



Société de Médecine
de Franche-Comté



Une cause rare d'épanchement pleural

Société de médecine de Franche
Comté

08/10/2009

S. Ponsonnard, A. Marescaux, R. Taponnier, G. Rival, J. Maitre, JC. Dalphin.

Cas clinique

- Mme M. 83 ans
- ATCD :
 - Hépatite aiguë d'origine indéterminée.
 - HTA et dyslipidémie.
 - Primo infection tuberculeuse à l'âge de 18 ans et tuberculose maladie à l'âge de 25 ans.



Société de Médecine

01/10/2008

- Altération de l'état général.
- Dyspnée stade III de l'OMS.
- Douleur thoracique sous xiphoïdienne.
- Toux sèche.
- Diarrhée chronique.
- Ensemble des symptômes évolutifs depuis 4 mois.



Société de Médecine

Examen clinique

- Auscultation cardio-pulmonaire sans particularité.
- Absence de signe d'insuffisance cardiaque.
- Absence de signe d'insuffisance hépatique, et d'hépatomégalie.
- ECG normal.



Société de Médecine



Biologie

- BNP 297 pg/ml.
- Absence de syndrome inflammatoire biologique.
- Absence d'insuffisance rénale et d'anomalies hépatiques.
- TSH normale.
- Dosages ACE, CA125 et FR normaux, recherche d'AcAN négative.



Ponction pleurale

- **Transsudat :**
 - Protéines pleurale : 30 g/dl.
 - Rapport protéines pleurales / protéines plasmatiques : 0,51.
 - Rapport LDH pleurales / LDH plasmatiques : 0,41.
- Recherche bactériologique négative.
- Absence de cellules tumorales.





ETT

- Ventricule gauche non hypertrophique et non dilaté.
- Fonction systolique globale et segmentaire normale.
- Pressions de remplissages normales.
- Pas de valvulopathie.
- Pas d'HTAP
- Cavités droites normalement dilatées et normokinétiques.



Diagnostic

- Amélioration clinique et radiologique sous diurétiques de l'anse.
- Diagnostic supposé de décompensation cardiaque.



