

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE 2021

N° 110

PERICARDITES TUBERCULEUSES CHEZ L'ENFANT : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS (à propos d'une étude réalisée sur 8 cas colligés au CHNEAR

MEMOIRE

POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
EN PEDIATRIE

PRESENTE ET SOUTENU

Le 31 AOUT 2021

Par

Dr Oumou Ba épouse Diop

Né le 19 Aout 1989 à Dakar (SENEGAL)

MEMBRES DU JURY

Président :	M. Ousmane	NDIAYE	Professeur titulaire
Membres :	Mme Ndeye Ramatoulaye	DIAGNE GUEYE	Professeur titulaire
	M. Idrissa Demba	BA	Professeur assimilé
Directeur de mémoire :	M Amadou Lamine	FALL	Professeur titulaire

DEDICACES

A ALLAH, le tout puissant, le très clément et le tout miséricordieux.

Je vous remercie de m'avoir donné la chance d'y arriver et la force nécessaire de réaliser ce travail.

Nous implorons toujours votre pardon et prions pour que vous nous assistiez dans nos actes quotidiennes et que vous nous dirigiez sur le droit chemin. Amine

Au prophète Muhammad (PSL), le messenger d'Allah, un excellent modèle

Je dédie ce travail à :

A MON PERE ALIOUNE BA

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, le respect de soi et envers les autres, la rigueur et la loyauté. Votre soutien moral, affectif et matériel ne m'ont jamais fait défaut. Je vous suis reconnaissante pour toute votre confiance que vous m'avez placée à ma modeste personne. C'est grâce à vous que j'ai compris qu'une bonne éducation est la meilleure chose qu'un parent doit à son enfant. Je resterai toujours un enfant digne de vous et je me souviendrai toujours de vos sages conseils.

Ce travail est le couronnement de vos bénédictions et vos sacrifices.

A MA MERE FATOU CHARLES BA

Chère maman je ne saurais jamais trouver assez de mots pour t'exprimer mon amour, ma reconnaissance et ma profonde gratitude. Toujours présente à mes côtés pour me soutenir sur tous les plans. La battante, la brave toujours prête à se sacrifier pour soutenir tes enfants. Ce travail est le fruit de ton effort.

Merci pour TOUT maman.

A MON MARI ABDOU AZIZ DIOP

Tu as toutes les qualités que cherche une épouse

Tu es un mari aimant compréhensif, pieux, honnête!

Merci de m'aimer et de me soutenir autant.

Qu'Allah te prête longue vie et solidifie notre amour

A MES ENFANTS THIerno IBRAHIM DIOP ET FATIMATOU DIOP

Vous êtes le plus beau cadeau que le bon Dieu m'ait donné dans cette vie Qu'il vous prête une longue vie, pleine de santé et rempli de bonheur Que ce travail puisse vous inspirer. Je vous adore.

A MES FRERES ET SŒURS PARTICULIEREMENT A COUMBA, ROKHAYA, AIDA, MAREME ET MOUHAMED

Votre soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion de vous réitérer mon amour et aussi de vous rappeler que le lien de sang est sacré et qu'il ne sera que ce que nous en ferons. Recevez à travers ce modeste travail qui est le vôtre, tous mes sentiments de fraternité. Comme le dis notre sœur aînée, SOYONS TOUJOURS UNIS

A ma plus que soeur ***MAME MAREME NDIONE*** de la 1^o année de médecine jusqu'au Des de pédiatrie on a traversé des épreuves !!!!! que dieu te garde je t'adore

A MES TANTES PARTICULIEREMENT A MA AMY, MA NDEYE BA, MA FANTY, TATA AIDA MBODJI

Vous êtes merveilleuses. Merci infiniment pour tout ce que vous faites pour moi, vos conseils, vos bénédictions, votre soutien perpétuel et votre amour ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Puisse-nous demeurer unis par la grâce de Dieu. Qu'ALLAH vous donne une santé de fer et une longue vie.

A MA BELLE FAMILLE plus particulièrement à ma belle-mère Mariama Daba Diamanka, ma belle-sœur Maty, mes beaux-frères : Jean Ibou et son épouse Fatou Ba , Alioune, Modou et son épouse Halimatou Sadiya DIAO et Sadibou.

A mes amies Fatima, Mame Sokhna, Rokhaya diop

A la team pediatric family(Dr ndeye Coumba Cissé,Maimouna Diallo,Penda Kane ,Dr Djiby Ndiaye, dr fatou niang)

A la real family mention spéciale avous

Je remercie

Tous mes professeurs et maitres de pédiatrie,

Mes camarades de promotion entrante pédiatrie 2018

Tous les médecins et le personnel du pavillon O

Tous mes collègues DES et internes en pédiatrie

Toute l'équipe médicale et paramédicale du centre hospitalier national d'enfants
Albert Royer et tous les autres services de pédiatrie de Dakar

REMERCIEMENTS

A tous les enseignants et enseignantes de mon parcours scolaire et universitaire : je vous dois tout. Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiante. Trouvez dans ce travail, chers Maîtres, chères Maitresses le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

A notre maître et directeur de mémoire Professeur Amadou Lamine FALL

C'est avec beaucoup de fierté que nous avons travaillé sous votre direction. Toujours disponible, aimable et chaleureux, ces qualités vous ont valu l'admiration, l'estime et le respect de tous les étudiants.

Votre passion pour la Pédiatrie, votre humilité, votre rigueur scientifique, votre perfectionnisme et votre disponibilité sont reconnus de tous.

Permettez-nous cher Maître de vous exprimer notre profonde admiration et notre sincère reconnaissance.

A nos maîtres et juges

***A NOTRE MAITRE ET JUGE, LE PRESIDENT DU JURY : PROFESSEUR
OUSMANE NDIAYE***

Veillez recevoir l'hommage de notre profond respect et nos remerciements les plus vifs pour le très grand honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury de mémoire. Nous avons admiré vos qualités humaines, votre esprit de rigueur, l'étendue de votre savoir, vos talents pédagogiques et vos grandes capacités professionnelles. Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de notre très grand respect et notre profonde gratitude.

***A NOTRE MAITRE ET JUGE DE MEMOIRE : PROFESSEUR
NDEYE RAMATOULAYE DIAGNE GUEYE***

Nous apprécions infiniment l'honneur que vous nous faites de vous intéresser à notre travail et d'accepter de le juger. L'étendue de votre savoir et votre rigueur scientifique suscitent en nous une grande admiration. Nous espérons être digne de votre confiance et de mériter l'honneur de compter parmi vos élèves. Veuillez trouver à travers ce travail l'expression de notre profonde gratitude et de notre haute estime

A NOTRE MAITRE ET JUGE : PROFESSEUR IDRISSE DEMBA BA

Nous apprécions infiniment l'honneur que vous nous faites de vous intéresser à notre travail et d'accepter de le juger. Vos compétences professionnelles, votre dévouement au travail et votre rigueur scientifique suscitent notre admiration. Puisse ce travail témoigner de notre profonde estime et de notre grand respect

LISTE DES ABREVIATIONS

ASAT : Aspartate aminotransférases

ALAT : Alanine aminotransférases

BAAR : Bacille Acido-alcool-résistant

BCG : Bacille de Calmette-Guérin

CRP : C réactive Protéine

ECG : Electrocardiogramme

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNT : Programme Nationale de lutte contre la Tuberculose

SAU : Service d'Accueil des Urgences

USAD : Unité de Soins Ambulatoires de la Drépanocytose

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des patients porteurs de péricardite tuberculeuse selon le sexe.....	11
Figure 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge	12
Figure 3 : Répartition des patients selon leur origine géographique	13
Figure 4 : Répartition des patients présentant une notion de contagé tuberculeux	14
Figure 5 : Répartition des patients selon l'abondance de l'épanchement.....	18

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Corrélacion sexe âge.....	26
Tableau 2 : Répartition des patients selon le mode d'admission.....	28
Tableau 3: Répartition des patients présentant des antécédents	29
Tableau 4 : Répartition des patients selon leurs signes fonctionnels.....	30
Tableau 5 : Répartitions des patients selon leurs signes physiques	31
Tableau 6 : Bilan tuberculeux	17
Tableau 7 : Répartition des patients selon le traitement	35
Tableau 8 : Répartition des patients selon les complications.....	35

