

5èmes Journées de FMC de Saïda, Algérie - 5 Avril 2013

Dr Loïc EPELBOIN

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

CAS CLINIQUE 1

MOTIF D'HOSPITALISATION

Homme 65 ans

Se présente pour douleur thoracique subaiguë

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- ✘ Familiaux:

 - Mère décédée suite à une tuberculose à 55 ans

- ✘ Personnels:

 - Pas d'allergie médicamenteuse connue

 - Tâche au poumon dans l'enfance

 - Vaccinations à jour

- ✘ Pas de traitement habituel

MODE DE VIE

- ✘ Vit à Oran
- ✘ Marié, 4 enfants (en France)
- ✘ Retraité, ex enseignant de psychologie
- ✘ Pas d'alcool
- ✘ Tabac 10 PA



HISTOIRE DE LA MALADIE

✘ Depuis 15 jours

- + sensation de douleur thoracique progressivement croissante
- + à type de constriction
- + diminue en position assise penchée en avant
- + augmente en inspiration profonde
- + perte de 3 kilos

A L'EXAMEN CLINIQUE

- ✗ T° 38.1 °C
- ✗ TA 150/95 mmHg ; pouls 95 bpm
- ✗ Pas de signe d'insuffisance cardiaque
- ✗ Polyadénopathie infracentimétrique

QUEL(S) DIAGNOSTIC(S) SUSPECTEZ-VOUS?

1. Embolie pulmonaire
2. Pneumopathie aigue communautaire
3. Syndrome coronarien aigu
4. Péricardite aiguë
5. Pleurésie

QUEL(S) DIAGNOSTIC(S) SUSPECTEZ-VOUS?

1. Embolie pulmonaire
2. Pneumopathie aigue communautaire
3. Syndrome coronarien aigu
4. Péricardite aiguë
5. Pleurésie

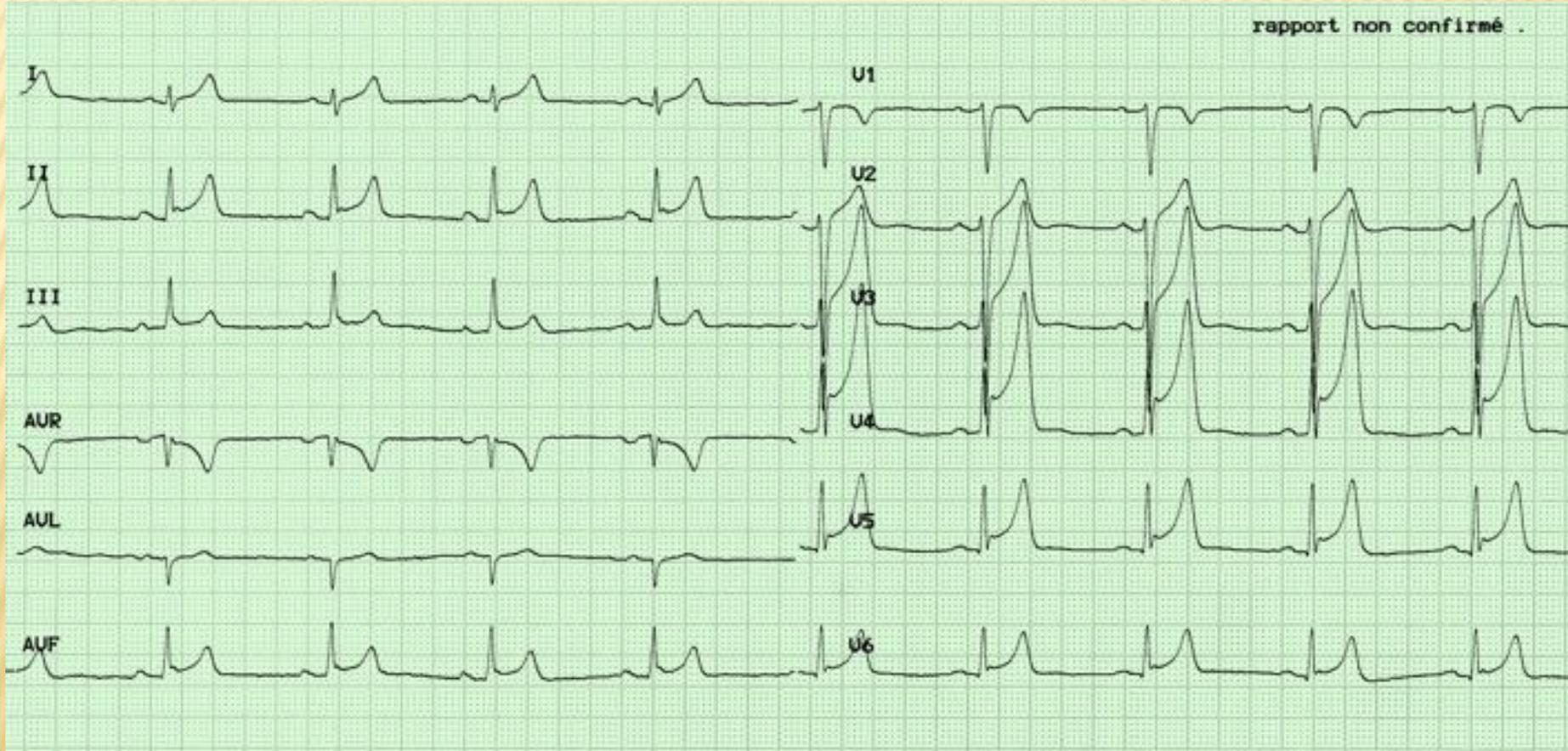
QUEL(S) EXAMEN(S) DEMANDEZ-VOUS EN 1ERE INTENTION?

1. Troponine
2. Radio de thorax
3. D-Dimères
4. BNP
5. Echographie cardiaque

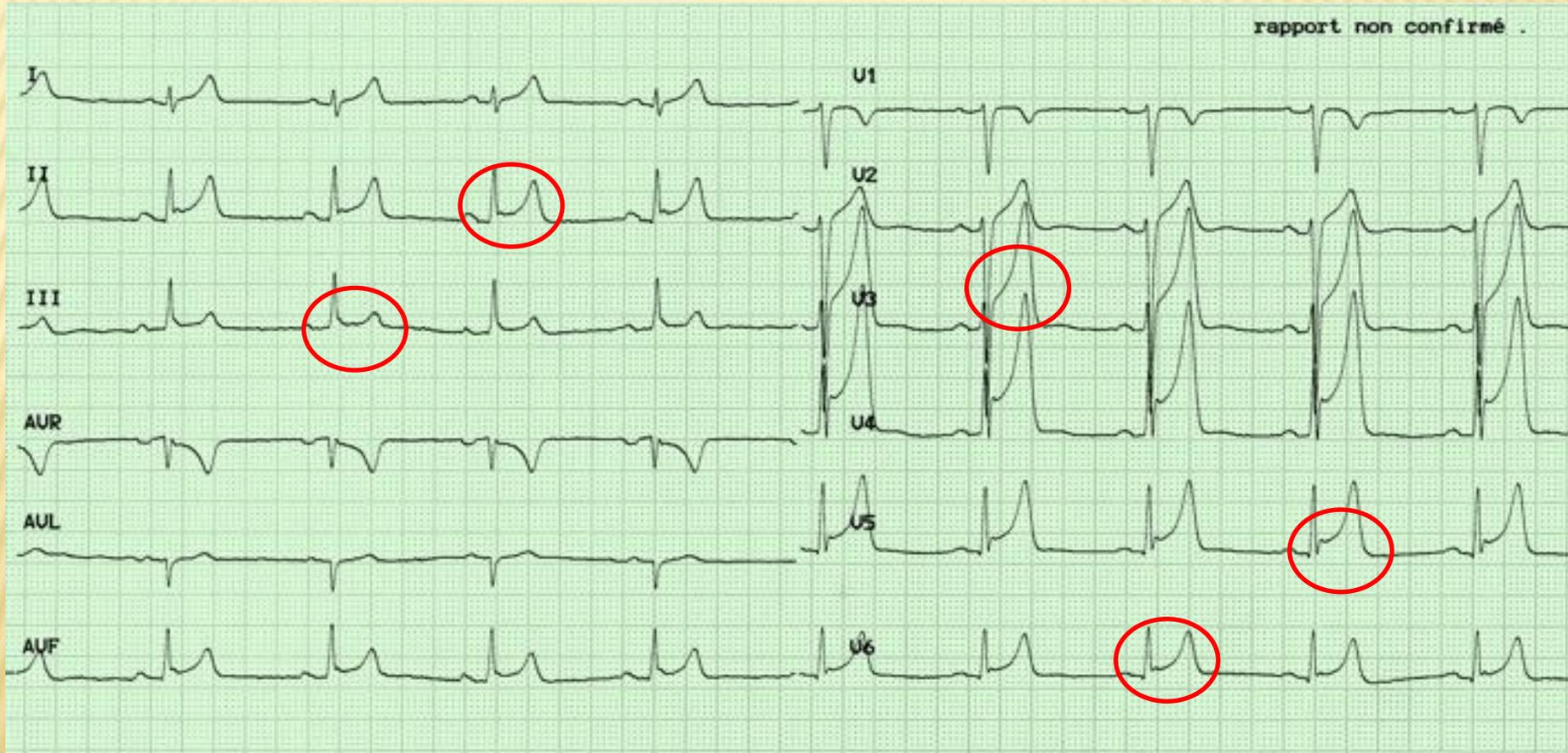
QUEL(S) EXAMEN(S) DEMANDEZ-VOUS EN 1ERE INTENTION?

