

Péricardite aiguë chez une patiente sclérodermique survenue à la 27^{ème} semaine de grossesse

Acute pericarditis in a sclerodermic patient at the 27th week of pregnancy

Biholong¹, E. Allagui¹, M.L. Delforge², F. Vandergheynst³ et M. Renard

¹Service de Cardiologie, ²Laboratoire de Séro-virologie, ³Service de Médecine Interne, Hôpital Erasme

RESUME

Une jeune femme âgée de 31 ans, connue depuis 2005 pour avoir une forme cutanée limitée de sclérose systémique caractérisée essentiellement par un phénomène de Raynaud et la présence d'anticorps anticentromères, a présenté à la 27^{ème} semaine de sa première grossesse, une douleur thoracique suggestive de péricardite, avec un examen physique banal et des signes électriques pathognomoniques de péricardite. La recherche étiologique n'a pas mis en évidence une étiologie autre que sa sclérodermie systémique. L'évolution clinique a été rapidement favorable sous aspirine et méthylprednisolone.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 588-91

ABSTRACT

A 31-year-old women with a limited cutaneous form of systemic sclerosis (ISSc), developed chest pain at the 27th week of pregnancy, with electric pathognomonic signs of pericarditis. As there was no evidence of another etiology than ISSc, (oral) aspirin and (oral) prednisolone were successively administered and the patient's condition improved rapidly.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 588-91

Key words : *systemic sclerosis, pericarditis, pregnancy*

INTRODUCTION

Les péricardites symptomatiques sont rares au cours de la grossesse¹. Chez la patiente sclérodermique enceinte, un seul cas de péricardite avec épanchement abondant a été décrit². Nous rapportons un cas de péricardite aiguë chez une patiente sclérodermique, survenue à la 27^{ème} semaine de grossesse.

CAS CLINIQUE

Une jeune femme de 31 ans, à la 27^{ème} semaine d'aménorrhée de sa première grossesse, a été hospitalisée dans notre service pour douleur thoracique. Il s'agissait d'une douleur rétrosternale haute, à type de brûlure, irradiant vers le cou, survenue au repos, d'intensité progressivement croissante, augmentée par l'inspiration profonde, le décubitus dorsal et calmée par la position assise. La patiente certifiait ne pas avoir

présenté de fièvre, ni de syndrome grippal au cours des semaines qui ont précédé cette douleur.

Cette patiente est connue depuis 2005 pour avoir une forme cutanée limitée de sclérose systémique. Son traitement consistait en la félodipine 5 mg/j, l'hydroxychloroquine 100 mg/j, l'aspirine 100 mg/j et de l'acide folique 4 mg/j. Devant son désir de grossesse, un bilan a été réalisé en avril 2008, un mois avant sa grossesse. La biologie a mis en évidence l'absence de syndrome inflammatoire et la présence d'anticorps anticardiolipine. L'échographie cardiaque était normale. Seule l'aspirine a été poursuivie dans le traitement.

A l'admission dans le service, la température est de 36,6 °C. Le pouls est régulier à 105 battements par minute. Il n'y a de pouls paradoxal. La pression artérielle est de 110/70 mmHg. Les bruits du cœur sont normaux. Il n'y a pas de souffle cardiaque, ni de frottement péricardique à l'auscultation. Le reste de

l'examen est sans particularité.

Les examens biologiques (tableau) montrent une CRP à 4,2 mg/dl, des FAN à 1/5.000 avec spécificité anti-centromère. Les anticorps antiphospholipides IgG (APL) sont discrètement augmentés à 17 UI/ (N < 12 UI/). Les sérologies virales pour le Coxsackie B₁ à B₆ ont été dosées en février 2007 avant la grossesse, en septembre 2008 en début de grossesse et en novembre 2008 au cours de la péricardite. Les résultats sont repris dans le tableau. L'absence d'évolution des titres entre les 3 sérums permet d'exclure cette étiologie.

L'électrocardiogramme (figure 1) montre un sus-décalage de ST diffus cupuliforme vers le haut, un sous-décalage de PQ en DII et un sus-décalage de PQ en AVR. L'échographie cardiaque était normale.

Nous avons débuté le traitement par de l'aspirine (2 g/j) pendant 2 jours, puis l'avons remplacée par de la méthylprednisolone (16 mg/j) à partir du 3^{ème} jour. L'évolution clinique et électrocardiographique a été favorable sans récurrence et les corticoïdes ont été arrêtés selon un schéma dégressif (figure 2).