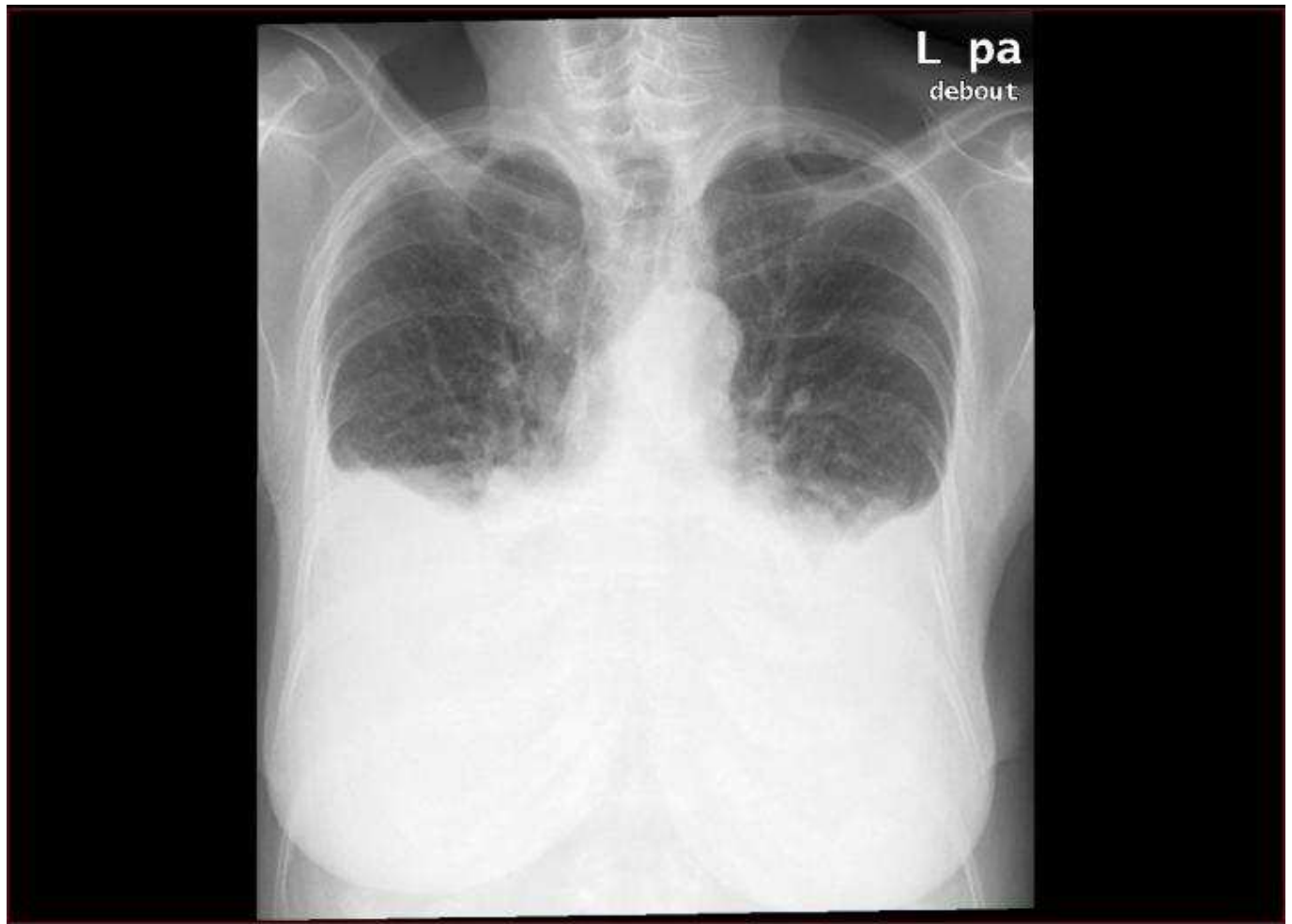
Société de Médecine

18/12/2008

- Réadressée par son cardiologue pour :
 - Récidive de la dyspnée.
 - Epanchements pleuraux importants bilatéraux.
 - Echocardiographie normale.



Société de Médecine



Examens complémentaires

- Absence de syndrome inflammatoire.
- Augmentation du BNP à trois fois la normale.
- Biologie rénale, pancréatique et hépatique normale.
- Biochimie pleurale : transsudat. Bactériologie négative. Absence de cellules tumorales.
- Biopsie pleurale sans particularité.
- TDM thoracique : pas plus d'information.



Diagnostic

- **Association :**
 - Transsudat pleural bilatéral,
 - BNP augmenté,
 - Foie cardiaque,
 - Epaissement et calcifications péricardiques.
 - ATCD de tuberculose.
- **Péricardite constrictive évoquée.**