1. Troponine
2. Radio de thorax
3. D-Dimères
4. BNP
5. Echographie cardiaque

ECG



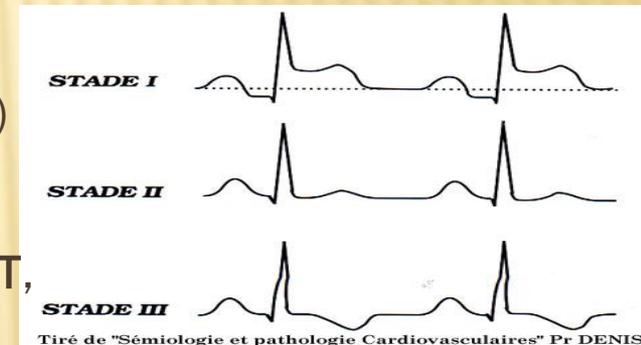
ECG



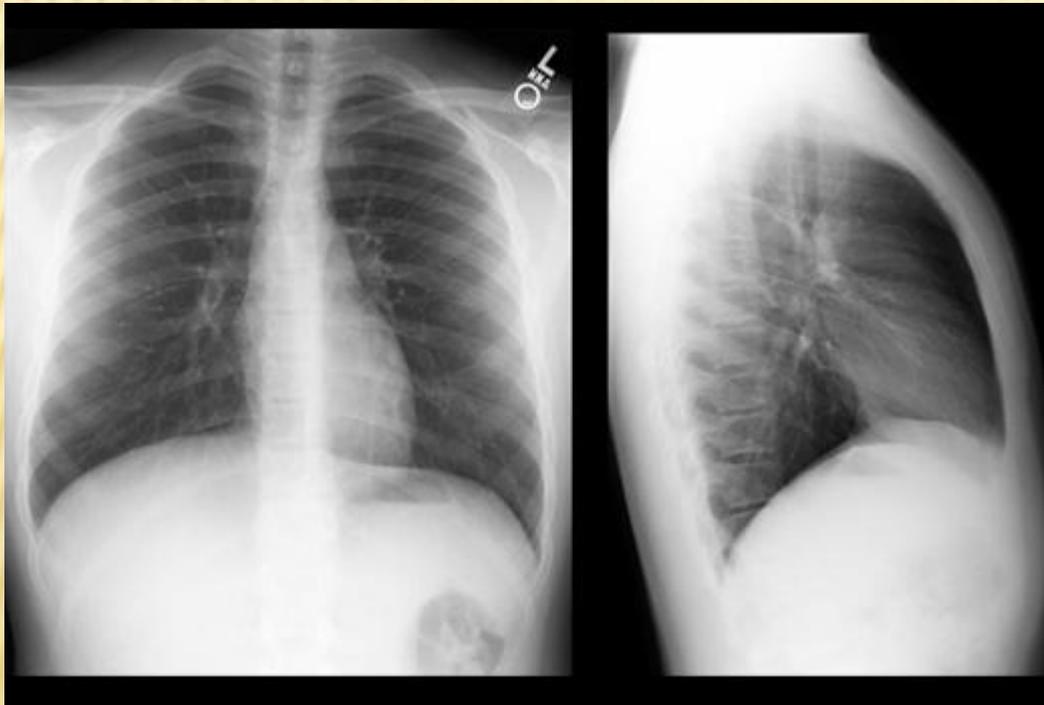
Aspect sus-décalage du ST concave vers le haut

ECG AU COURS DE LA PERICARDITE

- ✗ Les **signes électriques** traduisent l'irritation de l'épicaarde par la pression liquidienne sur les couches épicaardiques ou l'existence d'une myocardite superficielle.
- ✗ **4 stades :**
 - + **stade 1** (<24h), **sus-décalage du ST concave vers le haut**, T+ (1ère à 24ème heure)
 - + **stade 2** (<48h), **retour à la ligne isoélectrique**, T+ puis **aplatissement de l'onde T** (24 à 48ème heure)
 - + **stade 3** (<7j), **onde T négative** dans toutes les dérivations avec **segment ST isoélectrique**.
 - + **stade 4** (<2mois) **le retour à la normale des ondes T**, se voit en quelques semaines au cours du mois suivant l'épisode initial.
- ✗ Signes concordants (sans image en miroir)
- ✗ Touchent toutes les dérivations sans onde Q
- ✗ Parfois **microvoltage des QRS** ($R < 5$ mm en periph) et un **sous-décalage du segment PR**.



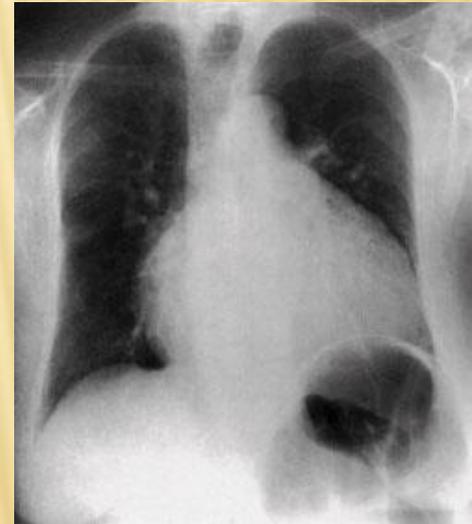
RADIO DE THORAX ET BIOLOGIE



- ✘ Troponine < 0.05
- ✘ D-Dimères < 400
- ✘ VS 60 mm 1^{ère} heure
- ✘ CRP 35 mg/l
- ✘ NFS, iono, fn rénale N

RADIO DE THORAX DE FACE

- ✘ Normale quand épanchement peu abondant
- ✘ Analyse du parenchyme pulmonaire et de la plèvre
- ✘ Mesure de la taille de la silhouette cardiaque.
- ✘ lorsque l'épanchement est abondant
 - + silhouette cardiaque en “carafe ou théière ”
 - + rectitude du bord gauche du cœur
 - + cœur triangulaire et symétrique par rapport au bord gauche du sternum
- ✘ diagnostic étiologique ++ en particulier en cas de pathologie pulmonaire associée.