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	2
PATIENTS ET MÉTHODES	5
I. Cadre et période d'étude	6
I.1. Cadre d'étude.....	6
Moyens humains	8
II. PATIENTS ET METHODES	8
II.1. Type et période d'étude	8
II.2. Population d'étude.....	8
II.2.1. Critères d'inclusion	8
II.2.2. Critères de non inclusion.....	8
III. COLLECTE DES DONNEES.....	9
IV. Analyse et saisie des données	10
IV.1 Variables qualitatives.....	10
IV.2 Variables quantitatives.....	10
V. RÉSULTATS	10
V.1. Aspects épidémiologiques.....	10
V.1.1. La prévalence	10
V.1.2. Répartition des patients selon le sexe	11
V.1.3. Répartition des patients selon l'âge	11
V.1.4. Corrélation sexe/ âge.....	12
V.1.5. Répartition des patients selon l'origine géographique.....	13
V.1.6. Mode d'admission.....	13
Aspects cliniques.....	14

V.2.1. les antécédents.....	14
V.2.2. Signes fonctionnels	15
V.2.3. Signes généraux	15
V.2.4. Signes physiques	15
V.3. Données paracliniques.....	16
V.3.1 Biologie	16
V.3.2 Radiologie	18
V.3.3. Echographie cardiaque trans thoracique	18
V.3.4. Anatomopathologie.....	19
V.4. Données thérapeutiques.....	19
V.5. Données évolutives	20
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	21
VI.1. Données épidémiologiques.....	21
VI.3. Données paracliniques	23
VI.3.1. Biologie.....	23
VI.3.2. Bilan tuberculeux.....	24
VI.3.3. Biochimie.....	24
VI.3.4. Anatomopathologie	24
VI.3.2. Radiologie.....	25
VI.4. Données thérapeutiques	26
VI.5. Données évolutives	27
CONCLUSION	29
RECOMMANDATIONS.....	32
Références bibliographiques	34

INTRODUCTION

INTRODUCTION

A l'échelle mondiale, la tuberculose pose un problème majeur de sante publique, elle demeure actuellement l'une des maladies infectieuses les plus répandues [1]. On estime que le tiers de la population mondiale est infecté par le bacille tuberculeux et que trois millions de décès sont imputables a cette maladie chaque année. En 2015, l'OMS estimait à 10,4 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose dans le monde dont 1 million (10 %) chez les enfants, et la majorité des cas survient dans les pays en développement [1]. Les mauvaises conditions de vie, les insuffisances dans l'organisation de la lutte antituberculeuse et l'avènement de la pandémie du VIH/sida expliquent en grande partie cette situation [2]. La tuberculose des séreuses se définit comme une inflammation des séreuses (péritoine, plèvre, péricarde, méninges) due au bacille de Koch .

La péricardite est une inflammation spécifique des deux feuillets du péricarde, associée ou non à un épanchement péricardique [3]. Les épanchements péricardiques, d'origine essentiellement virale dans les régions industrialisées, sont le plus souvent tuberculeux dans les pays en voie de développement, avec une incidence croissante, parallèlement à celle de l'infection par le VIH [4].

Cette localisation représente 1 à 2 % des tuberculoses [5].

La péricardite tuberculeuse représente un 10^e de tous les patients hospitalisés pour une insuffisance cardiaque en Afrique [6].

Le diagnostic de certitude microbiologique de l'origine tuberculeuse est rarement obtenu ou alors de manière tardive. Le diagnostic de péricardite tuberculeuse est certain si l'on isole le bacille de Koch dans le liquide péricardique ou la biopsie péricardique ; C'est dans ce contexte que les méthodes de diagnostic indirect ont été développées, soit sur des prélèvements sanguins, soit sur le liquide péricardique [3].

Dans la plupart des cas, l'évolution est simple et régressive avec un bon pronostic .

Néanmoins, nous pouvons être confrontés à des complications gravissimes telles que la tamponnade et la péricardite chronique constrictive qui conduit à l'adiastolie qui mettent en jeu le pronostic vital faisant d'elles des urgences diagnostiques et thérapeutiques.

Le traitement anti tuberculeux augmente considérablement la survie des patients et repose sur une association de quatre molécules : isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol pendant deux mois, relayés par une bithérapie par isoniazide et rifampicine pendant quatre mois supplémentaires [3, 7].

L'indication d'une corticothérapie orale reste discutée, son bénéfice en termes de réduction de la mortalité et de prévention de l'évolution vers la constriction étant incertain [8].

Bien que la péricardite tuberculeuse soit bien décrite et demeure un problème commun chez les adultes, très peu d'études sont notées chez les enfants [9, 10, 11].

Au Sénégal aucune étude portant sur la péricardite tuberculeuse chez l'enfant n'a été faite .C'est dans cette optique que nous avons élaboré ce travail qui a pour objectif principal d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de la péricardite tuberculeuse pédiatrique de 2012 à 2021 au service cardio-pédiatrique de l'hôpital d'enfants Albert Royer.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer le profil socio démographique des patients ;
- Etudier la prévalence de la péricardite tuberculeuse

- Etudier les manifestations cliniques et paracliniques ;
- Etudier les aspects thérapeutiques, évolutifs et pronostiques des péricardites tuberculeuses chez l'enfant.

PATIENTS ET METHODES

I. CADRE ET PÉRIODE D'ÉTUDE

I.1. Cadre d'étude

❖ Centre Hospitalier National d'enfants Albert Royer (CHNEAR)

➤ Historique

Le CHNEAR a été créé en 1981 sur des fonds canadiens avec l'initiative d'un pédiatre dont il porte le nom. Il a été mis en service en Février 1982.

➤ Organisation administrative

A l'instar des autres établissements publics de santé le CHNEAR a à sa tête un directeur nommé par décret. Il est chargé du management de la structure en s'appuyant sur différents services et organes dont certains sont créés selon les dispositions de la loi 98-08 précédemment mentionnée. Le directeur est assisté dans ses fonctions par une équipe constituée :

- Du chef de service des affaires administratives et financières.
- Du chef de service des ressources humaines.
- Service d'informations médicales
- Service sociale

➤ L'offre de soins au CHNEAR

Les services médicaux dotés d'une capacité de 170 lits répartis dans 5 pavillons ou services d'hospitalisation :

- Le pavillon K ou service de soins intensifs avec une capacité de 26 lits.
- Le pavillon N de néonatalogie avec une capacité de 21 lits qui reçoit les nourrissons de 0 à 2 mois.
- Le pavillon M avec une capacité de 33 lits.

- le service de cardiologie pédiatrique (pavillon O) qui fonctionne comme suit :
 - ❖ suivi ambulatoire des enfants porteurs de cardiopathies avec une consultation tous les mercredis.
 - ❖ explorations cardiaques avec l'échographie Doppler et l'ECG les mardis.
 - ❖ hospitalisation avec une capacité de 40 lits.

Ce service de cardiologie pédiatrique est en étroite collaboration avec le service de chirurgie et de cathétérisme cardiaque CUOMO de l'hôpital de Fann.

- Le service d'accueil des urgences (SAU) et de consultations externes : dermatologie, ophtalmologie, neuropédiatrie, dentaire .
- L'Unité de Soins Ambulatoire de la drépanocytose(USAD).
- Service de chirurgie pédiatrique.
- Le CHNEAR est doté de services d'aide au diagnostic suivants :
- Le service de laboratoire où sont effectuées des analyses hématologiques, biochimiques, et bactériologiques en l'occurrence le Gen Expert, l'IDRt, les crachats BAAR.
- Le service d'imagerie médicale où sont effectués des examens de radiologie et d'échographie.

Autres services :

- La pharmacie qui est lieu d'entrepôt et de distribution des médicaments et du matériel médical.
- Le service de maintenance.

Moyens humains

❖ Le personnel médical

Il est composé de professeurs, de maitres-assistants, de pédiatres, d'anesthésistes réanimateurs, de chirurgiens pédiatres, d'ophtalmologues, de dermatologues, neurologues, de chirurgiens-dentistes, de radiologues, de pharmaciens, d'internes, de DES.