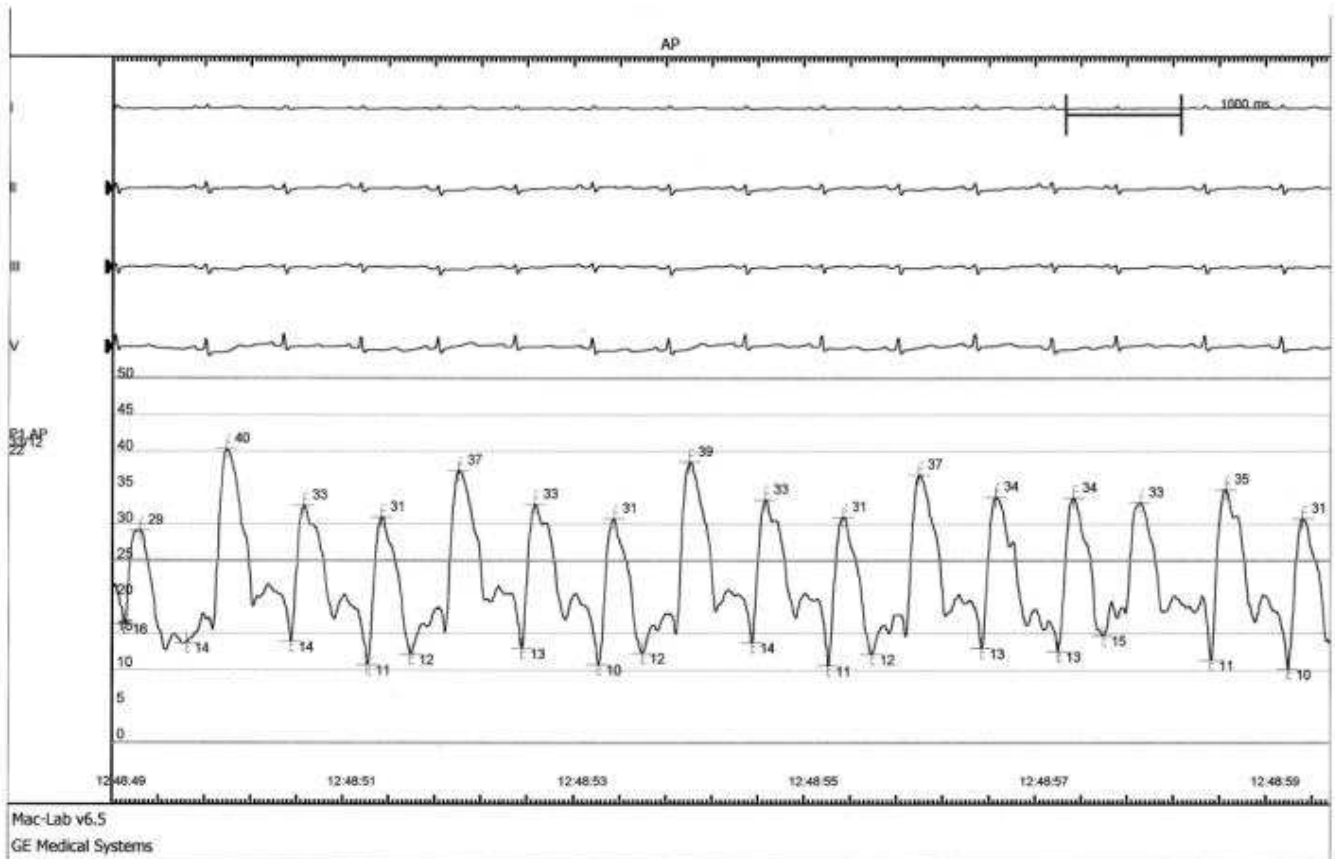
Société de Médecine

ETT

- Deux nouvelles ETT.
- Normales.
- Aucun signe direct ou indirect de péricardite constrictive.
- Réalisation d'un cathétérisme cardiaque droit.



Société de Médecine



Traitement et évolution

- Péricardotomie.
- Suites simples, retour à domicile trois semaines plus tard.
- Régression complète de l'ensemble de la sémiologie.



Traitement

- Pas de traitement anti tuberculeux.
- Ensemble des prélèvements pour recherche d'une tuberculose active étaient négatifs.
- L'anatomopathologie n'a mis en évidence que des remaniements inflammatoires non spécifiques.



Société de Médecine

Circ J 2008; 72: 1555–1562

Constrictive Pericarditis

Partho P. Sengupta, MD, DM; Mackram F. Eleid, MD; Bijoy K. Khandheria, MD

Circulation
JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

- Idiopathique.
- Post radique.
- Post tuberculeuse et tuberculeuse.
- Insuffisance rénale chronique.
- Cancers secondaires du péricarde.

A Modern Approach to Tuberculous Pericarditis

Faisal F. Syed and Bongani M. Mayosi

2007



- Tuberculose : 3 millions de morts/an à l'échelle mondiale. 2,5 à 8 % décèdent de péricardite constrictive.
- Péricardite constrictive : 1 % des tuberculoses non épidémique.

Review

A Modern Approach to Tuberculous Pericarditis

Faisal F. Syed and Bongani M. Mayosi

2007



	Pericardial Effusion (n = 88)	Constrictive Pericarditis (n = 67)
Sinus tachycardia	68 (77%) (transient AF in 3)	47 (70%) (persistent AF in 2)
Significant pulsus paradoxus	32 (36%)	32 (48%)
Raised jugular venous pulse	74 (84%)	67 (100%)
Apex palpable	53 (60%)	39 (58%)
Pericardial knock	–	14 (21%)
Increased cardiac dullness	83 (94%)	17 (25%)
Heart sounds soft	69 (78%)	51 (76%)
Third heart sound	–	30 (45%)
Sudden inspiratory splitting of the second heart sound	–	24 (36%)
Pericardial friction rub	16 (18%)	–
Hepatomegaly	84 (95%)	67 (100%)
Ascites	64 (73%)	60 (89%)
Edema	22 (25%)	63 (94%)