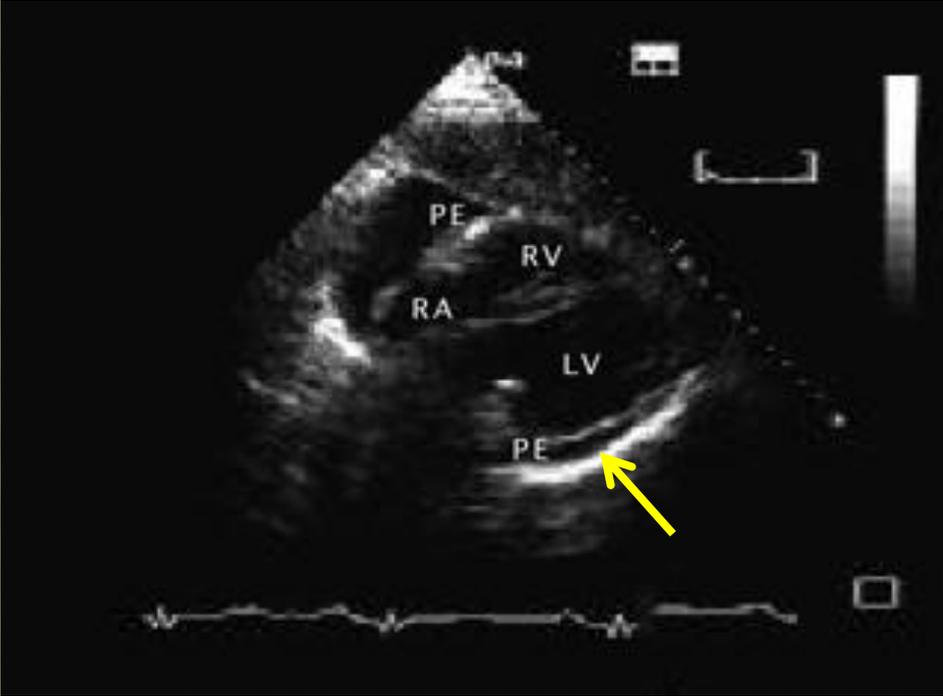
QUEL(S) DIAGNOSTIC(S) SUSPECTEZ-VOUS?

1. Embolie pulmonaire
2. Pneumopathie aigue communautaire
3. Syndrome coronarien aigu
4. Péricardite aiguë
5. Pleurésie

QUEL(S) DIAGNOSTIC(S) SUSPECTEZ-VOUS?

1. Embolie pulmonaire
2. Pneumopathie aigue communautaire
3. Syndrome coronarien aigu
4. **Péricardite aiguë**
5. Pleurésie

ECHOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE



JOSETTE BENEDETTI 25 Fév 04

4:12:57 pm
3V2c 44Hz
H3.5MHz 220mm
Cardiologie
General
70dB T1/ 0/1/4
Gain= 9dB Δ=2
Stock en cours
FC= 73bpm

Two additional echocardiogram views showing pericardial effusion (PE) indicated by yellow arrows. The top view is a parasternal short-axis view, and the bottom view is a parasternal long-axis view. Both views show the heart chambers and the surrounding pericardial space. A yellow arrow in the top view points to the echogenic fluid collection. A yellow arrow in the bottom view points to the echogenic fluid collection. A scale bar is visible on the right side of the top view.

ECHOCARDIOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE

- ✘ Affirme le diagnostic, mais **sa négativité n'élimine pas le diagnostic**
- ✘ L'existence d'un décollement des deux feuillets du péricarde
- ✘ Quantifier l'épanchement
 - décollement systolodiastolique postéro-latérale <10 mm: épanchement de 300 cm³
 - un décollement systolodiastolique de postéro-latérale 10-20 mm +/- antérieure : épanchement de 300 à 500 cm³.
 - un décollement post > 20 mm et antérieur important: l'épanchement > 500 cm³ (peut atteindre 1000 cm³)

QUELLE(S) CAUSE(S) SUSPECTEZ-VOUS?

1. Néoplasique
2. Auto-immune
3. Virale
4. Bactérienne
5. Tuberculeuse

QUELLE(S) CAUSE(S) SUSPECTEZ-VOUS?

1. Néoplasique
2. Auto-immune
3. **Virale**
4. Bactérienne
5. Tuberculeuse

QUEL BILAN ETIOLOGIQUE DEMANDEZ-VOUS?

1. Hémocultures
2. Sérologie VIH
3. Sérologie Coxsackie
4. Anticorps anti nucléaires
5. Sérologie fièvre Q
6. Ponction de liquide péricardique

QUEL BILAN ETIOLOGIQUE DEMANDEZ-VOUS?

1. Hémocultures
2. Sérologie VIH
3. Sérologie Coxsackie
4. Anticorps anti nucléaires
5. Sérologie fièvre Q
6. Ponction de liquide péricardique

QUEL TRAITEMENT PROPOSEZ-VOUS?

1. Prednisone 60 mg/j
2. Amoxicilline 1 g x3/j
3. Aspirine 1 g x 3/j
4. Ibuprofène 300 mg x 3/j
5. Colchicine 1 g x 3/j puis x 2/j puis x 1/j
6. Oméprazole 40 mg x 1/j

QUEL TRAITEMENT PROPOSEZ-VOUS?

1. Prednisone 60 mg/j
2. Amoxicilline 1 g x3/j
3. **Aspirine 1 g x 3/j**
4. **Ibuprofène 300 mg x 3/j**
5. Colchicine 1 g x 3/j puis x 2/j puis x 1/j
6. **Oméprazole 40 mg x 1/j**

SUITE DE L'HISTOIRE DE LA MALADIE

- ✘ Modeste amélioration de la symptomatologie
- ✘ Voyage en avion 1 mois plus tard pour Paris
- ✘ Malaise à la descente de l'avion
- ✘ Transféré aux urgences



QUEL DIAGNOSTIC SUSPECTEZ-VOUS DEVANT UN MALAISE A LA DESCENTE DE L'AVION?

1. Embolie pulmonaire
2. Pneumopathie aigue communautaire
3. Syndrome coronarien aigu
4. Syndrome du malaise sur la passerelle au petit matin
5. Péricardite aiguë
6. Syndrome de la classe économique

QUEL DIAGNOSTIC SUSPECTEZ-VOUS DEVANT UN MALAISE A LA DESCENTE DE L'AVION?

1. Embolie pulmonaire
2. Pneumopathie aigue communautaire
3. Syndrome coronarien aigu
4. Syndrome du malaise sur la passerelle au petit matin
5. Péricardite aiguë
6. Syndrome de la classe économique

PRISE EN CHARGE AU URGENCES

- ✗ FC 100/min, TA 152/101, T° 37,7° C, Sat 97% AA
- ✗ Décompensation cardiaque droite ++
(TJ, RHJ, HMG, OMI), dyspnée au moindre effort, crépitant en base droite, sans signes de choc
- ✗ Biologie:
 - CRP ↑ 66mg/L
 - Tropono Ic <0,04µg/L, CPK ↑ 289 U/L, D-dimères ↑ 3600 UI/L
 - ALAT ↑ 38 U/L, ASAT ↑ 42 U/L
 - GB 5200/mm³, Lymphocytes ↓ 610/mm³

QUEL(S) DIAGNOSTIC(S) SUSPECTEZ-VOUS?

