

PRESENTATION DE CAS

Colloque du 21 juillet 2010
par Dr Lionel GASPARD

Cas de M.B., 23 ans

Etat fébrile et odynophagie

Anamnèse (1)

- BSH
- depuis 1 semaine
 - **État fébrile à 39 °C**
 - **Odynophagie**
 - Toux sèche
- traité depuis 2 jours par Amoxicilline pour une **suspicion d'angine à streptocoque** sans streptotest effectué préalablement

Anamnèse (2)

- depuis 3 à 4 jours
 - **douleurs rétrosternales** oppressives 6/10 sans irradiation non liées à l'effort et **position dépendante**
 - **dyspnée fluctuante**
- il y a 5 jours et 3 jours
 - **malaises** avec voile noir **sans PC**, ni TC spontanément résolu en 10 min
- FRCV : aucun

Status

- TA 130/70 mmHg, **FC 60/min régulière**
- **T 39°C**
- CV : B1-B2 bien frappés **sans souffle, sans frottement, pas d'OMI.**
- Auscultation pulmonaire **physiologique**
- **Amygdales hypertrophiées, érythémateuses** sans dépôt, **ADP** sous mandibulaires bilatérales **douloureuses**
- Reste du status dans la norme

Examens complémentaires

- **Streptotest** : négatif
- **Rx thorax**
 - **cardiomégalie**
 - pas d'épanchements pleuraux
 - **pas de foyer**
- **ECG** : T négatives de V4-V6 et en II, III, AVF.
- **Bilan sanguin**
 - **Leucocytose**: 12 G/L avec DG 5%
 - **CRP**: 126 mg/l
 - **Troponines** : positives

Diagnostics évoqués

- 1/ DRS, ECG modifié et troponines positives chez jeune patient en BSH sans FRCV
→ **myopéricardite**
- 2/ Odynophagie, EF, ADP, hypertrophie amygdalienne, toux, mais streptotest négatif
→ **Angine bactérienne décapitée par AB**
→ **Pharyngite virale**

MYOPERICARDITE

DEFINITION

- **Générale:** inflammation du myocarde et du péricarde
- **En pratique:**
 - **myopéricardite = périmyocardite**

EPIDEMIOLOGIE

- Incidence **difficile à évaluer**
 - Etudes post-mortem
 - Pas de test non invasif pour confirmer le diagnostic
 - Militaires Finlandais (1977-1996): 1,7/10000/an
- **hommes > femmes**
- Forme fulminante rare: 5 à 10/million hab/an
- **1^{re} cause de mort subite chez les adultes jeunes**

Hufnagel Herz 2000; 25: 279-85, Feldman NEJM 2000; 343: 1388-98, Karjalainen Eur Heart J 1999; 20:1120-25

ETIOLOGIES LES PLUS FREQUENTES

Europe de l'Ouest et Amérique du Nord	Pays en voie de développement
Virales surtout Coxsackie virus B Adénovirus EBV HHV 6 CMV Echovirus Influenza HCV Parvovirus B19	Maladie de Chagas (<i>Trypanosoma cruzi</i>)
	Streptocoque
	HIV

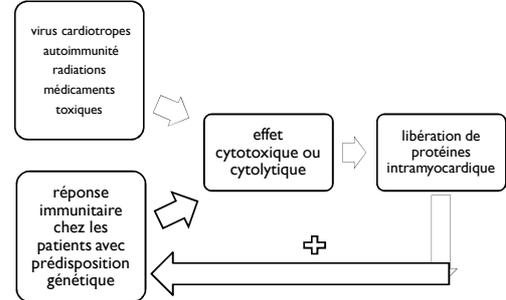
AUTRES ETIOLOGIES (I)

- **Infectieuses**
 - Bactérienne: tuberculose, gonocoque
 - Spirochète: syphilis, maladie de Lyme
 - Fongique: aspergillose, typhus
 - Protozoaire: toxoplasmose, paludisme
 - Helminthes

AUTRES ETIOLOGIES (2)

- **Non infectieuses**
 - **Cardiotoxique:** cocaïne, alcool, CO, cyclophosphamide
 - **Réaction d'hypersensibilité:**
 - antibiotique: pénicilline
 - diurétiques : thiazidique et anse
 - Neuroleptique: clozapine
 - **Maladies systémiques:** sarcoïdose, coeliaquie, maladies inflammatoires de l'intestin
 - **Radiations**

PHYSIOPATHOLOGIE



CLINIQUE

Symptômes	Signes	ECG	Rx thorax	US cardiaque
Fatigue excessive	B3, B4 et gallop surajouté	Arythmie atriale ou ventriculaire	cardiomégalie	altération de la FEVG
Douleur thoracique	Signes de décompensation cardiaque globale	BAV partiel ou complet Tachycardie sinusale inexpliquée	épanchements pleuraux	hypokinésie

COMPLICATIONS

- Cardiomyopathie dilatée
- Choc cardiogène
- Mort subite inexpliquée

DIAGNOSTIC

Critères pour la péricardite ≥ 2 critères	Critères pour la myocardite ≥ 1 critères
douleur thoracique	Elévation troponines et/ou CK-MB
Frottement péricardique	dysfonction ventriculaire systolique gauche globale ou focale nouvelle ou présumée
ECG modifié	
épanchement péricardique	