❖ Le personnel paramédical et technique

Le personnel paramédical et technique est constitué par le major du service, d'assistants sociaux, d'infirmiers d'état, d'aides infirmiers, de techniciens de laboratoire, de bloc, et de maintenance, d'agents sanitaires et de secrétaires.

II. PATIENTS ET METHODES

II.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive. Elle s'est déroulée durant la période du 20 Décembre 2012 au 17 Mai 2021.

II.2. Population d'étude

II.2.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude, tous les patients porteurs d'une péricardite tuberculeuse confirmée à la bactériologie(BAAR et/ou test Gen expert positif) ou à l'histologie (biopsie péricardique,) ou encore sur un faisceau d'arguments IDRt positive avec signes d'imprégnation tuberculeuse.et suivis dans le service durant la période de Décembre 2012 à Mai 2021.

II.2.2. Critères de non inclusion

Tous les patients suspects d'une péricardite tuberculeuse mais dont les dossiers sont inexploitable.

III. COLLECTE DES DONNEES

La collecte de données a été faite à l'aide d'une fiche d'enquête établie à cet effet et comportant les paramètres suivants :

- socio démographiques : âge, sexe, origine géographique, scolarisation
- antécédents : notion de contage tuberculeux, cicatrice de BCG, pathologie pulmonaire, notion d'une chirurgie cardiaque, antécédent d'un drainage chirurgical d'un épanchement péricardique
- Terrain : drépanocytose, VIH, malnutrition, diabète, cardiopathie, asthme
- Données cliniques : motifs de consultation, signes généraux, signes physiques, pathologies associées (pleurésie, ascite, adénopathie, hépatomégalie, splénomégalie)
- Bilan biologique: numération formule sanguine, CRP, Vitesse de sédimentation érythrocytaire
- Bilan biochimique avec dosage de la créatininémie, de l'azotémie, transaminases
- Une sérologique VIH
- Un bilan tuberculeux avec une Intra Dermo Réaction à la tuberculine, la recherche de BAAR dans les crachats, le liquide de ponction péricardique et pleural, GEN EXPERT sur liquide de ponction péricardique
- Un bilan anatomo-pathologique : biopsie péricardique
- Bilan radiologique avec radiographie du thorax

- Electrocardiogramme
- Echographie cardiaque
- Données thérapeutiques et évolutives

IV. ANALYSE ET SAISIE DES DONNÉES

Les données ont été saisies avec le logiciel Excel2013 et l'analyse a été réalisée avec le logiciel SPSS (Statistical Package of Social Science) version 23.

La description est faite par le biais des paramètres de position, de dispersion et des illustrations sous forme de tableaux et graphiques appropriés selon le type de variable.

IV.1 Variables qualitatives

Les fréquences absolues et relatives ont été présentées sur des tableaux de fréquences ou résumées sur des graphiques adaptés.

IV.2 Variables quantitatives

Les variables quantitatives ont été résumées suivant la moyenne avec son écart type, mais également de la médiane et des extrêmes.

V. RÉSULTATS

V.1. Aspects épidémiologiques

V.1.1. La prévalence

Durant la période d'étude, 7902 enfants ont été hospitalisés dans le CHNEAR au pavillon O, parmi eux 1191 étaient hospitalisés pour une pathologie cardiovasculaire ce qui représente une prévalence hospitalière de 15.07% des cardiopathies. Nous avons colligés 8 cas de péricardites tuberculeuses sur les 7902 hospitalisés soit une prévalence hospitalière de 0,1% des péricardites en 9 ans.

V.1.2. Répartition des patients selon le sexe

Les patients atteints de péricardite tuberculeuse étaient en majorité de sexe masculin (n=5) soit un sex ratio de 1.67 (figure 1)

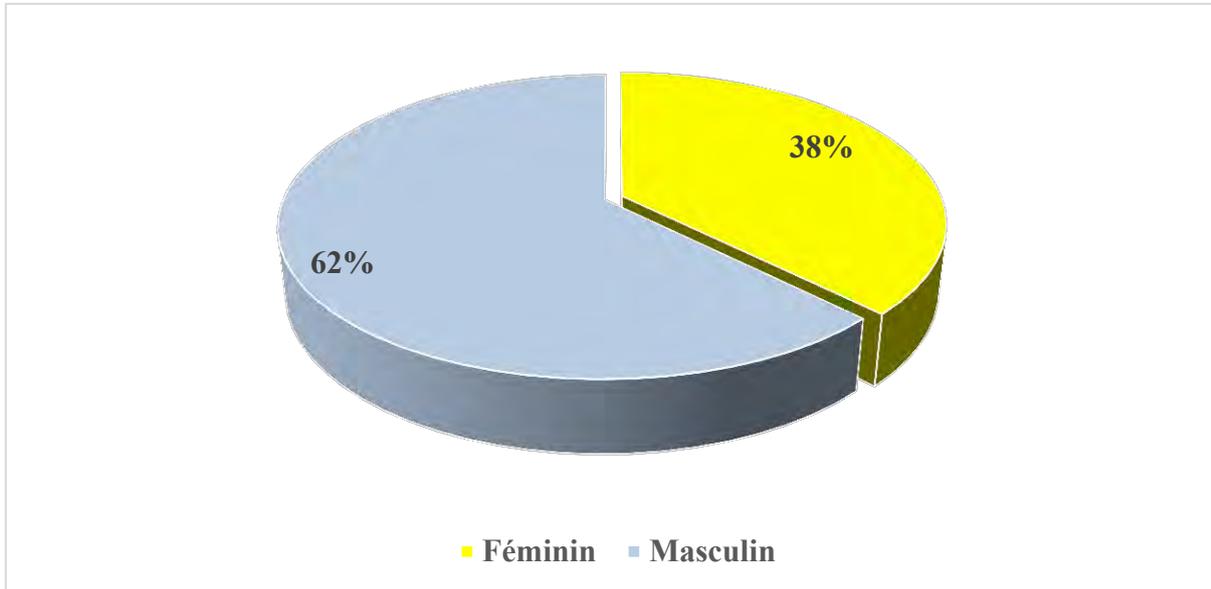


Figure 1: Répartition des patients porteurs de péricardite tuberculeuse selon le sexe

V.1.3. Répartition des patients selon l'âge

L'âge moyen des patients était de 9 ans avec des extrêmes de 2 et 15 ans, et un écart type de 4 ans.

L'âge médian était de 11 ans.

La tranche d'âge 11 ans à 15 ans a été la plus représentative (4 sur 8 patients) suivis de celle de 6 ans à 10 ans (Figure 2).

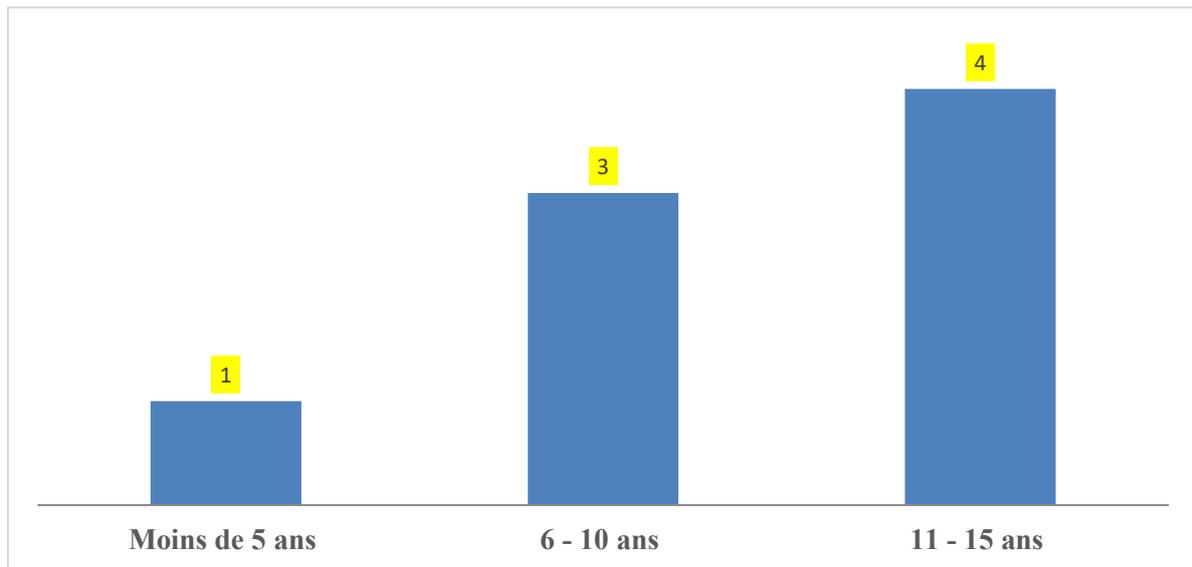


Figure 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

V.1.4. Corrélation sexe/ âge

Dans notre étude les 3 filles ont un âge compris entre 12 et 15 ans alors que les garçons ont un âge compris entre 2 et 12 ans (**TABLEAU 1**)