1. Embolie pulmonaire
2. Pneumopathie aigue communautaire
3. Syndrome coronarien aigu
4. Péricardite aiguë
5. Tamponnade

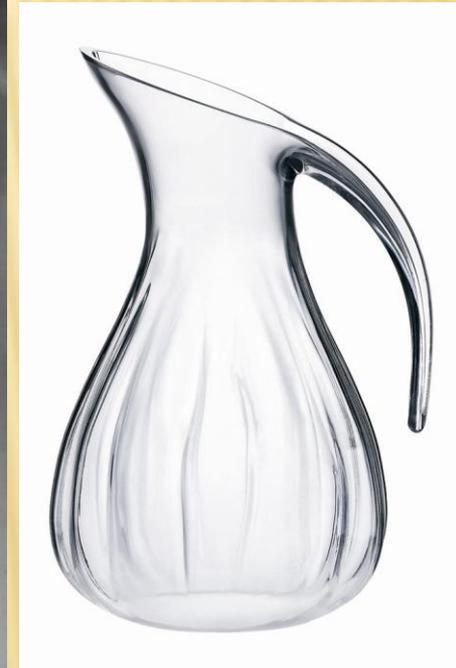
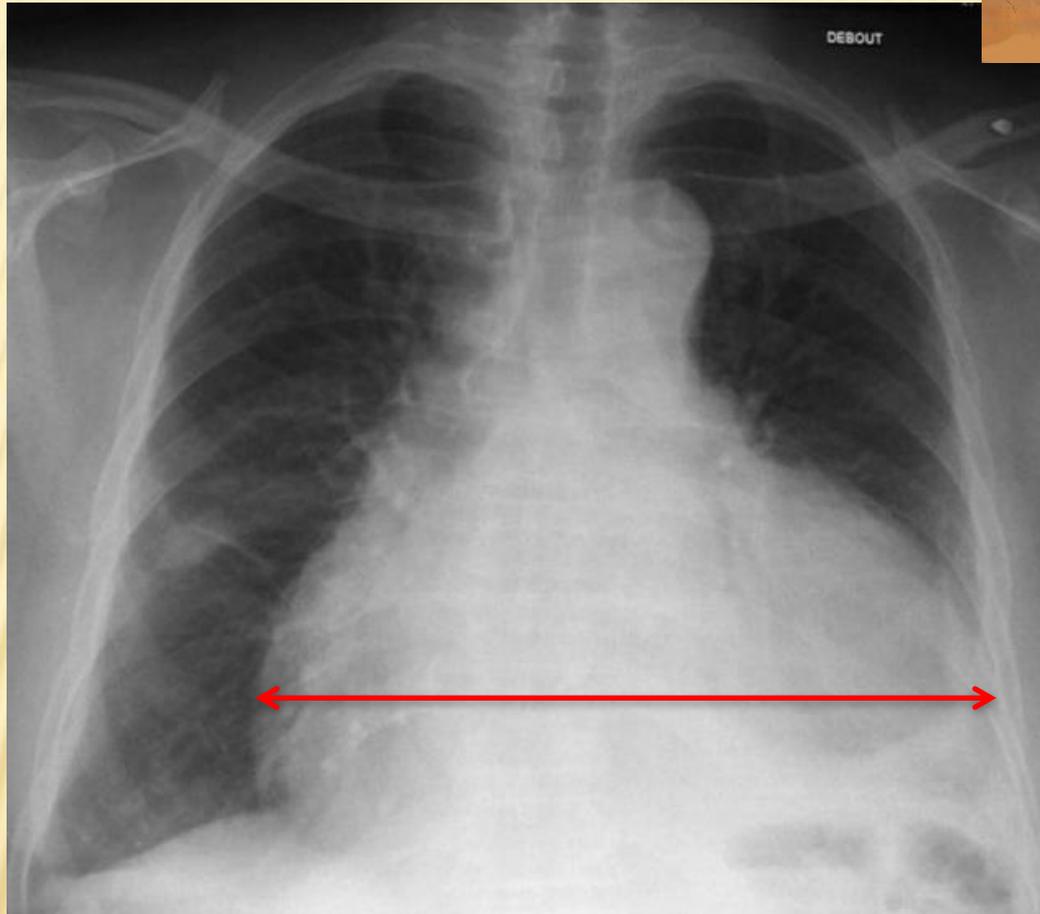
QUEL(S) DIAGNOSTIC(S) SUSPECTEZ-VOUS?

1. **Embolie pulmonaire**
2. Pneumopathie aigue communautaire
3. Syndrome coronarien aigu
4. Péricardite aiguë
5. **Tamponnade**

RADIO THORAX



RADIO THORAX

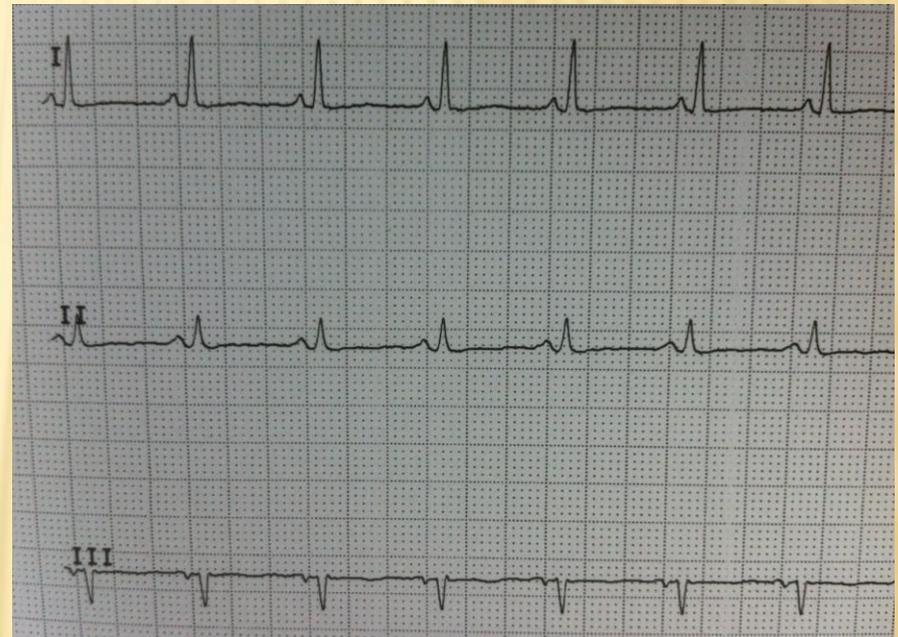


Cardiomégalie avec image en double contour et aspect de cœur en carafe

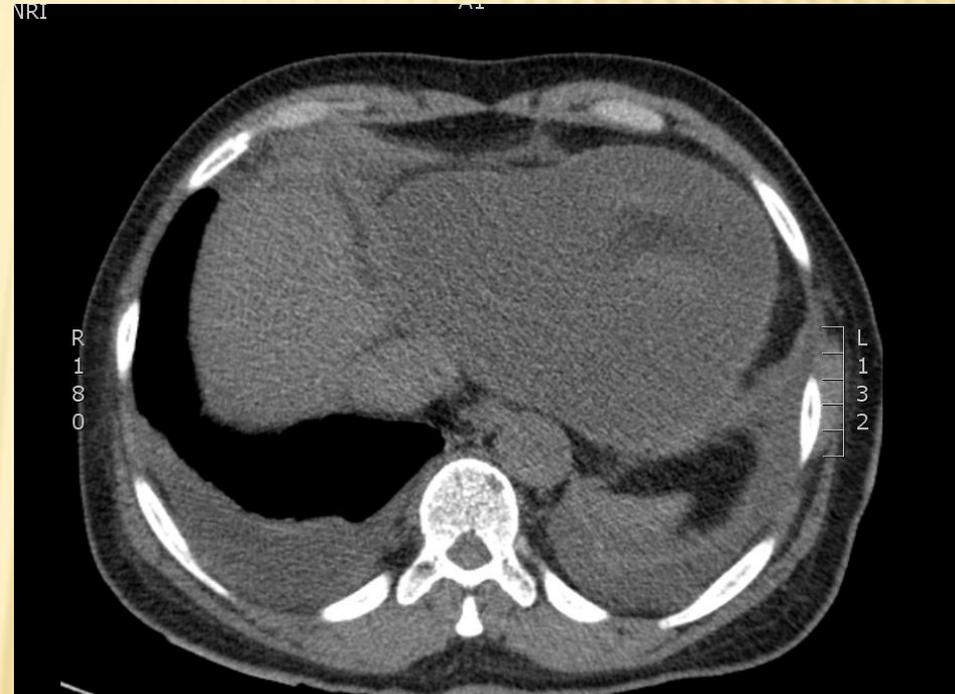
ECG 12 DÉRIVATIONS

Forme trompeuse

- ✗ Rythme sinusal
- ✗ Tachycardie
- ✗ Microvoltage diffus
- ✗ Aplatissement de l'onde T