DISCUSSION

Chez les patientes porteuses de maladies auto-immunes stables, on peut observer des poussées de la maladie, avec parfois des atteintes viscérales sévères au cours de la grossesse^{3,4}. Les complications

obstétricales telles que les pertes fœtales, la prématurité, le retard de croissance intra-utérine, la prééclampsie et des thromboses veineuses ou artérielles maternelles sont plus fréquentes surtout en cas de présence d'APL³. 7 à 20 % des patientes sclérodermiques et stables aggravent leur maladie au cours de la grossesse⁵. Cette aggravation peut se traduire par une atteinte viscérale et/ou une exacerbation des symptômes communs à la grossesse et à certaines sclérodermies tels que le reflux gastro-œsophagien, les arthralgies, les œdèmes des membres inférieurs, et la dyspnée. Par contre, l'augmentation du volume plasmatique et du débit cardiaque améliore classiquement le phénomène de Raynaud⁴.

Les séries autopsiques suggèrent que le péricarde est atteint dans la sclérodermie systémique chez un à deux tiers des patients⁶. En clinique, les péricardites sont rencontrées chez 11 à 41 % des patients en fonction des séries⁶. Elles sont généralement de découverte fortuite, ont rarement une traduction clinique. Seuls 10 % des péricardites sclérodermiques sont symptomatiques⁷. La tamponnade est exceptionnelle.

Près de 40 % des femmes enceintes ont un hydropéricarde, minime et asymptomatique au cours de leur troisième trimestre de grossesse¹. Les péricardites symptomatiques et/ou des épanchements péricardiques abondants sont rares et doivent faire rechercher une origine infectieuse, auto-immune, néoplasique ou une hypoalbuminémie. Seuls quelques cas ont déjà été rapportés. Hagley *et al.*⁸ ont rapporté un cas de péricardite aiguë de moyenne abondance idiopathique survenue à la 21^{ème} semaine d'aménorrhée chez une jeune femme de 30 ans. Mecacci *et al.*⁹ ont rapporté un cas de péricardite aiguë idiopathique chez une jeune femme enceinte de 26 semaines avec des antécédents de lymphome de Hodgkin et une hypothyroïdie auto-immune. Allali *et al.*² ont rapporté un cas de péricardite sclérodermique compliquée de tamponnade au cours de la grossesse.

Dans notre cas, l'association des symptômes cliniques typiques et des signes électrocardiographiques sont en faveur d'une péricardite. Mais la difficulté principale est de déterminer l'étiologie de cette péricardite.

La positivité de la sérologie virale de Coxsackie B₁ à B₆ peut faire évoquer à une origine virale. Mais devant l'absence d'un tableau clinique évocateur d'une infection virale au cours des semaines qui ont précédé la douleur thoracique et l'absence de variation des taux sériques viraux obtenus de 2007 à 2008, cette étiologie ne peut être retenue.

En l'absence de l'identification d'une autre cause, la péricardite de cette patiente peut être attribuée à la forme cutanée limitée de sclérose systémique. L'immunopathologie de la péricardite dans la sclérodermie comme dans toutes les pathologies auto-immunes est incertaine. La péricardite serait due au

Tableau : Résumé des résultats biologiques.			
	15/11/2008	12/09/2008	12/02/2007
GB (par mm ³)	7.200	-	
CRP (mg/dl)	4,2	-	
FR	Négatif		
Anticentromères	1/5.000	-	
Anticoagulant lupique	Négatif	-	
IgG APL	17	-	
Influenza A	1/32		
Influenza B	1/4		
Coxsackie B1	1/512	1/512	1/512
Coxsackie B2	1/128	1/256	1/512
Coxsackie B3	1/256	1/256	1/256
Coxsackie B4	1/64	1/128	1/128
Coxsackie B5	1/256	1/256	1/512
Coxsackie B6	1/512	1/512	1/256
Parvovirus B19 IgG	Positif		
GB : globules blancs ; FR : facteur rhumatoïde ; APL : anticorps antiphospholipide.			