Tableau 1 : corrélation sexe âge

Sexe	Effectif	Âge moyen
Masculin	5	7,8
Féminin	3	13,3

V.1.5. Répartition des patients selon l'origine géographique

La majorité des patients (n=8) était originaire de la zone urbaine contre 3 en zone suburbaine (figure 3).

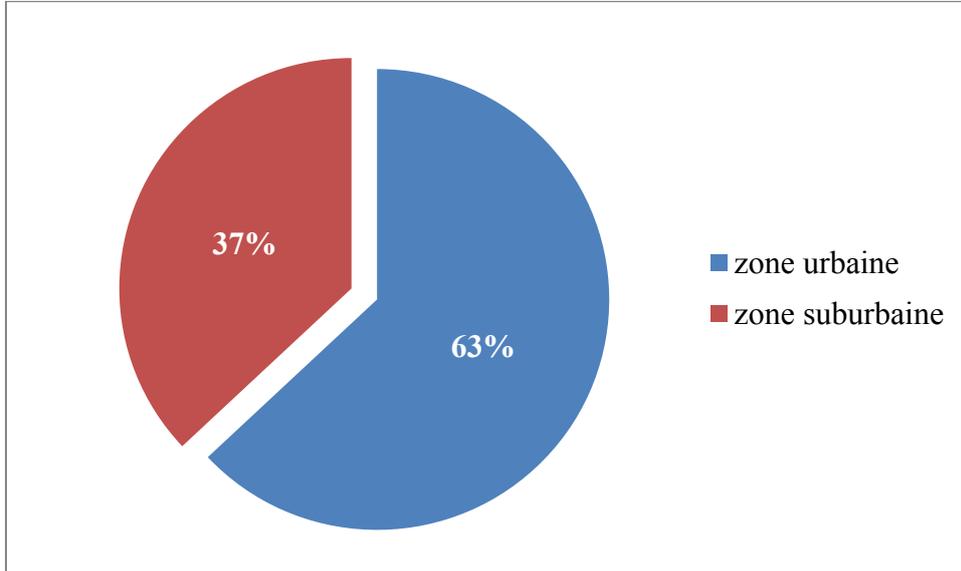


Figure 3 : Répartition des patients selon leur origine géographique

V.1.6. Mode d'admission

Parmi les 8 patients 6 avaient été référés par un pédiatre d'une autre structure. (tableau2).

Tableau 2 : Répartition des patients selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif
Consultation	2
Référence	6

Aspects cliniques

V.2.1. les antécédents

Deux patients ont présenté une notion de contagie tuberculeux (figure 4).

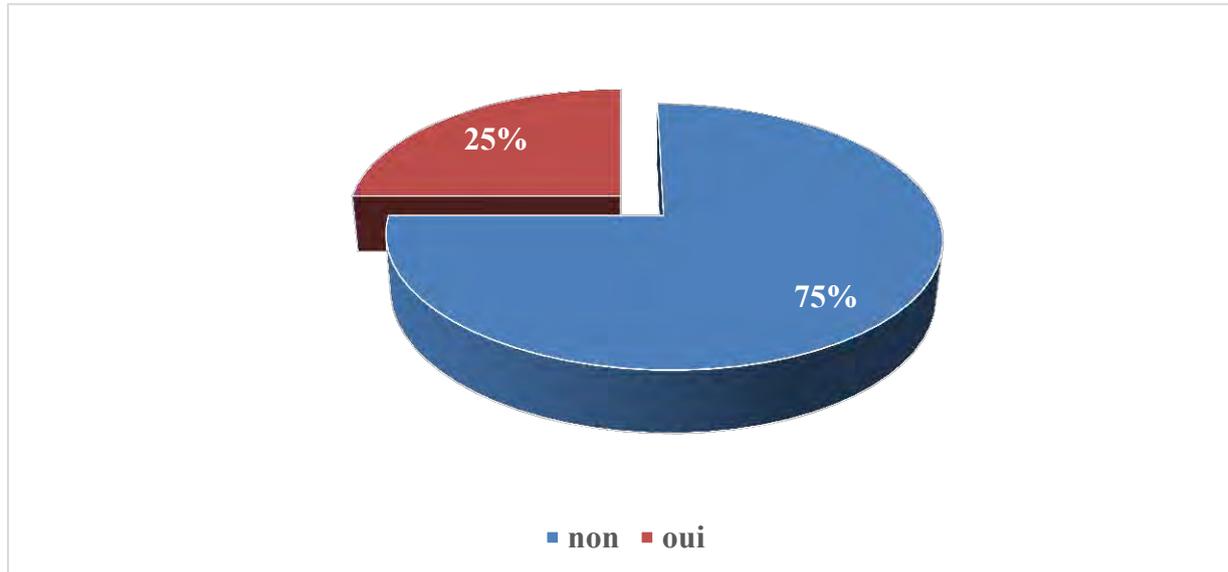


Figure 4 : Répartition des patients présentant une notion de contagie tuberculeux

Aucun cas de VIH n'a été observé chez nos patients .

- Parmi les 8 patients 3 portaient une cardiopathie à type d'insuffisance mitrale, et d'insuffisance aortique .
- Deux cas de malnutrition étaient notés.

Tableau :3 Répartition des patients présentant des antécédents

Antécédents	Effectif
VIH	0
Malnutrition	2
Cardiopathie	3

V.2.2. Signes fonctionnels

Six patients présentaient une dyspnée et était essentiellement à l'effort

La toux était retrouvée chez 5 patients.

Sur les 8 patients, un seul n'avait pas ressenti de douleur thoracique péricardique.

Tableau 4 : Répartition des patients selon leurs signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Effectif
Dyspnée	6
Toux	5
Douleur thoracique	7

V.2.3. Signes généraux

La fièvre était constante chez tous nos patients et était isolée sans frissons ni sueurs mais dans un contexte d'amaigrissement chez la plupart n=7 .

V.2.4. Signes physiques

V.2.4.1 signes cardio-vasculaires

Tous les patients ont présenté un assourdissement des bruits du cœur.

Le frottement péricardique était perçu chez 2 patients.

V.2.4.2 Signes pleuro-pulmonaires

Des signes cliniques d'épanchement pleural liquidien ont été retrouvé chez 3 patients.

V.2.4.3. Signes abdominaux

Une ascite est retrouvée chez 2 patients.

Un patient présentait une hépatomégalie avec reflux hépatojugulaire.

V.2.4.4 Autres signes

Trois patients dont 2 filles et 1 garçon présentaient des adénopathies à localisation inguinale, sous mandibulaire.

Tableau 5 : Répartitions des patients selon leurs signes physiques

Signes physiques	Effectif
Assourdissement bruit du cœur	8
Frottement péricardique	2
Pleurésie	3
Ascite	2
Hépatomégalie + reflux hépatojugulaire	1
Adénopathies	3

V.3. Données paracliniques

V.3.1 Biologie

Tous les patients ont bénéficié d'un hémogramme qui présentait une anémie avec un taux moyen d'hémoglobine de 8,7g/dl (extrême de 7,7 et 10,1).

Une hyperleucocytose est notée chez la moitié des patients n=4.