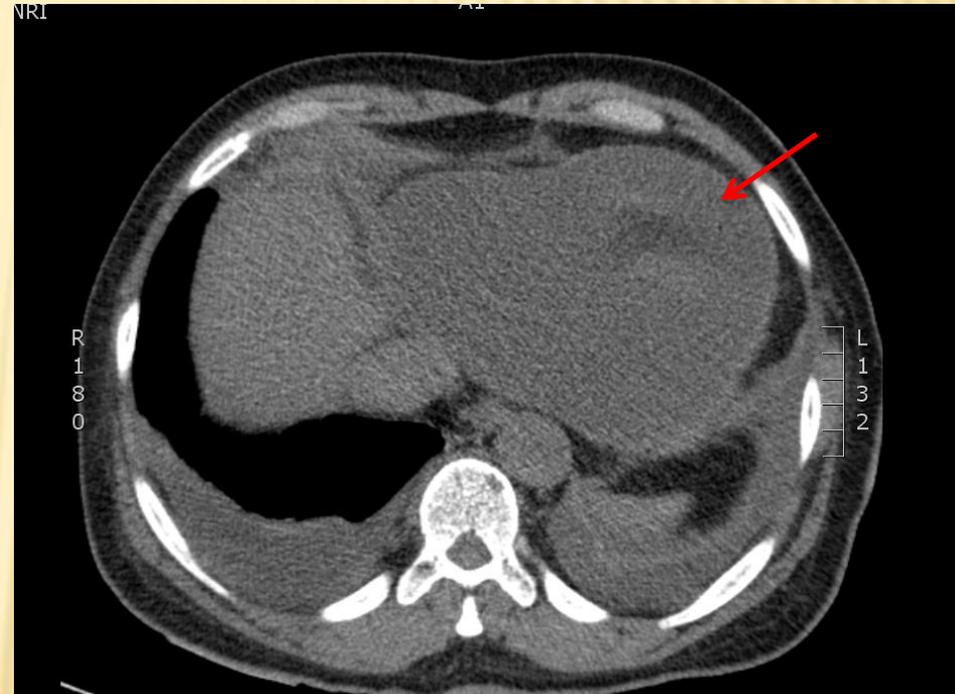
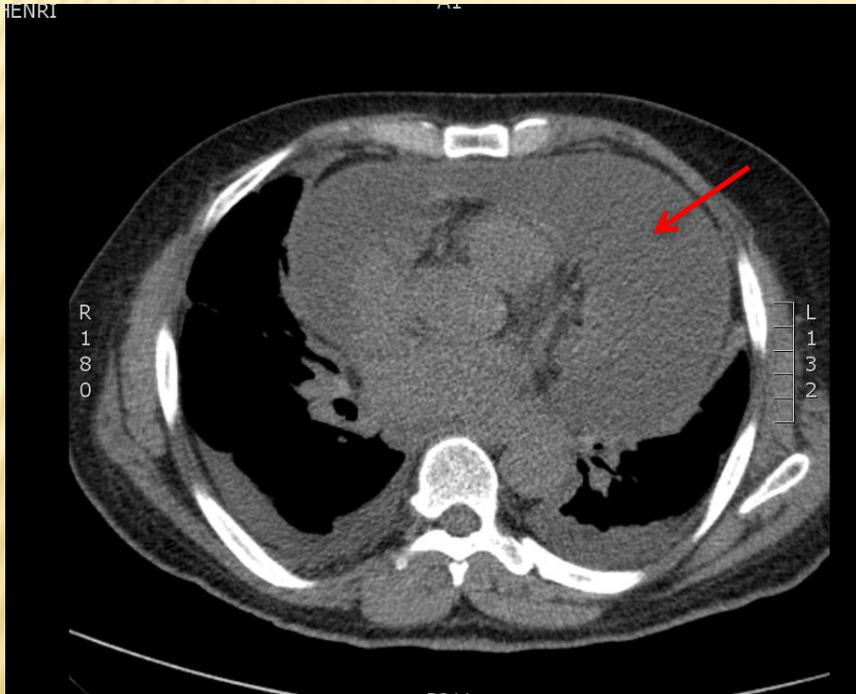


ANGIO TDM SPIRALÉ



- ✘ Demande d'angioscan pour suspicion d'EP!

ANGIO TDM SPIRALÉ



Pas d'arguments pour une EP mais épanchement péricardique abondant et épanchement pleural

ECHO TRANS-THORACIQUE

- ✗ Epanchement péricardique circonférentiel de 4 cm avec aspect de cœur dansant ou se balançant, compression des cavité droites quasi virtuelles



QUEL EST VOTRE ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE?

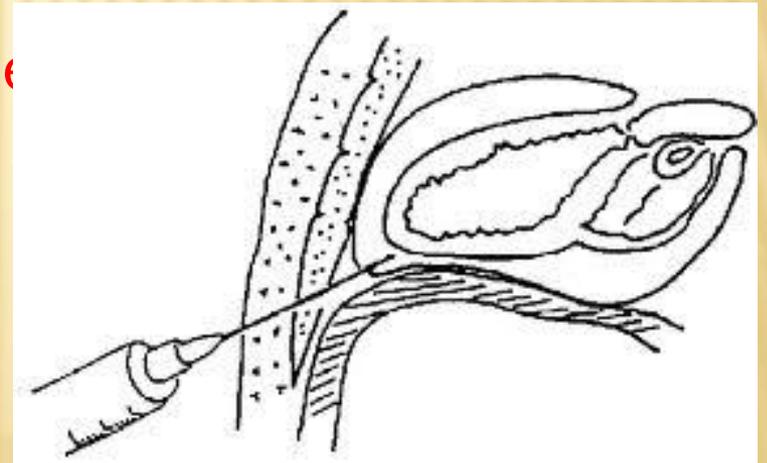
1. Prednisone 60 mg/j
2. Amoxicilline 1 g x3/j
3. Aspirine 1 g x 3/j
4. Anticoagulation curative
5. Ponction péricardique évacuatrice
6. Colchicine 1 g x 3/j puis x 2/j puis x 1/j

QUEL EST VOTRE ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE?

1. Prednisone 60 mg/j
2. Amoxicilline 1 g x3/j
3. Aspirine 1 g x 3/j
4. Anticoagulation curative
5. **Ponction péricardique évacuatrice**
6. Colchicine 1 g x 3/j puis x 2/j puis x 1/j

TRANSFERT EN USIC

- ✘ Diagnostic de Tamponnade
 - ✘ Transfert en urgence en chirurgie cardiaque
 - péricardiocentèse exploratrice et évacuatrice
 - drainage sous xiphoidien
- (900 mL de liquide **séro-hématique**)



