

Prise en charge thérapeutique des péricardites récurrentes idiopathiques : étude rétrospective monocentrique de la cohorte bisontine.

1^{er} Auteur : Juliette LODOVICHETTI, CCA, Médecine interne et Immunologie clinique, CHU, Besançon, FRANCE

Autres auteurs, équipe:

- Helder GIL, PHC, Médecine interne et Immunologie clinique, CHU, Besançon, FRANCE
- Nadine MEAUX-RUAULT, PHC, Médecine interne et Immunologie clinique, CHU, Besançon, FRANCE
- Nadine MAGY-BERTRAND, PU-PH, Médecine interne et Immunologie clinique, CHU, Besançon, FRANCE

Introduction : Les péricardites récurrentes idiopathiques (PRI) sont des affections fréquemment rencontrées en médecine interne pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Les corticoïdes sont recommandés en traitement de deuxième ligne mais des rechutes peuvent se voir lors de la décroissance (1). Il n'existe pas de recommandations claires sur le traitement de troisième ligne et sur la place des différents immunosuppresseurs ou immunomodulateurs (2). C'est pourquoi nous avons voulu étudier la prise en charge thérapeutique des patients suivis au centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon pour une PRI.

Méthode : Etude observationnelle descriptive rétrospective monocentrique menée au CHU de Besançon. Etaient inclus les patients adultes suivis au CHU de Besançon entre janvier 2008 et janvier 2021 en médecine interne pour une PRI selon la définition de la société européenne de cardiologie révisée en 2015.

Résultats : Trente patients dont 43% d'hommes ont été suivis en médecine interne pour une PRI. Le nombre moyen de poussées était de 3,87, la durée médiane de suivi était de 38,5 mois. Soixante-trois pourcent (19/30) ont eu recours à un traitement de deuxième ligne par corticoïdes, parmi eux 10 ont eu recours à un ou plusieurs immunosuppresseurs (figure 1). Le taux annualisé de rechute avant et après azathioprine était respectivement de 2,95 à 0,54, pour le méthotrexate de 1,76 à 0,79 et pour l'anakinra de 5,1 à 0,64 (figure 2). L'utilisation d'immunosuppresseurs permettait une baisse du taux annuel de poussées mais n'entraînait pas d'épargne cortisonique ($p=0,89$) avec une durée moyenne de corticothérapie de 13 mois pour les 19 patients. La présence d'anticorps antinucléaires ($p=0,045$) et un délai court (< 3 mois) entre la deuxième et la troisième poussée ($p<0,01$) était statistiquement associé à l'utilisation d'un traitement de deuxième ou troisième ligne. Treize patients sur 30 (43%) avaient pu arrêter tout traitement sans rechute avec une durée moyenne de 42 mois sans traitement. Aucun décès n'a été rapporté.