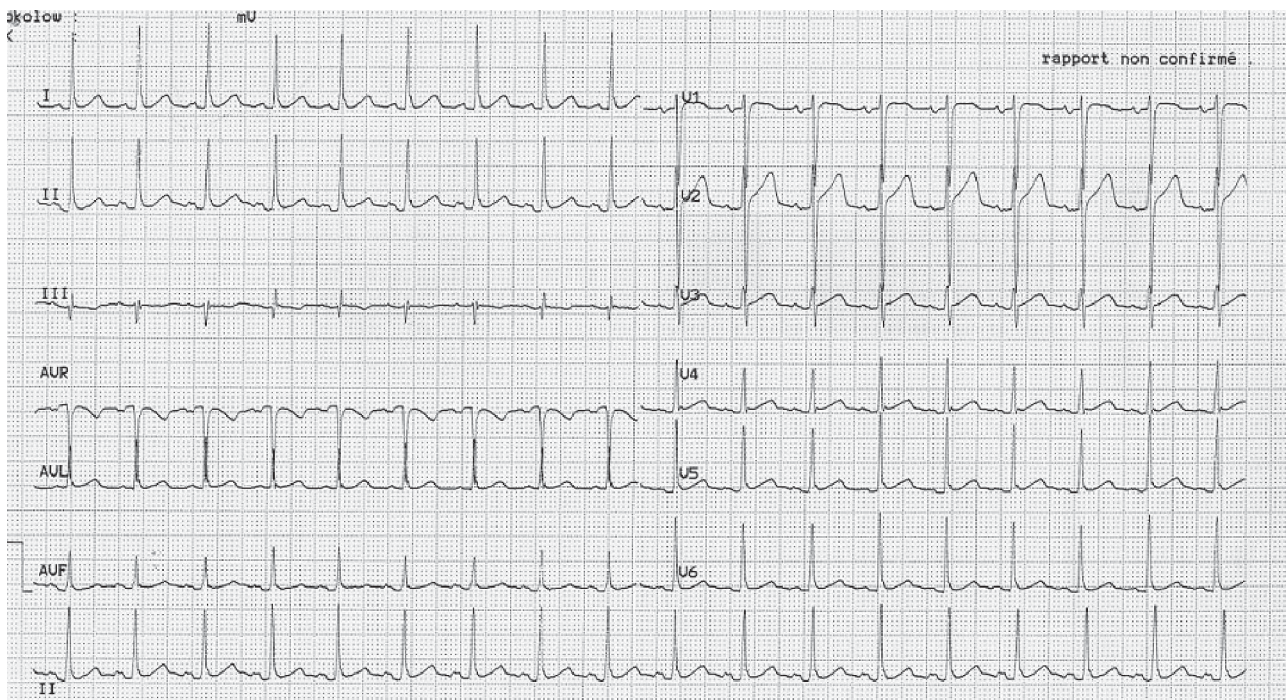


Figure 1 : Electrocardiogramme à l'entrée (sus-décalage de ST diffus cupuliforme vers le haut, un sous-décalage de PQ en DII et un sus-décalage de PQ en AVR).