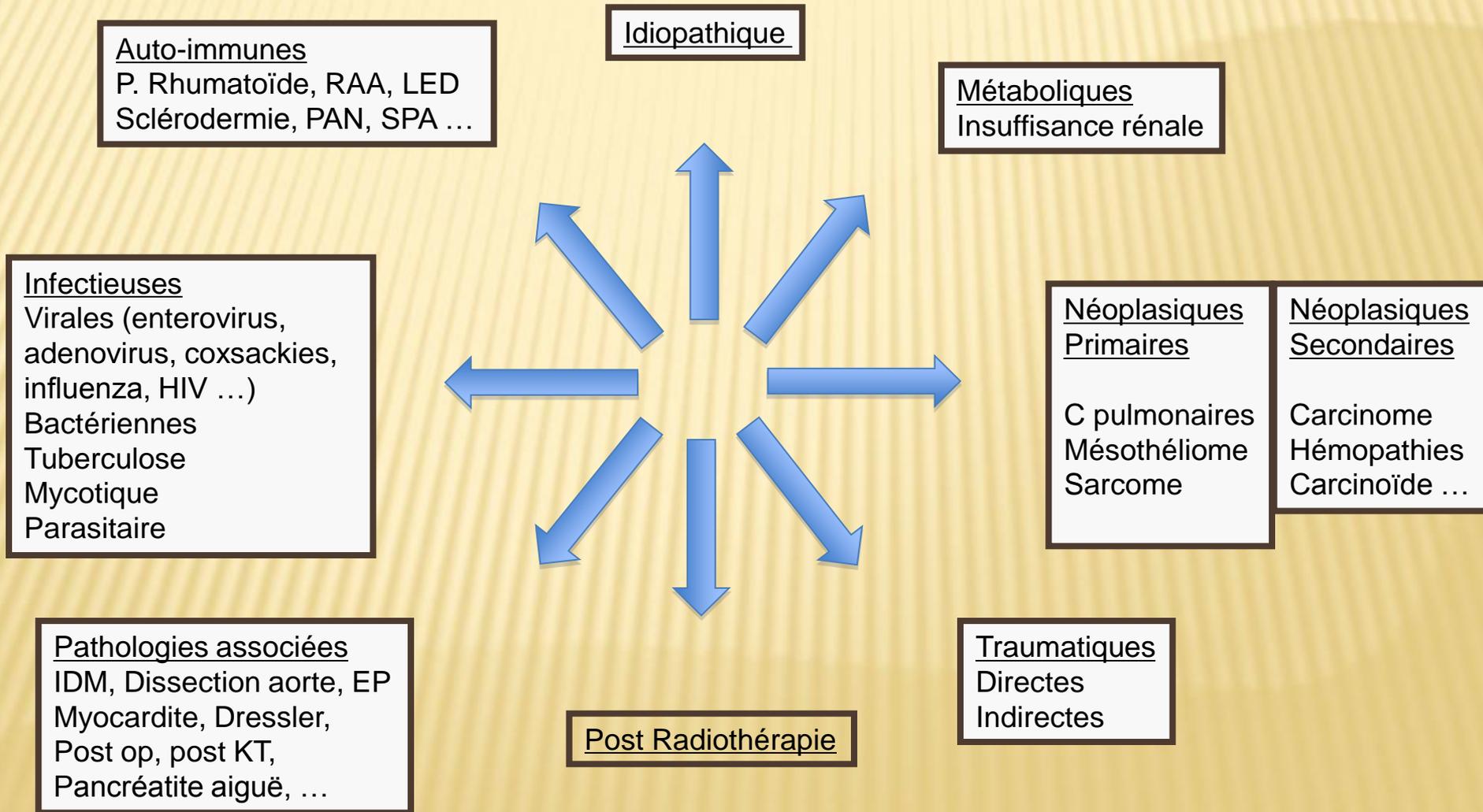
QUELLE(S) CAUSE(S) SUSPECTEZ-VOUS?

1. Néoplasique
2. Auto-immune
3. Virale
4. Hémopathie
5. Tuberculeuse

QUELLE(S) CAUSE(S) SUSPECTEZ-VOUS?

1. Néoplasique
2. Auto-immune
3. Virale
4. Hémopathie
5. Tuberculeuse +++

ORIENTATION DEVANT UNE PÉRICARDITE SUBAIGÜE



ORIENTATION DEVANT UNE PÉRICARDITE SUBAIGÜE / TAMPONNADE

Auto-immunes
P. Rhumatoïde, RAA, LED
Sclérodermie, PAN, SPA ...

Idiopathique

Métaboliques
Insuffisance rénale

Infectieuses
Virales (enterovirus,
adenovirus, coxsackies,
influenza, HIV ...)
Bactériennes
Tuberculose
Mycotique
Parasitaire

Néoplasiques
Primaires

C pulmonaires
Mésothéliome
Sarcome

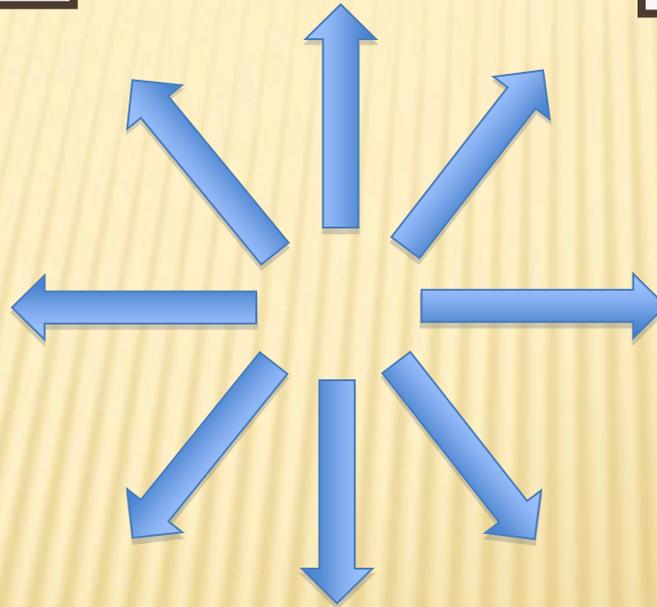
Néoplasiques
Secondaires

Carcinome
Hémopathies
Carcinoïde ...

Pathologies associées
IDM, Dissection aorte, EP
Myocardite, Dressler,
Post op, post KT,
Pancréatite aiguë, ...

Post Radiothérapie

Traumatiques
Directes
Indirectes



ANALYSE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA BIOPSIE PÉRICARDIQUE

✘ Examen direct:

- Présence de granulomes épithélioïdes avec nécrose caséuse
- Organisation confluyente des granulomes en faveur d'un processus évolutif infectieux

LE DIAGNOSTIC DE TAMPONNADE TUBERCULEUSE EST SUSPECTÉ, QUEL TRAITEMENT INSTAUREZ-VOUS EN SEMI-URGENCE?

1. Amoxicilline 1 g x3/j
2. Prednisone 60 mg x 1/j
3. Moxifloxacine 400 mg x 1/j
4. Association INH+RMP+PZA+EMB
5. Anticoagulation curative

LE DIAGNOSTIC DE TAMPONNADE TUBERCULEUSE EST SUSPECTÉ, QUEL TRAITEMENT INSTAUREZ-VOUS EN SEMI-URGENCE?

1. Amoxicilline 1 g x3/j
2. Prednisone 60 mg x 1/j
3. Moxifloxacine 400 mg x 1/j
4. Association INH+RMP+PZA+EMB
5. Anticoagulation curative

ANALYSE CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DU LIQUIDE PONCTION

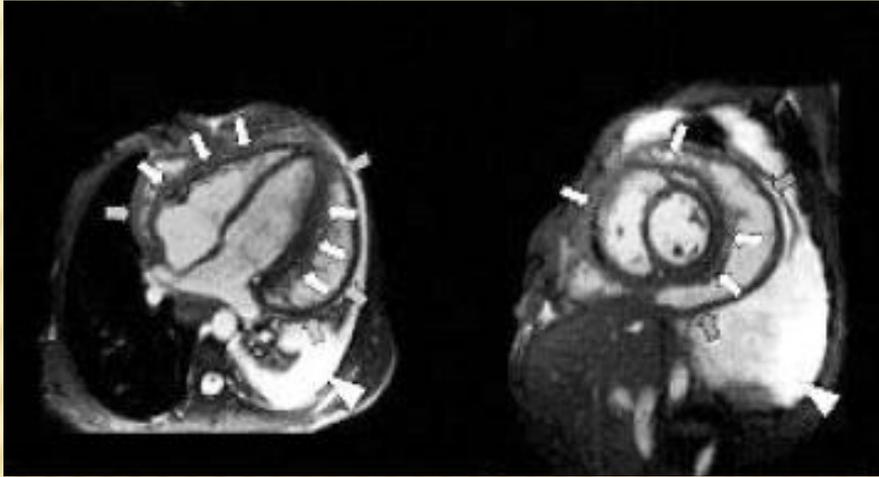
- ✘ Examen direct du liquide péricardique:
 - Coloration de Ziehl : B.A.A.R. +