La protéine C réactive est élevée chez tous les 8 patients avec une moyenne de 105,5.

L'azotémie et la créatininémie étaient élevées chez 2 patients.

Le bilan hépatique avec (ASAT-ALAT) était normal chez les 8 patients.

Le bilan tuberculeux montre :

- IDRt positive dans 5 cas sur les 8
- La recherche de BAAR était revenue positive chez 3 patients dans les crachats et dans les liquides de ponction des séreuses

Le gen expert sur liquide péricardique était positif chez 2 patients sur les 8.

Tableau 6 : Bilan tuberculeux

Bilan tuberculeux	Effectif
IDRt	5
BAAR	3
Gen Expert sur liquide péricardique	2
test de Rivalta positif	8

L'étude du liquide de ponction péricardique montre un aspect séro-hématique dans 63% et citrin dans 37%. Le test de Rivalta était positif chez tous les patients.

V.3.2 Radiologie

V.3.2.1 Radiographie du thorax

Tous les 8 patients ont bénéficié d'une radiographie du thorax. L'index cardiothoracique moyen était de 0,75 avec des extrêmes 0,67 et 0,86. La cardiomégalie était constante.

V.3.2.2. Electrocardiogramme

Il a été réalisé que chez 2 patients.

La fréquence cardiaque moyenne était de 131 battements en moyenne.

La tachycardie sinusale était également retrouvée chez nos 2 patients.

Des troubles de la conduction à type de bloc de branche droit 1 degré a été retrouvé chez un des patients.

V.3.3. Echographie cardiaque trans thoracique

Réalisée chez tous les patients, elle a permis de retrouver :

- 6 épanchements de grande abondance
- 2 épanchements de moyenne abondance

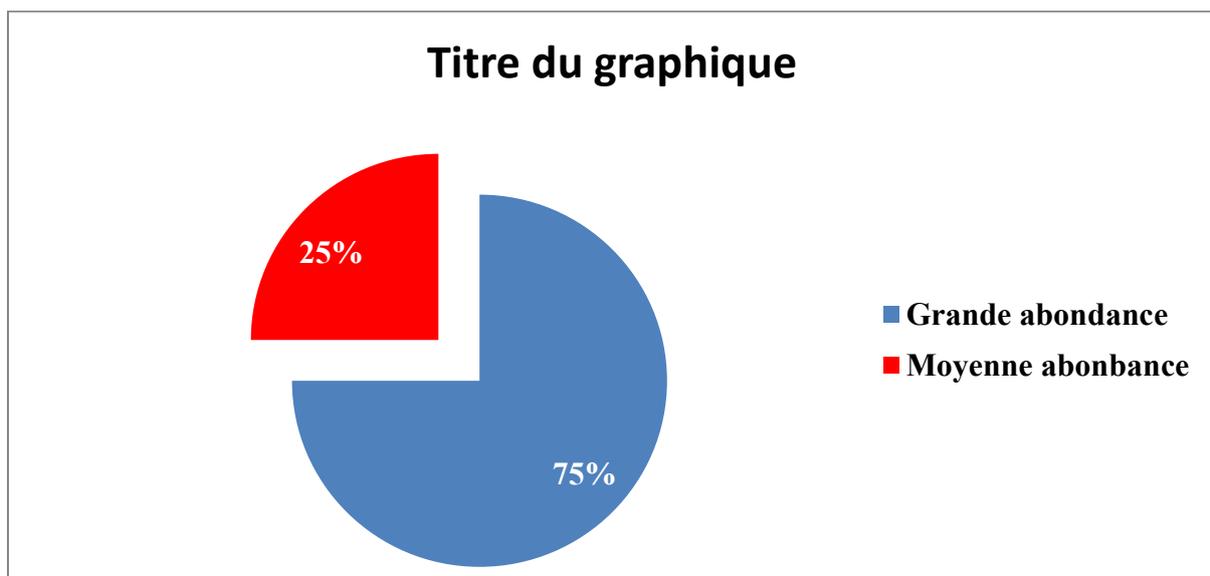


Figure 5 : Répartition des patients selon l'abondance de l'épanchement

La compression des cavités cardiaques est retrouvée dans 5 patients et concernait l'oreillette droite dans 3 cas et le ventricule droit dans 2 cas.

Le péricarde est épaissi chez tous les patients.

Un seul patient ne présentait pas de fibrine dans le sac péricardique.

V.3.4. Anatomo-pathologie

La biopsie péricardique a été réalisée chez 1 patient qui a objectivé un infiltrat inflammatoire d'origine tuberculeuse probable.

Une cyto-ponction ganglionnaire réalisée chez un des patients présentant des adénopathies inguinales avait objectivé une tuberculose caséo-folliculaire.

V.4. Données thérapeutiques

Le drainage péricardique a été effectué chez 6 patients.

Une quadrithérapie antituberculeuse a été instituée chez tous les patients. Elle était basée sur les recommandations de l'OMS ; les médicaments utilisés étaient la streptomycine 15mg/kg/jr, la rifampicine 10mg/kg/jr, l'isoniazide 5mg/kg/jr et la streptomycine 35mg/kg/jr.

Le traitement était administré selon le protocole suivant :

- Streptomycine, rifampicine, isoniazide et streptomycine pendant 2 mois
- Rifampicine et isoniazide pendant 4 mois

La corticothérapie était systématique chez tous les patients d'une durée de 2 mois à base de prednisolone à raison de 2mg/kg/jr. Elle associait un traitement adjuvant avec déparasitage, pansement gastrique.

La supplémentation en calcium et la vitaminothérapie B étaient instaurées chez tous les patients.

Tableau 7 : Répartition des patients selon le traitement

Drainage péricardique	6
Quadrithérapie antituberculeuse	8
Corticothérapie	8
Traitement adjuvant	8

V.5. Données évolutives

La durée moyenne d'hospitalisation est de 22 jours avec un écart type de 14 jours.

Trois patients présentaient des complications : l'un s'est compliqué de tamponnade et a bénéficié d'un drainage en urgence et les deux ont fait une décompensation en insuffisance cardiaque globale.

Parmi les 2 qui ont présenté une décompensation en insuffisance cardiaque globale, l'un a fait une récurrence 1 mois après.

Tableau 8 : Répartition des patients selon les complications

Complications	Effectif
Tamponnade	1
insuffisance cardiaque globale	2
Récurrence	1

La constriction n'était pas retrouvée chez nos patients.

Aucun décès n'a été enregistré durant le suivi.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI.1. Données épidémiologiques

Dans notre étude, la prévalence hospitalière de la péricardite tuberculeuse était de 0,1% avec une prévalence sur l'ensemble des pathologies cardiovasculaire de 0,6 %.

Des études réalisées au Sénégal par Fall et al [12] ont montré une prévalence hospitalière de 0,19% semblable à nos chiffres.

Selon la littérature, leur fréquence varie entre 4 et 15 % des pathologies cardio-vasculaires [13].

❖ Répartition selon l'âge

L'âge moyen de notre population était de 9 ans avec un écart type de 4 ans. L'âge médian était de 11 ans. La tranche d'âge 11 ans à 15 ans était la plus représentative. Ils étaient similaires aux études qui ont été faites au Sénégal [12] avec un âge moyen de 10,8 ans, aux USA [14] où l'âge moyen était de 8,6ans.

Cette atteinte plus élevée chez les grands enfants pourrait être en corrélation avec un taux plus élevé de tuberculose dans l'entourage familial, la promiscuité et la durée du contact avec des adultes malades.

❖ Répartition selon le sexe

Notre étude a montré une prédominance masculine avec un sex ratio de 1,67 similaire à l'étude de Fall [12] avec un sex-ratio de 1.63. Cette prédominance masculine a été soulignée dans d'autres travaux sur la tuberculose notamment au Sénégal [15,16].

❖ Répartition selon l'origine géographique

La plupart de nos patients (n=5) provenaient de la zone urbaine sans doute du fait de la proximité du service de cardiologie pédiatrique situé à Dakar et au

fait d'une concentration humaine assez importante dans la capitale Sénégalaise. Certains patients donnaient l'adresse d'un tiers vivant à Dakar.

