

Péricardite aiguë

Présentation typique :
Douleur précordiale majorée au décubitus et inspiration profonde, améliorée par l'antéflexion
ECG: Sus-ST diffus sans miroir et sous-PQ diffus
Auscultation: frottement péricardique (rare)
Epanchement péric. (ETT, RxT)
Elevation CRP et Leucocytes
IRM ou TDM: inflammation péric.

Stratégie diagnostique :
Echographie trans-thoracique ++
RxT, ECG, CRP, GB, Troponine

PIEGES :
Autre cause de DT (SCA)
Tamponnade

Facteurs de sévérité :
Majeurs:
Fièvre > 38° c
présentation subaiguë
Epanchement péricardique
Tamponnade
Pas de réponse aux AINS à J7
Mineurs:
Myopéricardite (tropo +)
Immunosuppression
Traumatisme
Anticoagulation orale

Etiologie spécifique ou facteur(s) de sévérité

OUI

NON

Péricardite à haut risque

Péricardite non à haut risque

Au moins 1 facteur majeur ou mineur

Hospitalisation pour
Recherche étiologique
(avis cardio)

PEC ambulatoire

Réponse aux AINS à J7

Mauvaise

Bonne

Hospitalisation

Poursuite pec à domicile

Suspicion d'étiologie autre que virale :

Hospitalisation

Ordonnance de sortie

et **ASPIRINE 1000mg x 3/24h pendant 2 semaines**
et **COLCHICINE 0,5mg/24h (<70kg) ou 1mg/24h (>70kg) pendant 2 semaines**
et **Consultation cardio précoce à J7**

Etiologie : pas de recherche systématique en l'absence de suspicion clinique spécifique

MàJ reco 2015 : association aspirine et colchicine systématique (grade 1c)
Echographie clinique (rech. épanchement) fortement recommandée (grade 1c)