

# Épanchement péricardique: se méfier des hémopathies malignes

Wafa LETIFI, résidente, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

Yosra BOUATTOUR, AHU, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

Chifa DAMAK, MCA, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

Faten FRIKHA, Professeur, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

Mouna Snoussi, MCA, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

Nesrine REGAIEG, AHU, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

Mayeda BEN HAMAD, AHU, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

Marzouk SAMEH, Professeur, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

Zouhir BAHLOUL, Professeur, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

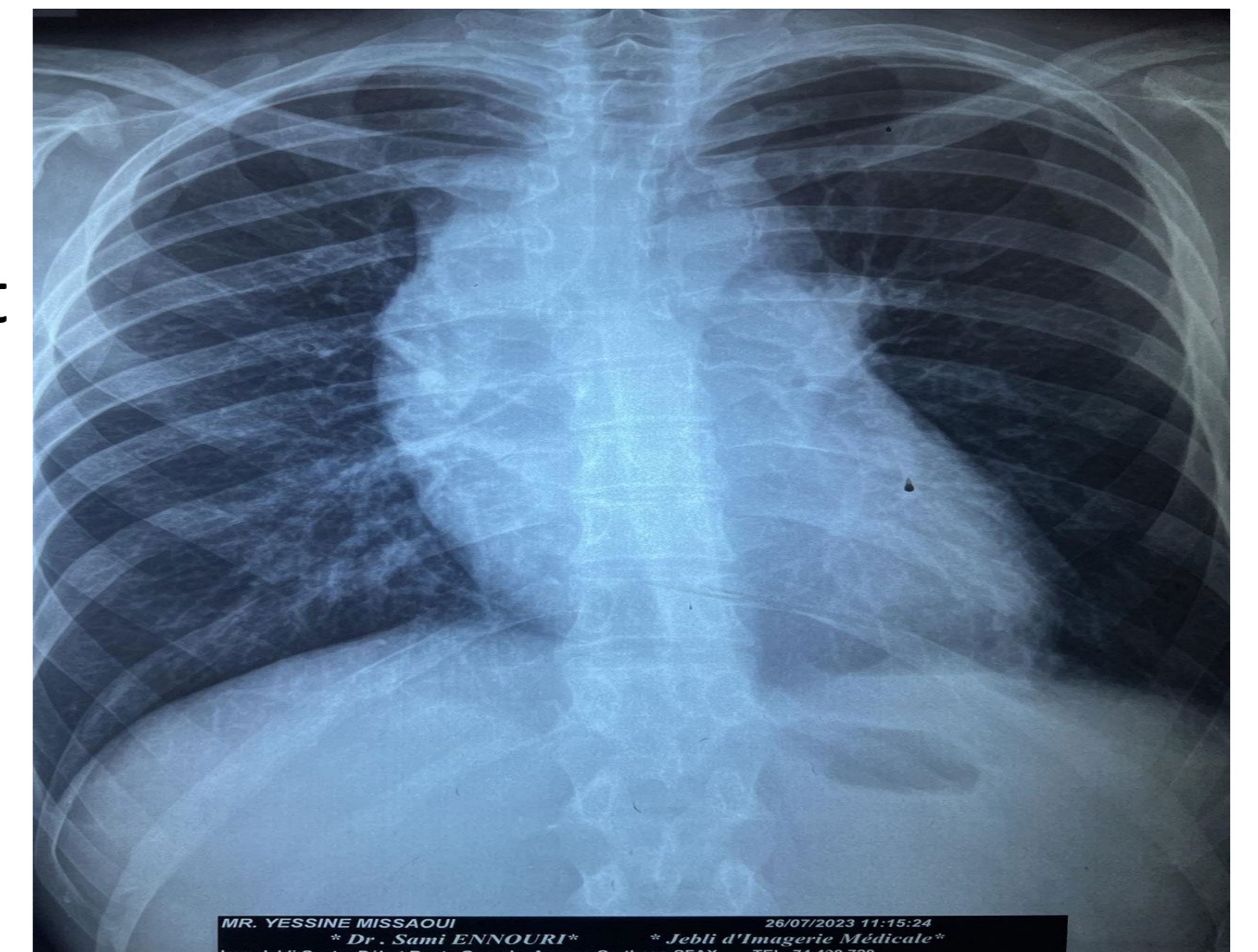
## INTRODUCTION:

- La péricardite aiguë est une inflammation aiguë des feuillets du péricarde avec ou sans épanchement péricardique.
- Ses étiologies sont fréquentes, dominées par l'origine virale dans 80% des cas.
- Dans le reste des cas, une enquête étiologique exhaustive est indispensable à la recherche d'une cause infectieuse, auto-immune ou néoplasique.
- L'épanchement péricardique malin reste une manifestation courante et grave des tumeurs solides tels que le cancer du poumon et le cancer du sein.
- Il est moins fréquent au cours des hémopathies malignes.
- Nous nous proposons de décrire deux observations particulières d'une péricardite révélant une hémopathie maligne.

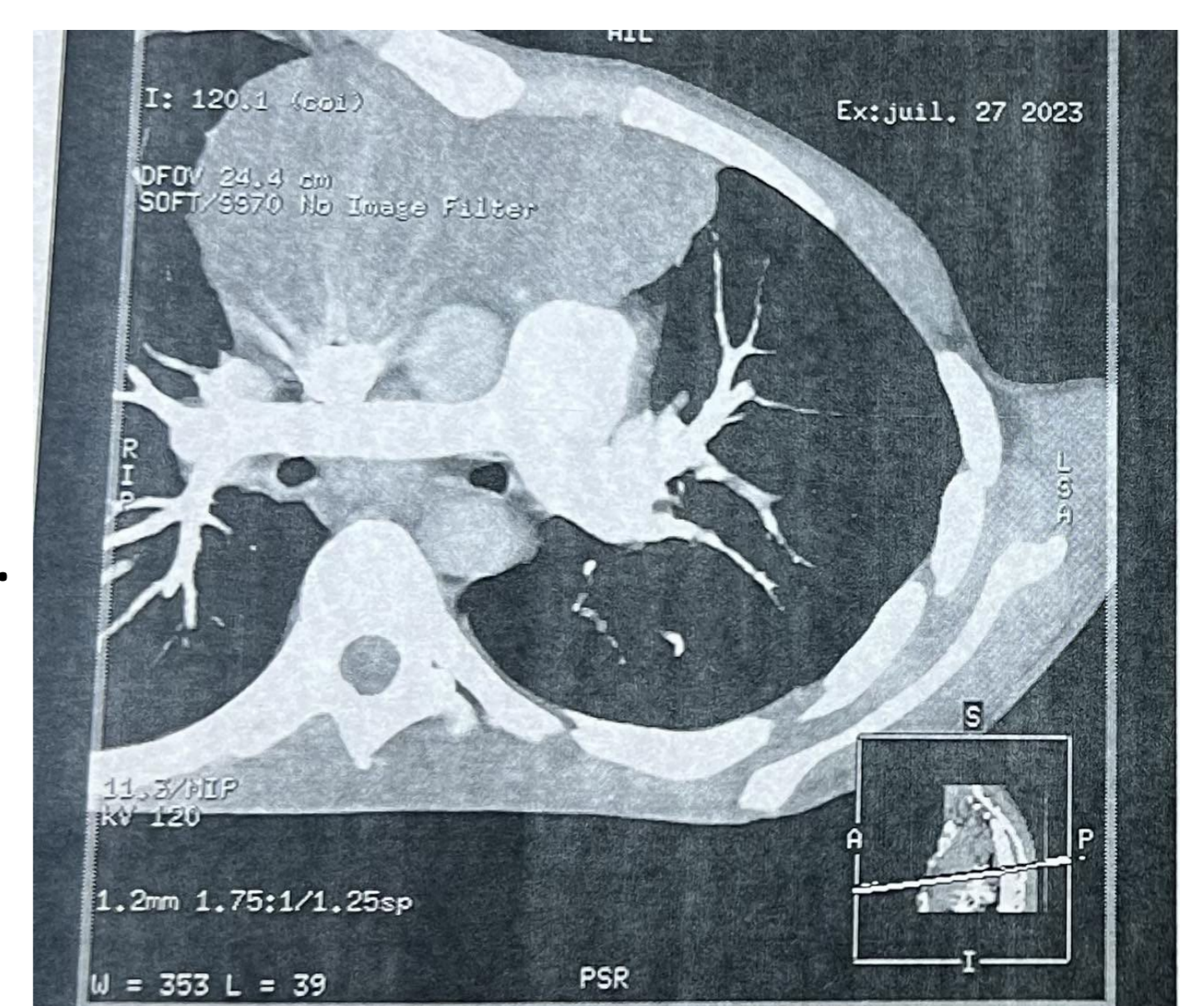
## CAS CLINIQUE:

### Observation N 1:

- Il s'agissait d'un homme âgé de 27 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait une dyspnée d'effort d'aggravation progressive, évoluant depuis 8 mois.
- Il avait aussi des douleurs thoraciques rétrosternales et précordiales atypiques.
- Une radiographie thoracique était demandée montrant un élargissement médiastinal avec une rectitude du bord cardiaque gauche.
- Une échographie cardiaque transthoracique (ETT) était faite objectivant une péricardite de moyenne abondance avec un début de compression des cavités droites.
- Cet épanchement péricardique était d'aggravation rapide donnant un aspect de swinging heart au contrôles échographiques rapprochés.
- Un scanner thoraco-abdomino-pelvien était ainsi indiqué objectivant une volumineuse masse médiastinale antérieure de 8 x 12 x 16 cm, de rehaussement hétérogène, refoulant et comprimant le tronc brachio-céphalique gauche.
- Le patient avait aussi des adénopathies de la chaîne médiastinale antérieure, de la loge de Baretz, hilaires droite et précordiale avec une hépatomégalie de 21 cm.
- Une biopsie de la masse médiastinale antérieure était faite, concluant à un lymphome de Hodgkin.
- Le patient était traité par une polychimiothérapie.
- L'évolution initiale était favorable avec un recul de 1 mois.



Radiographie thoracique de face: élargissement médiastinal et rectitude du bord cardiaque gauche



Scanner thoracique: masse médiastinale antérieure avec des adénopathies médiastinales

### observation 2:

- Il s'agissait d'un patient âgé de 50 ans, qui consultait pour une dyspnée d'effort d'aggravation progressive, évoluant depuis 6 mois.
- À l'examen, le patient présentait un œdème des membres inférieurs, une turgescence des veines jugulaires et un syndrome anémique.
- Il avait également une hépatomégalie à 16 cm et une splénomégalie à 2 travers de doigt.
- Une ETT était faite objectivant une péricardite de moyenne abondance avec un aspect très fibrineux, associée à une cardiomyopathie dilatée à prédominance droite et une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) à 45 mmHg.
- À la biologie, la Vs était à 120 à la 1ère heure et la CRP était à 12 mg/L.
- La pro-BNP était élevée.
- L'hémogramme objectivait une hyperleucocytose à 23 000 éle/mm<sup>3</sup> à prédominance de polynucléaires éosinophiles (PNE), une anémie macrocytaire à 6,5 g/dL, et une thrombopénie à 85 000/mm<sup>3</sup>.
- Le dosage de la vitamine B12 était supérieur à 2000 pg/mL.
- Le frottis sanguin objectivait des signes en faveur d'une dysgranulopoïèse, avec des PNE anormaux.
- La biopsie ostéomédullaire objectivait un clone de polynucléaires éosinophiles à 32 %.
- La recherche du chromosome Philadelphie était négative.
- Le transcrit FIP1L1-PDGFR (F/P) était positif.
- Ainsi, le diagnostic d'une leucémie chronique à éosinophiles FIP1L1-PDGFR (F/P+) était retenu.
- Le patient était mis sous Imatinib mésylate 100 mg/j.
- L'évolution était favorable avec une disparition des signes droits cliniques, une amélioration progressive de la péricardite, de la cardiomyopathie et de l'HTAP à l'ETT de contrôle, une réponse hématologique et moléculaire complète.
- Le recul total est de 19 mois.

## CONCLUSION:

- L'épanchement péricardique peut être la première manifestation d'une néoplasie.
- Comme les tumeurs solides, les hémopathies malignes sont des étiologies à évoquer devant une péricardite d'aggravation rapide, récurrente ou d'emblée de grande abondance.