VI.2 Données cliniques

❖ Antécédents

Dans notre étude 2 patients ont présenté une notion de contagage tuberculeux. Ce qui rejoint la description retrouvée dans l'étude de Fall.A.L [12] avec 26% de notion de contagage tuberculeux retrouvé. Ce contagage tuberculeux a été reporté en Afrique du Sud également avec un pourcentage de 40% [9].

Ces chiffres demeurent assez faible compte tenu de l'hyperendémicité de la maladie tuberculeuse en Afrique.

La malnutrition était retrouvait chez 2 patients sur les 8 patients. La question reste à savoir si la tuberculose était survenue sur un terrain de malnutrition ou s'était compliquée d'une malnutrition. Ces proportions étaient également retrouvées dans d'autres études faites au Sénégal avec des taux respectifs de 4% et 10,5% [15, 16].

Aucun patient n'a été diagnostiqué VIH+. Ceci pourrait s'expliquer par le taux de séroprévalence très faible au Sénégal mais également de la dynamique du programme national de lutte contre la transmission mère enfant du VIH (PTME).

❖ Signes fonctionnels

La dyspnée était retrouvée dans (75%) des cas dans notre étude et était essentiellement à l'effort. Bentamak [17] et Boubker [18] l'avaient retrouvé respectivement dans 75% et 55% des cas.

La dyspnée est un signe fréquemment retrouvé comme l'en attestent ces chiffres. La différence réside sur l'importance et la tolérance de l'épanchement péricardique qui varie d'un patient à un autre.

Sur les 8 patients de cette étude, les 6 présentaient une toux, la fièvre était constante. Dans la littérature, d'autres études faites à Dakar et en Afrique du Sud montraient que la toux et la fièvre constituaient les principaux symptômes [19, 20].

La douleur thoracique était retrouvée dans 87,5% des cas, comparable aux études de Boubker [18] dans son étude qui avait 61%, et 50% au Maroc [21].

Le frottement péricardique était perçu dans 25% des cas dans notre étude ; comparable à celui de Tombetti [22] et de la série faite en Tunisie [23] qui l'avait retrouvé 46% des cas

Le frottement péricardique est un signe capricieux par excellence, sa seule présence signe l'inflammation du péricarde mais son absence ne l'exclut pas.

Ces différences semblent être surtout dues aux caractères variables et fugaces de la péricardite ainsi que la durée d'évolution.

L'assourdissement des bruits du cœur était constant chez nos patients supérieurs aux données de Maiga [24] avec 84,2%.

La polysérite était présente chez 5 patients 60% présentait une pleurésie alors que les 2 autres portaient une ascite. Par ailleurs des adénopathies étaient objectivées chez 37,5% et avaient fait l'objet de cytoponction.

VI.3. Données paracliniques

VI.3.1. Biologie

Un syndrome inflammatoire était quasi constant avec une hyperleucocytose qui était notée chez la moitié des patients n=4 de même que dans toutes les autres études [21].

La protéine C réactive est élevée chez tous les 8 patients avec une moyenne de 105,5 mg/dl. Ces données sont également retrouvées dans l'étude d'Imazio [25] avec une moyenne de 35,2mg/dl.

VI.3.2. Bilan tuberculeux

IDRt positive dans 62,5% dans notre étude qui était le cas également dans l'étude faite en Afrique du sud avec 65% [3] et 26,66 dans l'étude de Boubker [18].

Il faudrait signaler que l'IDRt est une donnée importante dans le diagnostic de la péricardite tuberculeuse mais que son interprétation est très ardue du fait des erreurs par excès ou par défaut.

La recherche de BAAR était revenue positive chez 3 patients dans les crachats et dans les liquides de ponction des séreuses. Ce caractère paucibacillaire de la tuberculose de l'enfant a été confirmé dans d'autres travaux avec 21,2% dans la série de Thiandoum et 41% des cas dans l'étude de Ba I [15, 16].

Le Gen Expert sur liquide péricardique était positif chez 2 patients soit 25% également retrouvé par Christopher [3] avec 8%.

VI.3.3. Biochimie

L'étude du liquide de ponction péricardique montrait un aspect séro-hématique dans 63% et citrin dans 37%. Lesbordes avait retrouvé ces mêmes résultats [26]. Le test de Rivalta était positif chez tous les patients. Le liquide de ponction péricardique était exudatif chez tous nos patients et également retrouvée dans l'étude faite au Sénégal [12].

VI.3.4. Anatomopathologie

La biopsie péricardique a été réalisée chez 1 patient sur les 8 patients qui a objectivé un infiltrat inflammatoire d'origine tuberculeuse probable. Ce même résultat a été retrouvé dans l'étude faite en Afrique du Sud [3].

Cette faible proportion s'explique par le coût de la procédure , le manque de personnel spécialisé(anatomo-pathologiste) et aussi le déficit d'équipement des laboratoires.

En effet une étude prospective comparative de culture de liquide péricardique et histologie avec la biopsie péricardique dans un secteur endémique de tuberculose a démontré, cependant, que la culture du liquide a confirmé la tuberculose plus souvent que l'histologie du péricarde [8].

Ainsi, la sensibilité diagnostique de la tuberculose par la biopsie péricardique varie de 10% à 64% [3]. Par conséquent, un échantillon normal de biopsie péricardique n'exclut pas une péricardite tuberculeuse.

Une cyto-ponction ganglionnaire réalisée chez un des patients présentant des adénopathies inguinales avait objectivé une tuberculose caséo-folliculaire.

VI.3.2. Radiologie

❖ Radiographie thoracique

La cardiomégalie était constante dans notre étude 100% contre 91% retrouvée en Afrique du Sud [9].

❖ Electrocardiogramme

L'électrocardiogramme (ECG) n'avait été fait que chez 2 malades qui retrouvaient la tachycardie sinusale soit 25% différent des chiffres retrouvés par Maiga [24].avec 92,1%.

Un bloc de branche droit a été retrouvé dans 12,5% alors que ni le microvoltage, ni l'alternance électrique n'ont été retrouvés dans notre étude.

❖ Échographie cardiaque trans-thoracique

L'épanchement de grande abondance constituait 80% des épanchements de notre étude largement supérieur aux chiffres de Maiga 46,1% [24].

La compression des cavités cardiaques est retrouvée chez 5 patients soit 63% contre 20% chez Bouakez [23].

L'abondance de l'épanchement et les signes de compression sont en rapport avec un diagnostic tardif lié à un retard de consultation sachant que 75% de nos patients étaient admis par référence d'autres structures.

Le péricarde est épaissi chez tous les 8 patients et présentait des dépôts de fibrine dans le sac péricardique chez 6 patients alors qu'il est observé dans 54% dans l'étude faite en Afrique du Sud [9].

VI.4. Données thérapeutiques

Le drainage péricardique a été effectué chez 6 patients (75%) contre 50% en Afrique du Sud [9].

Ceci s'explique par la grande abondance des épanchements péricardiques retrouvés chez la majorité des patients (n=6) dans notre série.

Le protocole thérapeutique le plus utilisé était celui de 6 mois conformément aux recommandations du PNT (Programme National de lutte contre la Tuberculose) du Sénégal.

Le bilan pré thérapeutique constitué d'hémogramme, de la fonction rénale (urée, créatininémie), fonction hépatique (ASAT-ALAT) était systématique.

L'examen des couleurs et du champ visuel n'avaient pas été réalisés.

Une quadrithérapie antituberculeuse a été instituée chez tous les patients également retrouvée dans toutes les études, mais l'efficacité pour prévenir la constriction reste controversée [9]. Elle était basée sur les recommandations de l'OMS ; les médicaments utilisés étaient la streptomycine 15mg/kg/jr, la rifampicine 10mg/kg/jr, l'isoniazide 5mg/kg/jr et la streptomycine 35mg/kg/jr.

Le schéma utilisé était de 2 mois de RHZE/4 mois de RH qui était le cas également dans la série d'Ould S Mahmoud [27].

La corticothérapie était systématique chez tous nos patients alors qu'elle ne l'a été que de 50% en Afrique du sud avec une constriction observée chez la moitié qui n'avait pas pris de corticoïdes [9].