- ✘ Culture:
 - Milieu de Löwenstein , J15: 20 BK/champ

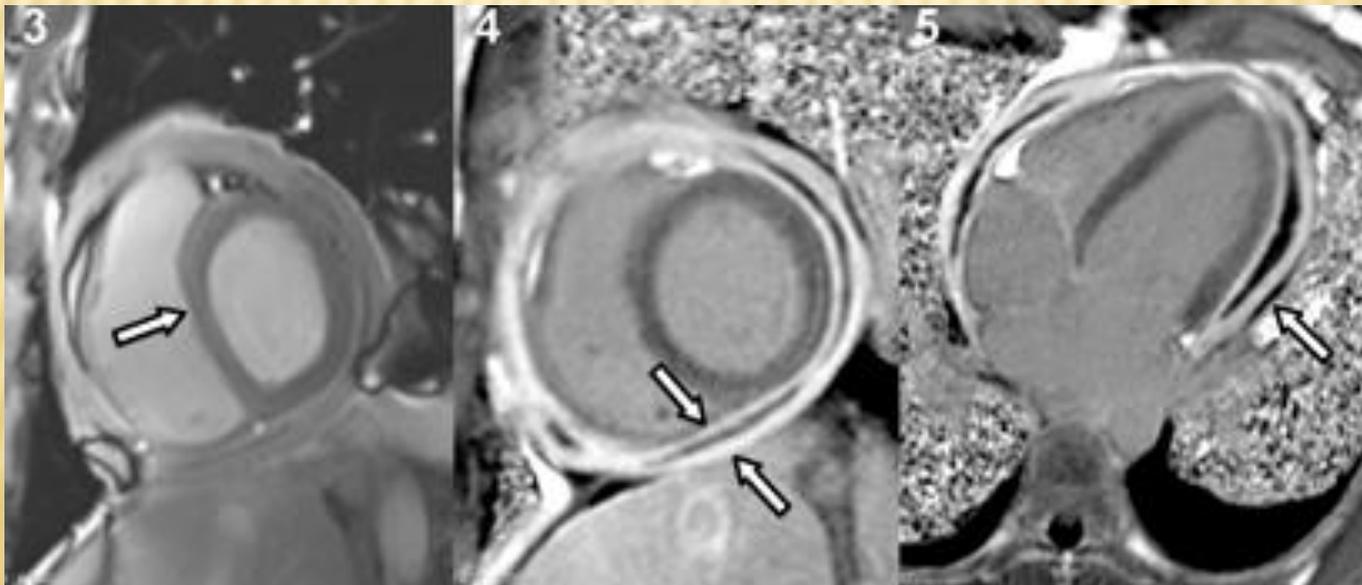
ÉVOLUTION DANS LE SERVICE DU MIT

- ✘ Suite du bilan infectieux
 - 3 BK tubages (-)
 - Sérologie **VIH rapide (-)**
- ✘ Évolution favorable dans le service
- ✘ Quadrithérapie anti-tuberculeuse (IREP) prévue pour au moins 6 mois (I+R+E+P 2 mois puis I+R 2 mois)
- ✘ Corticothérapie après décontamination parasitaire (Ivermectine)

DIAGNOSTIC : IRM CARDIAQUE



- ✘ IRM Cardiaque T1 T2 injecté
 - + Abondance
 - + Activité inflammatoire



Original papers

QJM

Diagnosing tuberculous pericarditis

H. REUTER, L. BURGESS, W. VAN VUUREN and A. DOUBELL

From the Cardiology Unit/TREAD Research, Tygerberg Hospital and Stellenbosch University, Parow, South Africa

Received 20 April 2006 and in revised form 22 August 2006

MÉTHODES

Critères d'inclusion

>10mm épicarde-péricarde

Signes échographiques de tampona

Diagnosing tuberculous pericarditis

H. REUTER, L. BURGESS, W. VAN VUUREN and A. DOUBELL

From the Cardiology Unit/TREAD Research, Tygerberg Hospital and Stellenbosch University, Parow, South Africa

Received 20 April 2006 and in revised form 22 August 2006

Méthode

Prélèvement sous échographie (Bioch (protéine, LDH, ADA) , Microbiologie, Cytologie, PCR MT)

BK crachats

Prélèvements sanguins : FAN FR ADA, CRP, ASLO, sérologie VIH

Diagnostic positif si

- M. tuberculosis présent dans liquide de drainage péricardique ou biopsie péricardique
- Granulome sur biopsie péricardique
- BK sur expectoration

RÉSULTATS

- ✘ 233 patients, inclus de février 1995 à juin 2001.
- ✘ Cardiology Unit, Tygerberg Academic Hospital, South Africa.
- ✘ Suivi 12 mois.

- ✘ 162 péricardites tuberculeuses
 - + 84 VIH + (soit 50 %)

PÉRICARDITE BK + VS BK-

Table 1 Univariate analysis of clinical and echocardiographic features at admission

Feature	TB (n= 162)	Non-TB (n= 71)	p
Fever	75%	52%	0.0006
Night sweats	62%	30%	<0.0001
Weight loss	79%	44%	<0.0001
Cough	90%	69%	0.0002
Dyspnoea	86%	73%	0.03
Orthopnoea	38%	41%	0.71
Chest pain	27%	51%	0.001
Lymphadenopathy	36%	20%	0.009
Pleural effusion	38%	41%	0.71
Tachycardia	74%	54%	0.003
Soft heart sounds	75%	55%	0.003
↑JVP ≥4cm	78%	70%	0.20
Pulsus paradoxus	27%	16%	0.15
Hypotension	6%	6%	0.92
Hepatomegaly	62%	45%	0.02
Ankle oedema	38%	47%	0.24

Age moyen péricardite BK+ (35.8 +/- 12.2) vs BK- (44.7+/-17.8) p<0.001

PÉRICARDITE BK + VS BK-

Table 1 Univariate analysis of clinical and echocardiographic features at admission

Feature	TB (n= 162)	Non-TB (n= 71)	<i>p</i>
Fever	75%	52%	0.0006
Night sweats	62%	30%	<0.0001
Weight loss	79%	44%	<0.0001
Cough	90%	69%	0.0002
Dyspnoea	86%	73%	0.03
Orthopnoea	38%	41%	0.71
Chest pain	27%	51%	0.001
Lymphadenopathy	36%	20%	0.009
Pleural effusion	38%	41%	0.71
Tachycardia	74%	54%	0.003
Soft heart sounds	75%	55%	0.003
↑JVP ≥4 cm	78%	70%	0.20
Pulsus paradoxus	27%	16%	0.15
Hypotension	6%	6%	0.92
Hepatomegaly	62%	45%	0.02
Ankle oedema	38%	47%	0.24

↑JVP, elevated jugular venous pressure; HIV⁻, human immunodeficiency virus negative; HIV⁺, human immunodeficiency virus positive; Non-TB, non-tuberculous.

PÉRICARDITE BK + VS BK-

Table 1 Univariate analysis of clinical and echocardiographic features at admission

Feature	TB (n= 162)	Non-TB (n= 71)	p
Fever	75%	52%	0.0006
Night sweats	62%	30%	<0.0001
Weight loss	79%	44%	<0.0001
Cough	90%	69%	0.0002
Dyspnoea	86%	73%	0.03
Orthopnoea	38%	41%	0.71
Chest pain	27%	51%	0.001
Lymphadenopathy	36%	20%	0.009
Pleural effusion	38%	41%	0.71
Tachycardia	74%	54%	0.003
Soft heart sounds	75%	55%	0.003
↑JVP ≥4 cm	78%	70%	0.20
Pulsus paradoxus	27%	16%	0.15
Hypotension	6%	6%	0.92
Hepatomegaly	62%	45%	0.02
Ankle oedema	38%	47%	0.24

↑JVP, elevated jugular venous pressure; HIV⁻, human immunodeficiency virus negative; HIV⁺, human immunodeficiency virus positive; Non-TB, non-tuberculous.