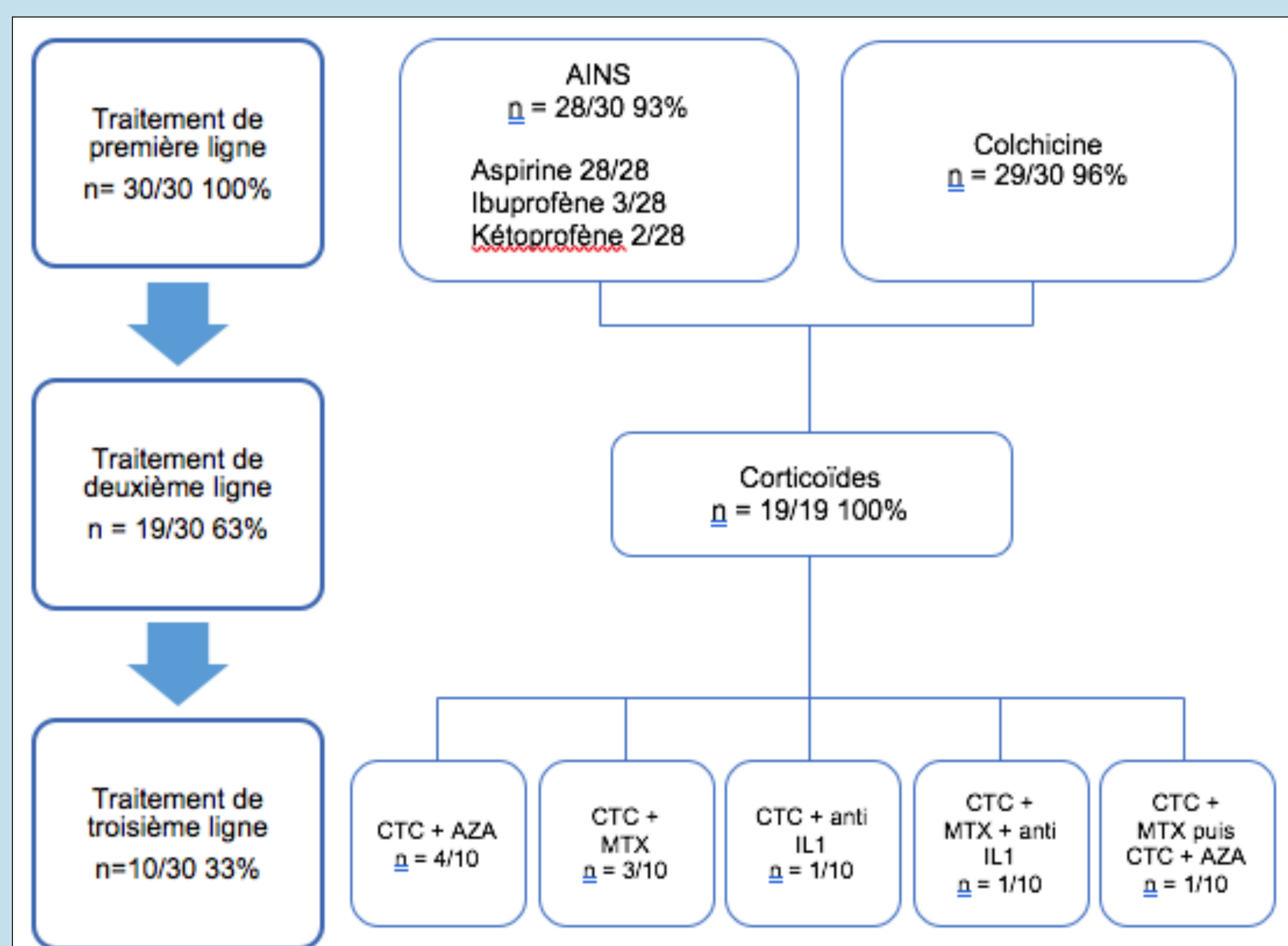


Figure 1 : répartition de la population totale selon les traitements utilisés au cours du suivi

Légende : AINS : anti-inflammatoire non stéroïdiens, CTC : corticoïdes, AZA : azathioprine, MTX : méthotrexate, Anti-IL1 : anti-interleukine 1.