Review

Calcified chronic constrictive pericarditis: an egg in the chest

Erwan Flecher^{a,*}, Jean François Heautot^b, Issam Abouliatim^a, Alain Leguerrier^a



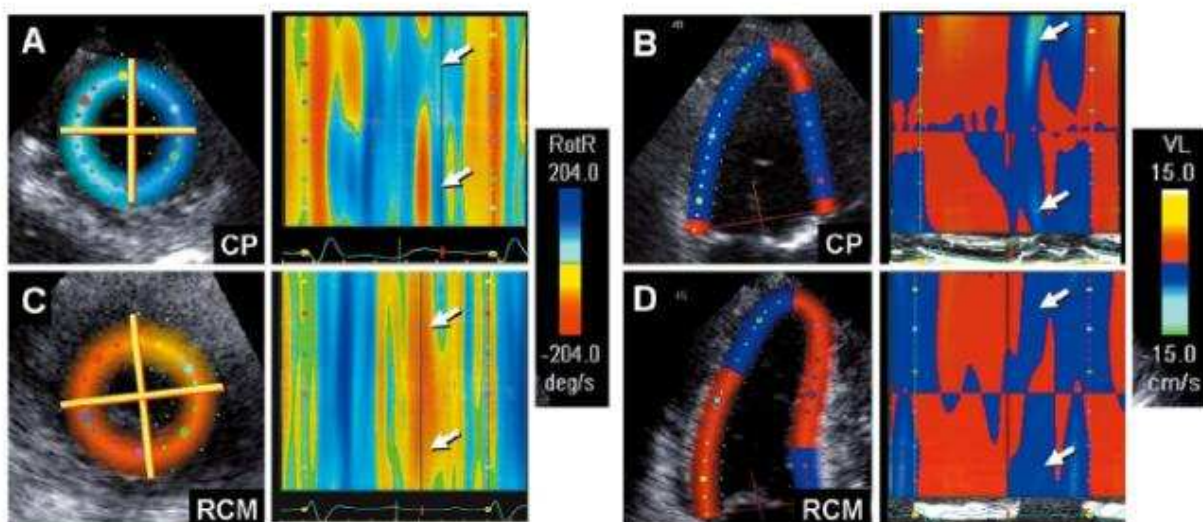
Case report

Circ J 2008; 72: 1555–1562

Constrictive Pericarditis

Partho P. Sengupta, MD, DM; Mackram F. Eleid, MD; Bijoy K. Khandheria, MD

Circulation
JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION



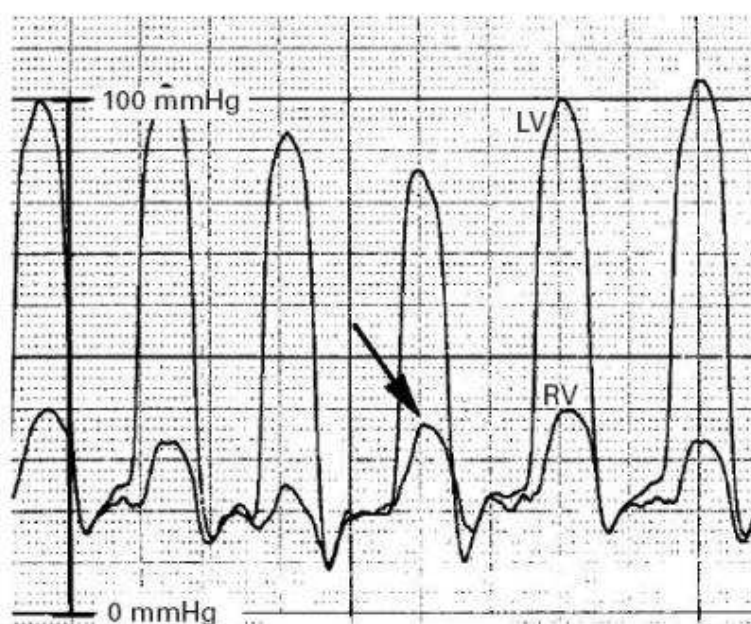
Review

Constrictive pericarditis in the modern era: a diagnostic dilemma

2001

HEART
and Education in Heart

R A Nishimura



Review

A Modern Approach to Tuberculous Pericarditis

Faisal F. Syed and Bongani M. Mayosi

2007

**Progress in
Cardiovascular
Diseases**

Table 3. Diagnostic Criteria for Tuberculous Pericarditis

Diagnostic Category	Criteria
"Definite or proven" tuberculous pericarditis	<ul style="list-style-type: none">• Tubercle bacilli are found in stained smear or culture of pericardial fluid; and/or• Tubercle bacilli or caseating granulomata are found on histologic examination of pericardium