PÉRICARDITE BK + VS BK-

Table 1 Univariate analysis of clinical and echocardiographic features at admission

Feature	TB (n= 162)	Non-TB (n= 71)	p
Fever	75%	52%	0.0006
Night sweats	62%	30%	<0.0001
Weight loss	79%	44%	<0.0001
Cough	90%	69%	0.0002
Dyspnoea	86%	73%	0.03
Orthopnoea	38%	41%	0.71
Chest pain	27%	51%	0.001
Lymphadenopathy	36%	20%	0.009
Pleural effusion	38%	41%	0.71
Tachycardia	74%	54%	0.003
Soft heart sounds	75%	55%	0.003
↑JVP ≥4 cm	78%	70%	0.20
Pulsus paradoxus	27%	16%	0.15
Hypotension	6%	6%	0.92
Hepatomegaly	62%	45%	0.02
Ankle oedema	38%	47%	0.24
Tamponade	90%	78%	0.04
Pericardium >5 mm	67%	46%	0.02
Fibrin strands	65%	46%	0.02

↑JVP, elevated jugular venous pressure; HIV⁻, human immunodeficiency virus negative; HIV⁺, human immunodeficiency virus positive; Non-TB, non-tuberculous.

Table 2 Comparison of biochemistry and haematology results

Measurement	TB (n= 142)	Non-TB (n=61)	<i>p</i>
S protein (g/l)	75 (9.0)	65 (11.4)	<0.001
S globulin (g/l)	47 (7.1)	35 (8.2)	<0.001
S albumin (g/l)	28 (2.2)	30 (2.4)	0.09
S albumin/S globulin	0.56 (0.23)	0.83 (0.29)	<0.001
Pc protein (g/l)	56.2 (8.0)	47.2 (17.9)	<0.001
Pc protein/S protein	0.76 (0.15)	0.73 (0.18)	0.27
Pc LDH/S LDH	3.2 (3.31)	4.0 (6.2)	0.26
CRP (mg/l)	115 (82)	90 (85.7)	0.04
PB leukocytes ($\times 10^9/l$)	7.33 (3.76)	12.6 (4.8)	<0.001
PB neutrophils ($\times 10^9/l$)	5.38 (1.31)	8.87 (1.56)	<0.001
PB lymphocytes ($\times 10^9/l$)	1.13 (0.57)	2.01 (2.23)	<0.001
PB monocytes ($\times 10^9/l$)	0.40 (0.16)	0.69 (0.25)	0.001
Pc leukocytes ($\times 10^9/l$)	2.27 (1.92)	4.62 (3.81)	0.001
Pc% neutrophils	32.2 (24.0)	55.8 (24.6)	0.01
Pc% lymphocytes	45.5 (25.2)	25.6 (22.4)	0.01

Data are means (SD). HIV⁻, human immunodeficiency virus negative; HIV⁺, human immunodeficiency virus positive; Non-TB, non-tuberculous; S, serum; PB, peripheral blood; Pc, pericardial fluid; LDH, lactate dehydrogenase; CRP, C-reactive protein.

Table 2 Comparison of biochemistry and haematology results

Measurement	TB (n= 142)	Non-TB (n=61)	<i>p</i>
S protein (g/l)	75 (9.0)	65 (11.4)	<0.001
S globulin (g/l)	47 (7.1)	35 (8.2)	<0.001
S albumin (g/l)	28 (2.2)	30 (2.4)	0.09
S albumin/S globulin	0.56 (0.23)	0.83 (0.29)	<0.001
Pc protein (g/l)	56.2 (8.0)	47.2 (17.9)	<0.001
Pc protein/S protein	0.76 (0.15)	0.73 (0.18)	0.27
Pc LDH/S LDH	3.2 (3.31)	4.0 (6.2)	0.26
CRP (mg/l)	115 (82)	90 (85.7)	0.04
PB leukocytes ($\times 10^9/l$)	7.33 (3.76)	12.6 (4.8)	<0.001
PB neutrophils ($\times 10^9/l$)	5.38 (1.31)	8.87 (1.56)	<0.001
PB lymphocytes ($\times 10^9/l$)	1.13 (0.57)	2.01 (2.23)	<0.001
PB monocytes ($\times 10^9/l$)	0.40 (0.16)	0.69 (0.25)	0.001
Pc leukocytes ($\times 10^9/l$)	2.27 (1.92)	4.62 (3.81)	0.001
Pc% neutrophils	32.2 (24.0)	55.8 (24.6)	0.01
Pc% lymphocytes	45.5 (25.2)	25.6 (22.4)	0.01

Data are means (SD). HIV⁻, human immunodeficiency virus negative; HIV⁺, human immunodeficiency virus positive; Non-TB, non-tuberculous; S, serum; PB, peripheral blood; Pc, pericardial fluid; LDH, lactate dehydrogenase; CRP, C-reactive protein.

SCORE

DI score

≥ 6 : Péricardite BK

< 6 : Pas de péricardite BK

Sur cohorte : Se 86% Spe
84%

Table 3 Odds ratios and weighted diagnostic index for admission variables

Admission variable	Odds ratio	Weight	Diagnostic index
Weight loss	6.15	0.13	1
Night sweats	4.16	0.09	1
Fever	7.71	0.17	2
Serum globulin >40g/l	15.09	0.33	3
Leukocyte count <10 × 10 ⁹ /l	12.76	0.28	3

TRAITEMENT : CORTICOTHÉRAPIE

- 1 mg/kg prednisolone pendant 11 semaines.

American Thoracic Society's consensus statement
Blumberg HM, Am J Respir Crit Care Med. 2003

- Guérison clinique plus rapide vs placebo.
- Réduction du recours répété à un geste chirurgical.
- Réduction du risque de péricardite constrictive?

Strang JI. Lancet. 1987
Hakim. Heart. 2000 (HIV+)

- Réduction significative de la mortalité.

Strang JI. Lancet. 1988
Hakim Heart. 2000 (HIV+)

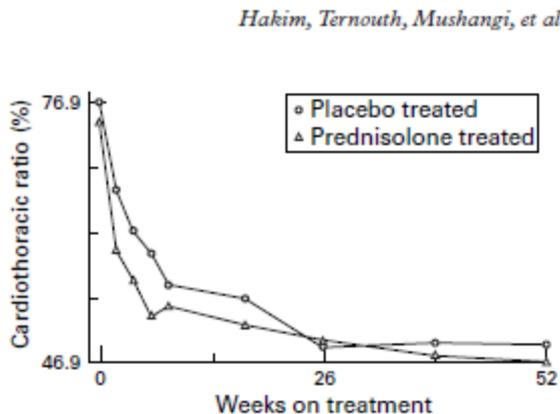


Figure 2 Cardiothoracic ratio measured serially in the prednisolone and placebo treatment groups. Difference not significant ($p = 0.80$).

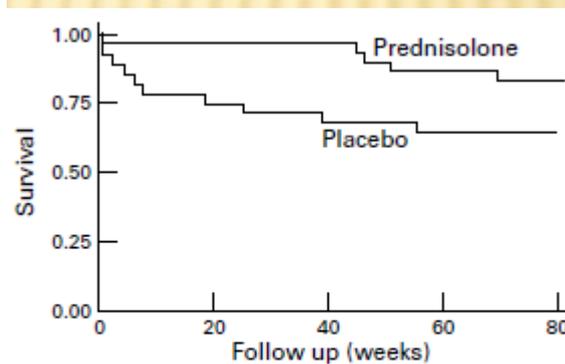


Figure 4 Kaplan-Meier plots of survival in prednisolone and placebo treated patients over 18 months of follow up. Significant difference in mortality, log rank $\chi^2 = 8.17$, $df = 1$, $p = 0.004$.

CONCLUSION

Péricardite subaiguë tuberculeuse
décompensée en tamponnade à l'occasion
d'un voyage aéroporté.

REMERCIEMENTS pour les diapos

Dr Cécile Rotenberg

Dr Sammy Ellouze