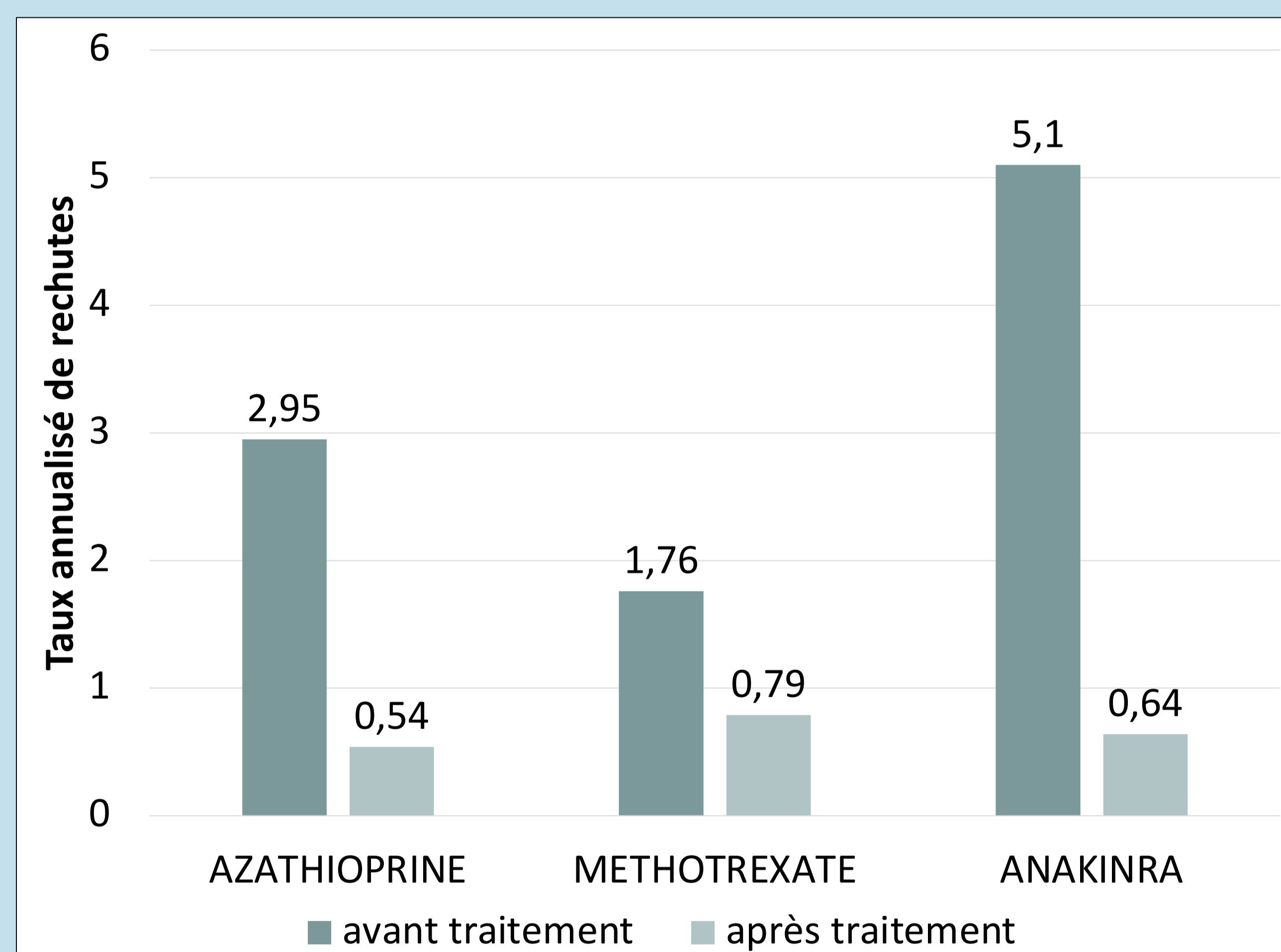


Figure 2 : diagramme représentant les taux annualisés de rechutes selon l'utilisation des différents immunosuppresseurs

Conclusion : Cette étude confirme la place précoce des immunosuppresseurs dans la stratégie thérapeutique de la PRI sans pour autant avoir un impact sur l'épargne cortisonique. La présence d'anticorps anti-nucléaires et un délai court entre les deuxième et troisième poussées seraient des facteurs associés à l'utilisation des immunosuppresseurs. Nous confirmons également le bon pronostic de cette affection.

Références bibliographiques

1. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Baron-Esquivias G, Bogaert J, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. Eur Heart J. 7 nov 2015;36(42):2921-64.
2. Imazio M, Gaita F, LeWinter M. Evaluation and Treatment of Pericarditis: A Systematic Review. JAMA. 13 oct 2015;314(14):1498-506.