L'association des corticoïdes au traitement antituberculeux diminue l'évolution vers la constriction [28] ; en effet ceci est observé dans notre étude ou aucun cas de constriction n'était noté.

VI.5. Données évolutives

Un seul cas de tamponnade était répertorié lors de notre étude soit 12,5% contre 17% retrouvé dans la série de Ka [28].

Par ailleurs aucun cas de décès n'était observé dans notre étude de même qu'en Afrique du Sud [9] qui pourrait s'expliquer par le traitement antituberculeux couplé à la corticothérapie qui était systématique et du suivi régulier.

Le traitement antituberculeux augmente considérablement la survie dans la péricardite tuberculeuse. À l'ère pré antibiotique, la mortalité était de 80 % à 90 %[3] ; il varie actuellement de 8 % à 17 % chez les patients séronégatifs [29, 30] ce qui pourrait s'expliquer par l'amélioration de la prise en charge des enfants porteurs de péricardite tuberculeuse. Cette amélioration spectaculaire a été attribuée à la systématisation de la chimiothérapie anti tuberculeuse associée à la corticothérapie.

La récurrence n'était notée que chez un malade soit 12,5% alors qu'elle est estimée à 15 voir 30 % [18].

CONCLUSION

CONCLUSION

De cette étude rétrospective portant sur 8 patients âgés de 2 ans à 15 ans présentant une péricardite tuberculeuse suivis au service cardiopédiatrique (pavillon O) du Centre Hospitalier National d'enfants Albert Royer du 20 décembre 2012 au 14 mai 2021, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Sur le plan épidémiologique

La prévalence hospitalière de la péricardite tuberculeuse était de 0,1% avec une prévalence sur l'ensemble des pathologies cardiovasculaire de 0,6 %. Le sex ratio est de 1,67. L'âge moyen était de 9 ans avec un écart type de 4 ans. L'âge médian était de 11 ans. La tranche d'âge 11 ans à 15 ans était la plus représentative (50%) des cas. La plupart des patients (63%) provenaient de la zone urbaine.

Sur le plan clinique

La notion de contagage tuberculeux était retrouvée dans 25%. Aucun patient n'avait été diagnostiqué VIH+. Les motifs d'admissions les plus fréquents étaient dominés par la fièvre (100%) suivie de la dyspnée (75%), de la toux (62,5%) et la douleur thoracique (87,5%) étaient les signes fonctionnels les plus fréquents. Il s'y associait fréquemment un contexte d'altération de l'état général (87,5%). Le frottement péricardique et l'assourdissement des bruits du cœur représentaient respectivement (25%) et (100%) des cas.

La polysérite (60%) était constituée de pleurésie (33%) et d'ascite (67%). Par ailleurs des adénopathies étaient objectivées chez 37,5% des cas et avaient fait l'objet de cytoponction.

Sur le plan paraclinique

Le bilan inflammatoire réalisé systématiquement révélait une hyperleucocytose (50%) et une protéine C réactive élevée (100%).

Le bilan tuberculeux fait retrouvé : IDRt positive (62,5%), la recherche de BAAR était positive (37,5%) et le Gen Expert sur liquide péricardique était positif (25%).

Le test de Rivalta était positif chez tous les 8 patients. Le liquide de ponction péricardique était exudatif (100%) avec un aspect séro-hématique dans 63% et citrin dans 37%. La biopsie péricardique a été réalisée chez 1 patient qui a objectivé un infiltrat inflammatoire d'origine tuberculeuse probable.

Une cyto-ponction ganglionnaire réalisée chez un patient présentant des adénopathies inguinales avait objectivé une tuberculose caséo-folliculaire.

La cardiomégalie était constante avec index cardio-thoracique moyen de 0,75cm.

L'électrocardiogramme réalisé chez 2 patients retrouvait la tachycardie sinusale (25%) et un bloc de branche droit (12,5%).

L'échographie trans-thoracique objectivait un épanchement de grande abondance (80%), une compression des cavités cardiaques (63%), un dépôt de fibrine dans le sac péricardique (87,5%).

Sur le plan thérapeutique

Le drainage péricardique a été effectué (75%) Le traitement anti tuberculeux d'une durée de 6 mois couplée à la corticothérapie pour 8 semaines était systématique.

Sur le plan évolutif

Les principales complications étaient la tamponnade (12,5%), et la récurrence (12,5%). Aucun cas de constriction ni de décès n'a été déploré.

RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

❖ Aux autorités administratives

Renforcer la formation des médecins spécialistes.

Relever le plateau technique des structures sanitaires.

Sensibiliser les populations.

❖ Aux niveaux des services

Une prise en charge adéquate et précoce des péricardites pour éviter l'évolution vers des complications en particulier la tamponnade et la péricardite constrictive.

Informers les malades sur l'importance d'un suivi correct du traitement afin d'éviter les complications et les récives.

Plus de rigueur scientifique dans la rédaction, la mise à jour et la tenue des dossiers d'observation afin de pallier aux insuffisances d'informations.

Mettre en place dans les hôpitaux un système informatisé afin de mieux préserver les données.

❖ A la population générale

Consulter immédiatement devant la constatation de douleur thoracique, de palpitations et de notion de contag tuberculeux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 OMS Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2016. http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/
2. Pefura Yone E W, Evouna Mbarga A, Kuaban C. « Impact de l'infection à VIH sur la tuberculose de l'enfant à Yaoundé, Cameroun ». *Rev Mal Resp* 2012 ; 29(9) : 1095–1103.
3. Mayosi, Bongani M., Lesley J. Burgess, et Anton F. Doubell. « Tuberculous Pericarditis ». *Circulation* 112, n° 23 (6 décembre 2005): 3608-16. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.543066>.
4. Longo-Mbenza, B., K. Tonduang, K. V. Seghers, et D. Mubagwa. « [HIV infection and pericardial disease invasion in Africa] ». *Archives Des Maladies Du Coeur Et Des Vaisseaux* 90, n° 10 (octobre 1997): 1377-84.
5. Brondex, A., C. Vanoye, J.-L. Gripari, et F. Arlès. « La péricardite tuberculeuse : un diagnostic qui reste d'actualité ». *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 59, n° 4 (août 2010): 234-37. <https://doi.org/10.1016/j.ancard.2010.04.002>.
6. Breminand. Maharaj. « causes of congestive heart failure in black patients at kind Edward VIII Hospital, Durban ». *journal of South Africa* 2, n° 1 (février 1991.): 31-32.
7. Tattevin, P., J.-M. Chaplain, P. Lesprit, C. Billy, F. Roblot, S. Alfandari, L. Bernard, E. Rouveix, et E. Bouvet. « Tuberculosis Treatment Duration in France: From Guidelines to Daily Practice ». *European Journal of Internal Medicine* 17, n° 6 (octobre 2006): 427-29. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2006.02.021>.
8. Strang, J.I.G., A.J. Nunn, D.A. Johnson, A. Casbard, D.G. Gibson, et D.J. Girling. « Management of Tuberculous Constrictive Pericarditis and

Tuberculous Pericardial Effusion in Transkei: Results at 10 Years Follow-Up ». *QJM* 97, n° 8 (1 août 2004): 525-35. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hch086>.

9. Hugo-Hamman, C. T., H. Scher, et M. M. De Moor. « Tuberculous Pericarditis in Children: A Review of 44 Cases ». *The Pediatric Infectious Disease Journal* 13, n° 1 (janvier 1994): 13-18. <https://doi.org/10.1097/00006454-199401000-00004>.

10. Boyd, G. L. « Tuberculous Pericarditis in Children ». *A.M.A. American Journal of Diseases of Children* 86, n° 3 (septembre 1953): 293-300. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1953.02050080303005>.

11. Coulter, J.B.S., K. Walsh, S.J. King, et P. Shears. « Tuberculous Pericarditis in a Child ». *Journal of Infection* 32, n° 2 (mars 1996): 157-60. [https://doi.org/10.1016/S0163-4453\(96\)91560-1](https://doi.org/10.1016/S0163-4453(96)91560-1).

12. FALL A L , BASSE I , SECK N , FAYE P M , , ABDALLAHI M O , et, THIONGANE A. « Tuberculose des séreuses chez l'enfant au Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer de Dakar : à propos de 50 cas ». *J Afr Pediatr Genet Med*, n° 6 (2018): 61-66.

