

Une forme rare d'épanchement péricardique

Auteurs : Yoann Zadro,¹ Étienne Grünenwald,² Jean Philippe Doazan,³ Ondine Walter,¹ Sébastien De Almeida Chaves,¹ Julien Maquet,¹ Marie-Léa Piel-Julian,¹ Guillaume Moulis,¹ Laurent Sailer¹

¹ Service de médecine interne Le Tallec, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse – Purpan, Toulouse, France

² Service de chirurgie cardiovasculaire, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse – Rangueil, Toulouse, France

³ Cabinet de cardiologie, Montauban, France

Introduction

Le diagnostic des épanchements péricardiques chroniques peut être difficile.^{1,2} Les caractéristiques biochimiques et cytologiques du liquide permettent de s'orienter à travers les multiples causes potentielles. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant un chylopéricarde, forme exceptionnelle d'épanchement péricardique.

Observation

Une patiente de 72 ans était adressée en 2022 pour une péricardite chronique non constrictive diagnostiquée en 2019. Ses antécédents se résument à une hypertension artérielle traitée par lercanidipine et une chirurgie des varices.

Le diagnostic était porté devant une dyspnée NYHA II isolée d'apparition progressive, et un épanchement péricardique circonférentiel jusqu'à 20 mm prédominant en regard des cavités droites. La patiente n'avait pas d'autres doléances, notamment pas de douleur thoracique, d'altération de l'état général ni de fièvre. Entre 2019 et 2022, les échographies montraient une stabilité de l'épanchement. L'examen clinique était normal. Il n'existait pas de syndrome inflammatoire biologique, la fonction rénale était normale tout comme la TSH. Des antinucléaires à 1/160 sans spécificité n'étaient associés à aucune autre anomalie immunologique. Le bilan microbiologique était négatif. Malgré un traitement par colchicine (1 mg/j) introduit en 2021 et dispensé pendant 1 an, aucune amélioration n'était observée.