"Probable or presumed" tuberculous pericarditis	<ul style="list-style-type: none">• Evidence of pericarditis in a patient with tuberculosis demonstrated elsewhere in the body; and/or• Lymphocytic pericardial exudate with elevated ADA activity, IFN-γ, or lysozyme assay; and/or• Good response to anti-tuberculosis chemotherapy

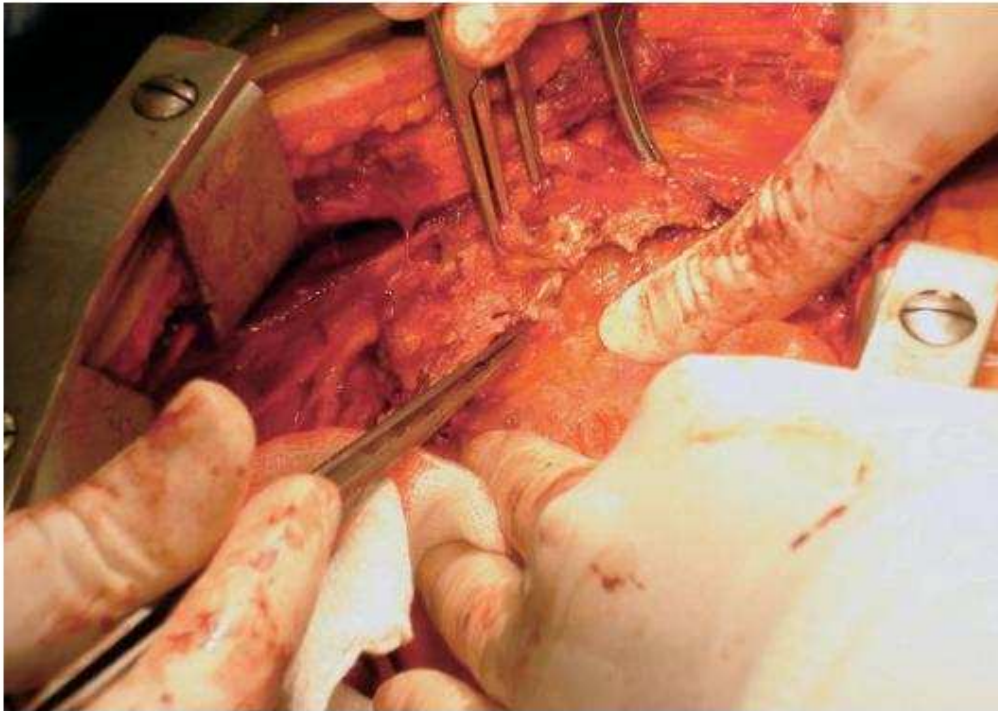
Review

Ufuk Yetkin, MD
Gokhan Ilhan, MD
Aylin Orgen Calli, MD
Murat Yesil, MD
Ali Gurbuz, MD

Severe Calcific Chronic Constrictive Tuberculous Pericarditis

TEXAS HEART INSTITUTE
at St. Luke's Episcopal Hospital

2008



Case report

Circ J 2008; 72: 1555–1562

Constrictive Pericarditis

Partho P. Sengupta, MD, DM; Mackram F. Eleid, MD; Bijoy K. Khandheria, MD

Circulation
JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

Empirical antituberculosis chemotherapy

Tuberculosis endemic in the population: trial of empirical antituberculous chemotherapy is recommended for exudative pericardial effusion, after other causes such as malignancy, uremia, and trauma have been excluded.

Tuberculosis not endemic in the population: when systematic investigation fails to yield a diagnosis of tuberculous pericarditis, there is no justification for starting antituberculosis treatment empirically.⁵⁸

Review