13. Sidiki. Ma. « Péricardites : prise en charge et pronostic au service de chirurgie thoracique de l'hôpital national Donka. Etude de 19 cas » Thèse de médecine n°40(2012)

14. Kuhn.B, Peters. J, Marx.GR, Breitbar.Re. « Etiology, management, and outcome of pediatric pericardial effusions. » *Pediatr Cardiol* 29, n° 1 (janvier 2008) :90-4

15. Thiandoum Gueye N F. « Tuberculose de l'enfant : à propos de 425 cas colligés au Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer de Dakar et le

rôle du GeneXpert dans le diagnostic. » [Thèse Med N°246]. Dakar: université Cheikh Anta Diop; 2015

16. Ba. I.D, Ba A, Faye PM, Thiongane, Dème I, Ba M et al. « Tuberculose de l'enfant au Sénégal, aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs ». *Méd Afr Noire* 2015 ; 62 (4) : 200-206

17. Bentama K. « Les épanchements péricardiques chez l'enfant à Fès » Université de Fès, 2008.

18. Boubker.H. « Les péricardites chez l'enfant à propos de 105 cas ». Thèse médecine n°76.Rabat, (2014).

19. Ould Chavey S. « Pleurésies séro-fibrineuses en médecine interne : étude rétrospective à propos de 106 cas ». [Thèse Med N°1]. Dakar: université Cheikh Anta Diop; 2008.

20. Ouattara K., Soumaré D.N., Morbab A., et al. « Profil de la tuberculose chez l'enfant en milieu hospitalier ». *Rev Mal Resp* 2012; 29(1): 122.

21. Benchekroun.T.S., Jorio-Benkhraba.M. « Les péricardites aiguës et subaiguës chez l'enfant : 10 ans d'expérience. » *Rev Magh Pediatr* 8, n° 4 (1998): 185-92.

22. Tombetti, Enrico, Teresa Giani, Antonio Brucato, et Rolando Cimaz. « Recurrent Pericarditis in Children and Adolescents ». *Frontiers in Pediatrics* 7 (18 octobre 2019): 419. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00419>.

23. Bouakez-Ajabi A, Bouakez H,Zaouali R.M. « Les péricardites :Aspects cliniques et étiologiques ». *medecine du Maghreb* 78 (1999): 29-31.

- 24. Maiga, M.B.H.** « Etude épidémiologique des péricardites aiguës dans le service de cardiologie de l'hôpital national du point G : à propos de 76 cas. »Thèse médecine Bamako, 2005.
- 25. Imazio, Massimo, Antonio Brucato, Nikki Pluymaekers, Luciana Breda, Giovanni Calabri, Luca Cantarini, Rolando Cimaz, et al.** « Recurrent Pericarditis in Children and Adolescents: A Multicentre Cohort Study ». *Journal of Cardiovascular Medicine* 17, n° 9 (septembre 2016): 707-12. <https://doi.org/10.2459/JCM.0000000000000300>.
- 26. Lesbordes J.L .** « Les péricardites tuberculeuses à Madagascar : à propos de 29 cas ». *archives institut pasteur madagascar* 62 (1995): 95-98.
- 27. Ould Sidi Mahmoud SM.** « La tuberculose pulmonaire de l'enfant en milieu hospitalier pédiatrique mauritanien. » [Thèse Med N°12]. Dakar : Université Cheikh Anta Diop (2015)
- 28. Ka.T.A.** « Les péricardites : étude prospective portant sur 35 cas ».Thèse médecine n° 61.Dakar : Université Cheikh Anta Diop(2000)
- 29. Desai, H. N.** « Tuberculous Pericarditis. A Review of 100 Cases ». *South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde* 55, n° 22 (26 mai 1979): 877-80.
- 30. Bhan, G.L.** « Tuberculous Pericarditis ». *Journal of Infection* 2, n° 4 (décembre 1980): 360-64. [https://doi.org/10.1016/S0163-4453\(80\)92840-6](https://doi.org/10.1016/S0163-4453(80)92840-6)..

RESUME

La péricardite est une inflammation spécifique des deux feuillets du péricarde, associée ou non à un épanchement péricardique. Le diagnostic de certitude microbiologique de l'origine tuberculeuse est rarement obtenu ou alors de manière tardive

OBJECTIFS

Evaluer la prévalence de la péricardite tuberculeuse pédiatrique

Déterminer le profil socio démographique des patients ;

Etudier les manifestations cliniques et paracliniques ;

Décrire les aspects thérapeutiques, évolutifs et pronostiques des péricardites tuberculeuses chez l'enfant.

PATIENTS ET MÉTHODE Une étude rétrospective et descriptive a été menée sur une période de 8ans et 5mois (Décembre 2012 à Mai 2021) et tous les patients porteurs d'une péricardite tuberculeuse confirmée bactériologiquement (BAAR et/ou test Gen expert positif) ou histologiquement (biopsie péricardique,) ou encore sur un faisceau d'argument IDRt positive avec signes d'imprégnation tuberculeuse.

RESULTATS : Les résultats de cette étude ont fait ressortir une prévalence hospitalière de la péricardite tuberculeuse de 0,1% avec une prévalence sur l'ensemble des pathologies cardiovasculaire de 0,6 %. Le sex ratio est de 1,67. L'âge moyen était de 9 ans avec un écart type de 4 ans. L'âge médian était de 11 ans. La tranche d'âge 11 ans à 15 ans était la plus représentative (50%) des cas. La plupart des patients (63%) provenaient de la zone urbaine.

Au plan clinique : La notion de contagé tuberculeux était retrouvée dans 25%. Aucun patient n'avait été diagnostiqué VIH+. Les motifs d'admissions les plus fréquents étaient dominés par la fièvre (100%) suivie de la dyspnée (75%), de la toux (62,5%) et la douleur thoracique (87,5%) étaient les signes fonctionnels les plus fréquents. Il s'y associait fréquemment un contexte d'altération de l'état général (87,5%). Le frottement péricardique et l'assourdissement des bruits du cœur représentaient respectivement (25%) et (100%) des cas. La polysérite (60%) était constituée de pleurésie (33%) et d'ascite (67%). Par ailleurs des adénopathies étaient objectivées chez 37,5% des cas et avaient fait l'objet de cytoponction.

Au plan paraclinique: Le bilan inflammatoire réalisé systématiquement révélait une hyperleucocytose (50%) et une protéine C réactive élevée (100%). Le bilan tuberculeux fait retrouvé : IDRt positive (62,5%), la recherche de BAAR était positive (37,5%) et le Gen Expert sur liquide péricardique était positif (25%).

Le test de Rivalta était positif chez tous les 8 patients. Le liquide de ponction péricardique était exudatif (100%) avec un aspect séro-hématique dans 63% et citrin dans 37%. La biopsie péricardique a été réalisée chez 1 patient qui a objectivé un infiltrat inflammatoire d'origine tuberculeuse probable. Une cyto-ponction ganglionnaire réalisée chez un patient présentant des adénopathies inguinales avait objectivé une tuberculose caséo-folliculaire.

La cardiomégalie était constante avec index cardio-thoracique moyen de 0,75. L'électrocardiogramme réalisé chez 2 patients retrouvait la tachycardie sinusale (25%) et un bloc de branche droit (12,5%).

L'échographie trans-thoracique objectivait un épanchement de grande abondance (80%), une compression des cavités cardiaques (63%), un dépôt de fibrine dans le sac péricardique (87,5%).

Au plan thérapeutique : Le drainage péricardique a été effectué (75%) La chimiothérapie anti tuberculeuse d'une durée de 6 mois couplée à la corticothérapie pour 8 semaines était systématique.

Au plan évolutif : Les principales complications étaient la tamponnade (12;5%), et la récidence (12,5%). Aucun cas de constriction ni de décès n'a été déploré.

CONCLUSION

La péricardite tuberculeuse est une maladie rare dont le diagnostic de certitude microbiologique est rarement obtenu. La chimiothérapie antituberculeuse combinée à la corticothérapie a révolutionné le traitement