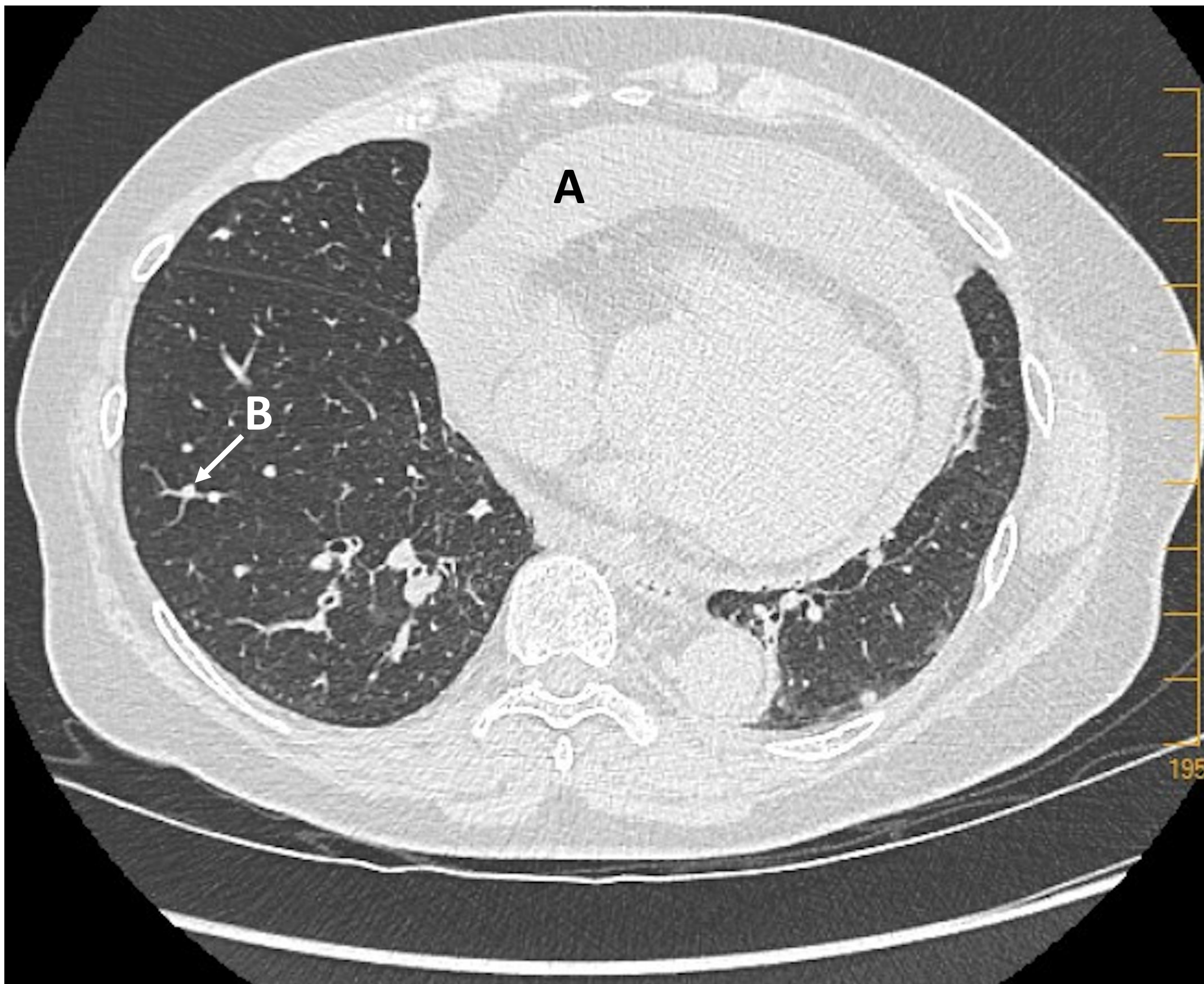


Figure 1. Chylopéricarde (A) et surcharge lymphatique pulmonaire avec micronodule (B) sur une coupe axiale en fenêtre parenchymateuse d'un scanner thoracique sans injection de produit de contraste.

Discussion

Le chylopéricarde est un épanchement péricardique rare composé de chyle normalement drainé par les vaisseaux lymphatiques.³ La richesse en triglycérides lui donne son aspect lactescent. Le chylopéricarde est le plus souvent primaire, mais il peut être secondaire à une lésion du canal thoracique, par exemple dans le cadre d'un traumatisme, d'une chirurgie, d'une radiothérapie, d'une infection ou d'une néoplasie.^{2,3} L'histoire de la patiente était en faveur d'un chylopéricarde primaire. Les épaissements septaux et péribronchovasculaires, ainsi que les micronodules périlymphatiques, évoquaient une surcharge lymphatique.

Une revue systématique de la littérature de 1965 à 2020 a récemment permis de décrire 98 patients adultes avec un chylopéricarde (moyenne d'âge de 65 ans, 55 % d'hommes).³ Trois quarts des patients étaient symptomatiques et la dyspnée était le signe le plus fréquent. L'épanchement était abondant (> 20 mm) dans 80 % des cas. Plus d'un tiers des patients avaient présenté une tamponnade.

La prise en charge du chylopéricarde repose sur le traitement de la cause sous-jacente lorsqu'elle est retrouvée, la diminution du flux du chyle thoracique (régime à base de triglycérides à chaînes moyennes, nutrition parentérale, octréotide) et fréquemment un geste chirurgical.^{2,3} En cas de récurrence, la réalisation d'une fenêtration péricardique, d'une ligature du canal thoracique, voire d'une péricardectomie chez les patients réfractaires développant une péricardite constrictive peut être proposée.

Conclusion

Le chylopéricarde est un épanchement péricardique rare qui doit être évoqué devant un épanchement abondant, des signes de surcharge lymphatique associés, et l'absence de syndrome inflammatoire et de prise de contraste des feuillettes péricardiques à l'IRM. Le diagnostic de chylopéricarde primaire peut être retenu en dehors d'un traumatisme, d'une chirurgie ou d'une radiothérapie après avoir éliminé une infection et une néoplasie.

Références

1. Lazaros G, Imazio M, Tsioufis P, et al. Chronic Pericardial Effusion: Causes and Management. *Can. J. Cardiol.* 2023;39:1121–1131.
2. Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur. Heart J.* 2015;36:2921–2964.
3. Verma B, Kumar A, Verma N, et al. Clinical characteristics, evaluation and outcomes of chylopericardium: a systematic review. *Heart Br. Card. Soc.* 2023;109:1281–1285.