ECG modifié dans la péricardite Evolutions

- **typique**
 1. élévation diffuse du segment ST et dépression du segment PR
 2. Normalisation
 3. Inversion des ondes T
- **atypiques**
 1. élévation du segment ST en inféro-latéral ou antéro-latéral
 2. Inversion des ondes T
 3. Normalisation

**l'absence de biomarqueurs
n'exclue pas une myocardite**

DIAGNOSTIC DE LA MYOCARDITE

- **Gold standard:**
 - **biopsie endomyocardique**
 - *Indication : insuffisance cardiaque réfractaire et arythmie maligne*
- **Critères histologiques de Dallas**
 - **Myocardite aiguë:** infiltrat inflammatoire, nécrose cardiomyocytaire en l'absence de coronaropathie
 - **Myocardite sub-aiguë:** infiltrat inflammatoire sans nécrose

PRISE EN CHARGE
Non spécifique

Non spécifiques (1)

- même traitement que la péricardite aiguë **si:**
 - **la fonction ventriculaire gauche est conservée**
 - **absence d'arythmie ventriculaire significative**
- en cas de myopéricardite
 - AINS à **faible dose**
 - Attention: **stimulation du processus inflammatoire et augmentation de la mortalité**

Non spécifique (2)

- **Activité physique restreinte**
 - pour au moins 4 à 6 semaines
 - surtout en cas de fièvre, infection systémique et décompensation cardiaque
 - réévaluation tous les 6 à 12 semaines puis tous les 6 à 12 mois selon tolérance

Non spécifique (3)

- **Traitement de la décompensation cardiaque**
 - IEC (captopril) → **diminution de la myonécrose et les calcifications dystrophiques**
 - **Ballon de contre-pulsion intra-aortique transitoire en cas de myocardite fulminante**
 - **CI: digoxine** → augmentation de la mortalité
- **Télé-métrie**
- **Anticoagulation**
 - si FEVG < 20 %
 - INR visé entre 2 et 3

Non spécifique (4)

- O2
- Limiter l'alcool à 1 verre/j maximum
- **Transplantation** si insuffisance cardiaque persistante

PRISE EN CHARGE spécifique

SPECIFIQUE

Type de myocardites	Sous-type	Traitement éventuel	remarques
Lymphocytaires (virales)	tous	AINS	pas efficace peut augmenter la mortalité peut stimuler le processus myocarditique
		Immunosuppresseurs	controversés
	fulminante	INFα ribavirine	À considérer
		dilatées + génome viral endomyocardique	INF β
dilatées chroniques	IVIG	Amélioration de la FEVG	

PRONOSTIC

Type de myocardites	Expression	Pronostics	Facteurs de mortalité ou de transplantation *	Risques relatifs*
Lymphocytaires (virales)	Subclinique (majoritaire)	bon	syncope	8.5
	fulminante	fatal	Bloc de branche	2.9
		guérison complète si soutien hémodynamique réussi	FEVG < 40 %	HTAP + myocardite
Persistence du génome intramyocyttaire	Diminution de la FEVG			
Cellules géantes (rare)		fatale sans traitement	89 % de décès avec médiane de survie à 5,5 mois	
		Avec ttt médicamenteux	50% de survie à 5 ans	
		Avec transplantation	71 % de survie à 3 ans dont 25% de récurrence	
	Cardiomyopathie dilatée < 6 mois	bon		

* Goldberg, LR, Suk, J, Patton, KK, et al. Predictors of adverse outcome in biopsy-proven myocarditis (abstract). J Am Coll Cardiol 1999; 33:A850.

SUIVI

- tous les 1 à 3 mois au début
 - activité physique d'intensité progressive avec un contrôle de la tolérance
- évaluation de la fonction cardiaque
 - taille des cavités et FEVG
 - tous le un à 6 mois puis annuellement
 - selon les symptômes.

PREVENTION

- Vaccination : ROR, poliomyélite

CONCLUSIONS (1)

- Étiologie **surtout virale** dans les pays développés + rechercher la maladie de **Chagas** et **HIV** chez les ressortissants de pays en développement
- Les critères diagnostics pour la myocardite sont les **troponines + ou** une **dysfonction ventriculaire gauche systolique**

CONCLUSIONS (2)

- Une hospitalisation pour **surveillance rythmique** et pour **faire face à des décompensations cardiaques**
- **AINS** à dose modérée car risque de décompensation
- **Le pronostic est bon dans la plupart des cas mais peut être fatal**

SUITE DU CAS

- **1/Myopéricardite**
 - **Hospitalisation** au 6-AL pendant 48h
 - **US cardiaque transthoracique** : **FEVG limite inférieure à la norme**, cavités cardiaques de taille normale, **pas d'épanchement**
 - **coronarographie** : normale
 - **ventriculographie** : **FEVG 50 % sur discrète hypokinésie diffuse**,
 - **traitement** : Ibuprofène 300 mg 3x/j pendant 10 j
- **2/ Suspicion d'angine bactérienne**
 - Pénicilline 1 Mio 3x/j pendant 10 j