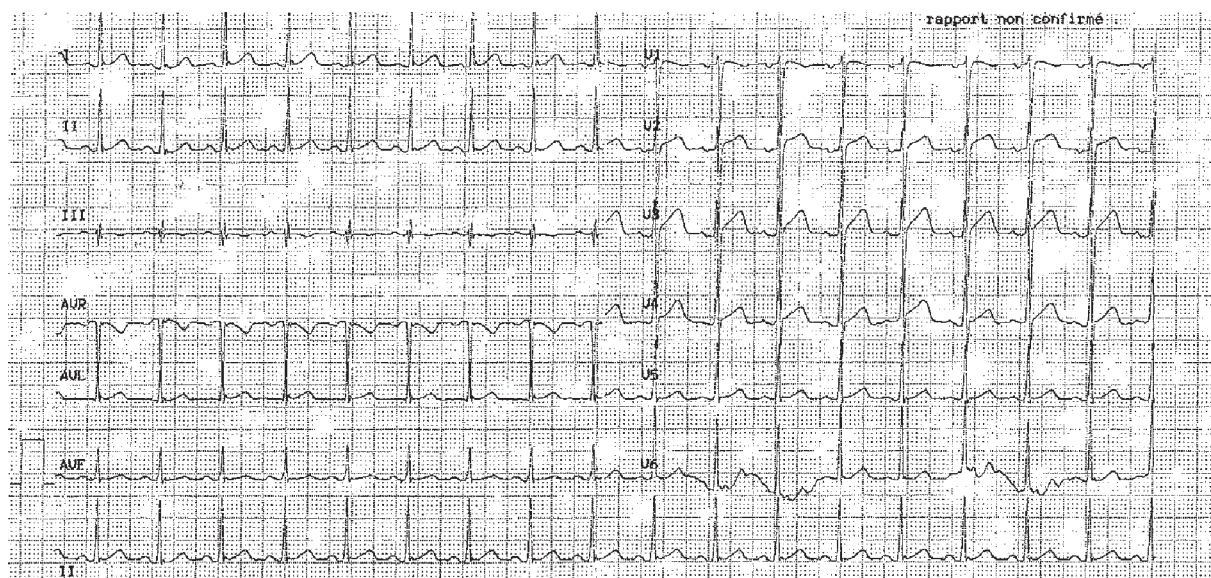


Figure 2 : Electrocardiogramme à la sortie (normal).

dépôt de complexes immuns sur le péricarde comme dans le lupus érythémateux.

La perméabilité du canal artériel *in utero* est en partie liée aux prostaglandines PGI-2 et PGE-2. L'utilisation d'un inhibiteur de la cyclo-oxygénase, comme de l'aspirine à fortes doses, peut entraîner la fermeture du canal artériel et une hypertension artérielle pulmonaire⁹. Ces complications peuvent être observées même pour des prises très brèves (1 jour), à posologies usuelles (≥ 500 mg/j) et sont d'autant plus graves que l'exposition est proche de l'accouchement (≥ 32 semaines d'aménorrhées)¹⁰. En dépit de ce risque théorique et devant l'absence d'épanchement péricardique, nous avons initié le traitement par de

l'aspirine pendant 2 jours, puis l'avons remplacée par la méthylprednisolone à partir du 3^{ème} jour. L'évolution clinique et électrocardiographique a été favorable sans récurrence. La patiente a accouché à la 38^{ème} semaine d'un nouveau-né en bonne santé.

CONCLUSION

Nous rapportons ici, le premier cas clinique de péricardite symptomatique sans épanchement péricardique chez une patiente sclérodermique enceinte de 27 semaines, traitée avec succès par la méthylprednisolone.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ristic AD, Seferovic PM, Ljubic A *et al.* : Pericardial disease in pregnancy. *Herz* 2003 ; 28 : 209-15
2. Allali F, Alami M, Doghmi N, Mohatane A, Benomar M, Hajjaj-Hassouni N : Péricardite sclérodermique compliquée d'une tamponnade au cours de la grossesse. *Revue du Rhumatisme* 2005 ; 72 : 662-4
3. Le Guern V, Goffinet F : Grossesse et anticorps antiphospholipides. *Presse Med* 2008 ; 37 : 1666-75
4. Bérezné A, Mouthon L. Sclérodermie systémique et grossesse. *Presse Med* 2008 ; 37 : 1636-43
5. Steen VD, Medsger TA : Fertility and pregnancy outcome in women with systemic sclerosis. *Arthritis Rheum* 1999 ; 42 : 76-8
6. Constans J, Skopinski S, Barcat D, Conri C : Atteinte du cœur et des vaisseaux au cours des sclérodermies systémiques. *Ann Med Interne* 2002 ; 153 : 242-9
7. Jan P : Péricardite aiguë. In : Elsevier, ed. *Cardiologie Abrégés. Connaissances Pratique*. Paris, Masson, 2005 : 102
8. Hagley MT, Shaub TF : Acute pericarditis with a symptomatic pericardial effusion complicating pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1993 ; 38 : 813-4
9. Mecacci F, La Torre P, Parretti E *et al.* : Acute pericarditis in pregnancy. Report of a case. *Minerva Ginecol* 2000 ; 52 : 259-62
10. Rudolph AM : Effects of Non Steroidal Anti-inflammatory compounds on fetal circulation and pulmonary function. *Obstet Gynecol* 1981 ; 58 : 63S
11. Ostensen ME, Skomsvoll JF : Anti-inflammatory pharmacotherapy during pregnancy. *Expert Opin Pharmacother* 2004 ; 5 : 571-80

Correspondance et tirés à part :

BIHOLONG
Hôpital Erasme
Service de Cardiologie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : biholong2000@yahoo.fr

Travail reçu le 3 mai 2009 ; accepté dans sa version définitive le 29 octobre 2009.