% chez nos patients. Cette valeur est comprise dans la fourchette classique : 13,7 à 92% [10].

La radiographie thoracique de face a objectivé une cardiomégalie dans 94,2% de notre série en accord avec les statistiques sur la péricardite. [5,6 et 11]. Le micro voltage 50,0% fut l'anomalie électrique la plus fréquente contre 30,1% chez Haidara [12]. À l'échographie doppler cardiaque: l'épanchement péricardique a été abondant dans 55,8% des cas contre 26% chez Tonddouangu [13].

Les deux étiologies principales furent : l'infection virale et la tuberculose avec respectivement 36,5% et 26,0%. Ces taux étaient similaires à l'étude de Kintaki [14].

CONCLUSION

La péricardite est une pathologie assez fréquente en consultation dans les services de cardiologie. Notre étude trouve une fréquence de 7,2 % en milieu non hospitalier en cardiologie, ce taux est similaire dans les hôpitaux qui est entre 10 à 15%. La fréquence féminine prédomine dans notre étude qui est non similaire à la littérature et d'autres études surtout en milieu hospitalier. Si l'étiologie reste indéterminée dans 60 à 70% beaucoup d'étude, notre étude a prouvé le contraire avec la mise en évidence des principales étiologies à plus de 90%.

RÉFÉRENCES

1. Pinede I et Loire R. Péricardites aiguës et épanchements non inflammatoires du péricarde. *Encycl. Med. Chir (Elsevier, Paris). Cardiol Angéiol* 11-015-A-10, 1999, 14p.
2. Bertrand Ed, Barabe P, Baudin L, et al. Etude clinique et étiologique de 62 cas de péricardites aiguës à Abidjan, *Afr Med* 1968; 7 ; 813-820.
3. Gaultier Y, Alfari d, Cenac A, et al. Les péricardites de l'adulte à Niamey, à propos de 25 cas, observations, *Cardiol Trop* 1987 ; 13 ; 21-22.
4. Serme D, Lengani A, Ouandaogo J. Les péricardites aiguës de l'adulte à Ouagadougou aspects cliniques et étiologiques de 37 cas. *Card trop* 1991 ; 17 ; 141-147.
5. Ducam H, Ba N, Duflo B, AG Rhaly A, Toure M K . A propos de 36 cas de péricardite observés chez l'adulte à Bamako, *Card trop* 1978, 4 ; 145-150.
6. Diallo S. Etude rétrospective de la péricardite à l'Hôpital national du point G: 91 cas. Thèse Med Bamako 1998 ; 28.
7. Mouanodji MB. Les péricardites à N'Djamena (Tchad), étude épidémiologique, symptomatologique, étiologique et évolutive, *Card trop* 1996 ; 22 ; 17-22.
8. Adeyemo AO, Andy JJ, Joiner R T, et al. Purulent pericarditis in Nigeria. A study of 36 consecutive cases, *Card trop card* 1985; 11; 7-13.
9. Agboton H. Les péricardites aiguës en Afrique de l'ouest, *Card trop* 1990 ; 17-23.
10. AG Rhaly A, Duflo B et al. Les péricardites tuberculeuses à Bamako. A propos de 29 cas recensés en 2 ans dans le service de médecine et de cardiologie de l'hôpital du point G. *Card trop* 1980 ; 6 ; 189-191.
11. Armel Kinga, Jean Bruno Mipinda , Christian Allognon , Jean Rodolphe Mackanga , Elsa Ayo Bivigou , Jean Emmanuel Eke Nzengue. Aspects Cliniques, Paracliniques et Étiologiques de la Péricardite Aigue à Libreville. *Health Sci. Dis: 2020Vol 21 (1) 80- 84*. Available free at www.hsd-fmsb.org
12. Ousmane Thierno Haidara. Diagnostic étiologique et évolution des péricardites dans les services de cardiologie des CHU du Point«G» et Gabriel TOURE d'Avril 2005 à Décembre 2006. Thèse de Médecine, FMPOS, Bamako, 2007- 2008.
13. Tonddouangu K, Longo-Mbenza B, Luette K, et al. Péricardites liquidiennes au cours du SIDA à propos de 23 cas à Kinshassa (Zaire). *Card trop* 1995 ; 42 ; 673-675.
14. Kintaki V. Péricardite tuberculeuse au Zaïre à propos de 30 cas observés aux cliniques universitaires de Kinshasa de 1957 à 1976, *Méd Afr* 1981; 28 ; 7-9.
15. Ba N. Contribution à l'étude des péricardites en milieu hospitalier bamakoïse à propos de 31 cas. Thèse Méd, Bamako, 1977.
16. Bertrand Ed, Barabe P, Baudin L, et al. Etude clinique et étiologique de 62 cas de péricardites aiguës à Abidjan, *Afr Med* 1968; 7 ; 813-820.
17. Bertrand Ed, Charles D, Chauvet J et al. Précis de pathologie cardio-vasculaire tropicale, Rueil-Malmaison : Editions Sandoz, 1979 ; 243-273.
18. Cameron J., Oesterl S., Baldwin J., et al.. The etiologic spectrum of constrictive pericarditis. (Spectre étiologique de la péricardite constrictive). *Actua. En cardiologie USA Stanford*, 1987 ; 23-24.
19. Cornuau F, Daumas p L, Oblat B, et al. Un cas de péricardite ambiennne. *Rev Med Tours* 1983 ; 17 ; 1181-1184.
20. Depret F, Lardoux H, Bleine D, et al. Ponction péricardique percutanée guidée par échographie bidimensionnelle: à propos de 11 cas, *Ann Cardiol angiol* 1988; 70; 11-15.
21. Di mateo J, Vacheron A. Maladie du péricarde. *Cardiol Exp scienc fr* 1987; 2; 328-345.
22. Diop B. Les affections péricardiques chez le noir africain à Dakar. *Afr jourm med scienc* 1972 ;3 ; 27-39.
23. Fabian J N, Chardigny C. Chirurgie de la péricardite chronique constrictive. *Encycl Med-Chir. Thorax* 1994 ; 42-740.
24. Falcon S, Eicher JL, Collet E, et al. Péricardite purulente au cours d'une dermatopolymyosite. *Ann card angiol* 1995 ; 44 ; 21-24.