



Au cœur de l’inflammation : La myocardite aiguë

étude descriptive d’une mini série

Messaouda , DJOUHRI, Professeur en cardiologie , Service de médecine interne CHU de Douera , Alger, Algérie

- Imane, GUETTAF, Assistante en médecine interne , Service de médecine interne , CHU de Douera , Alger, Algérie
- Meriem, CHARIFI, Professeur en cardiologie , Service de médecine interne CHU de Douera , Alger, Algérie
- Nour elHouda, DJELALI, Résidente en médecine interne , Service de médecine interne CHU de Douera , Alger, Algérie
- Sabrina, FACI, Résidente en médecine interne , Service de médecine interne CHU de Douera , Alger, Algérie
- Katia, MESSAOUDI, Résidente en médecine interne , Service de médecine interne CHU de Douera , Alger, Algérie
- Bouthaina, HADAOUA, Résidente en médecine interne , Service de médecine interne CHU de Douera , Alger, Algérie
- Lina, ABDOUS, Résidente en médecine interne , Service de médecine interne CHU de Douera , Alger, Algérie
- Adel, RECHACH, Maitre assistant en hépatogastroentérologie, Service de médecine interne CHU de Douera,Algérie
- Farouk, MENZOU, Professeur en cardiologie , Service de médecine interne CHU de Douera , Alger, Algérie
- Ahcene, CHIBANE, Professeur Chef de service de médecine interne CHU de Douera , Alger, Algérie.

Introduction

Les myocardites aiguës sont définies par la présence d’infiltrats inflammatoires myocardiques associés à une nécrose myocytaire d’origine non ischémique. Leur présentation clinique est très hétérogène, allant de douleurs thoraciques isolées à des complications sévères telles que l’insuffisance cardiaque aiguë ou le choc cardiogénique. L’objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques, étiologiques et la prise en charge des myocardites aiguës hospitalisées dans un service de médecine interne.

Patients et méthodes

Nous avons inclus rétrospectivement tous les patients hospitalisés pour myocardite aiguë dans notre service entre 2018 et 2026. Les données démographiques, cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et étiologiques ont été recueillies et analysées.

Résultats

Onze patients ont été inclus, dont 10 hommes et 1 femme, d’âge moyen 30 ans (extrêmes 21–56 ans).

Le tableau clinique initial est présenté dans la figure 1

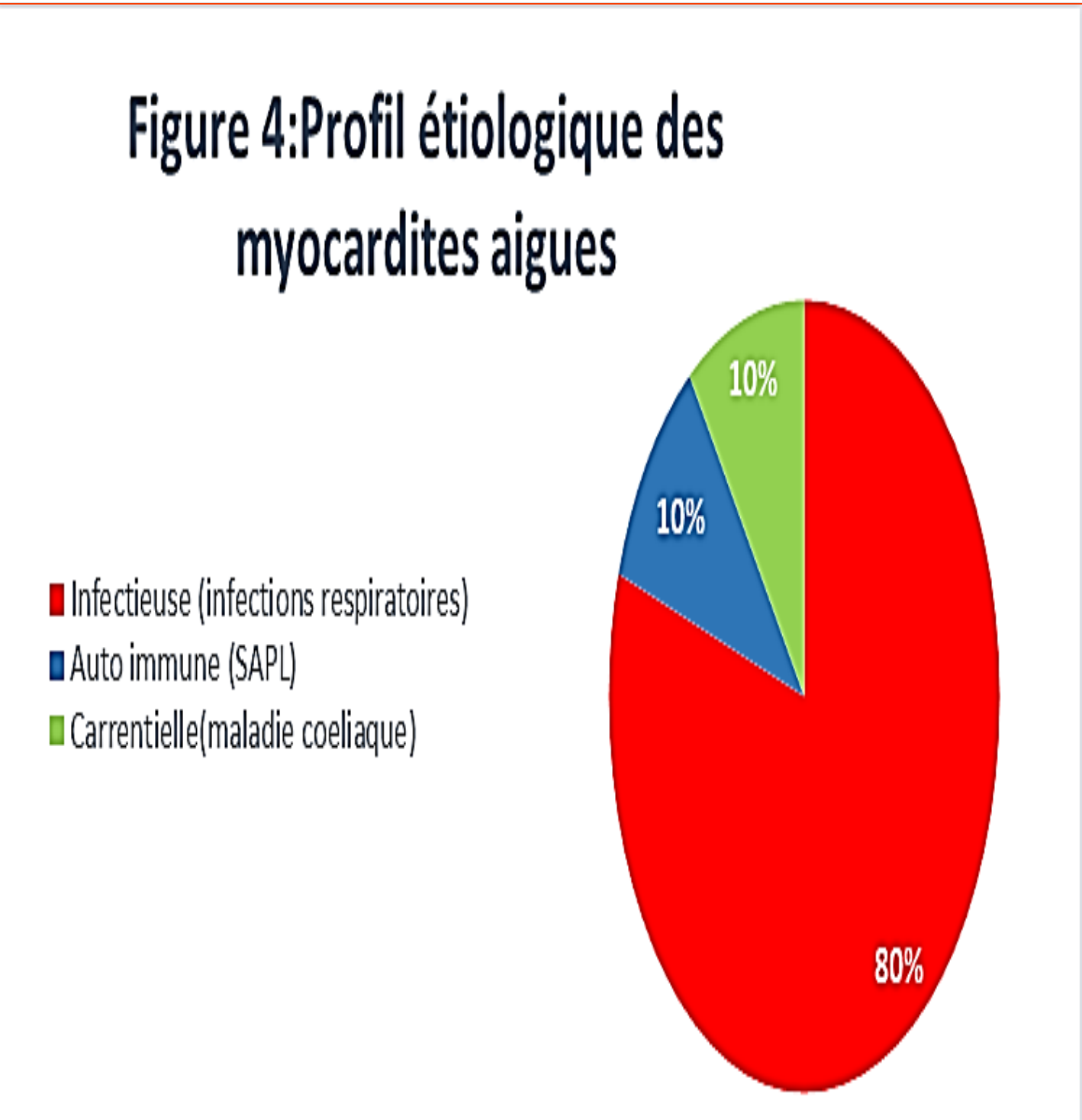
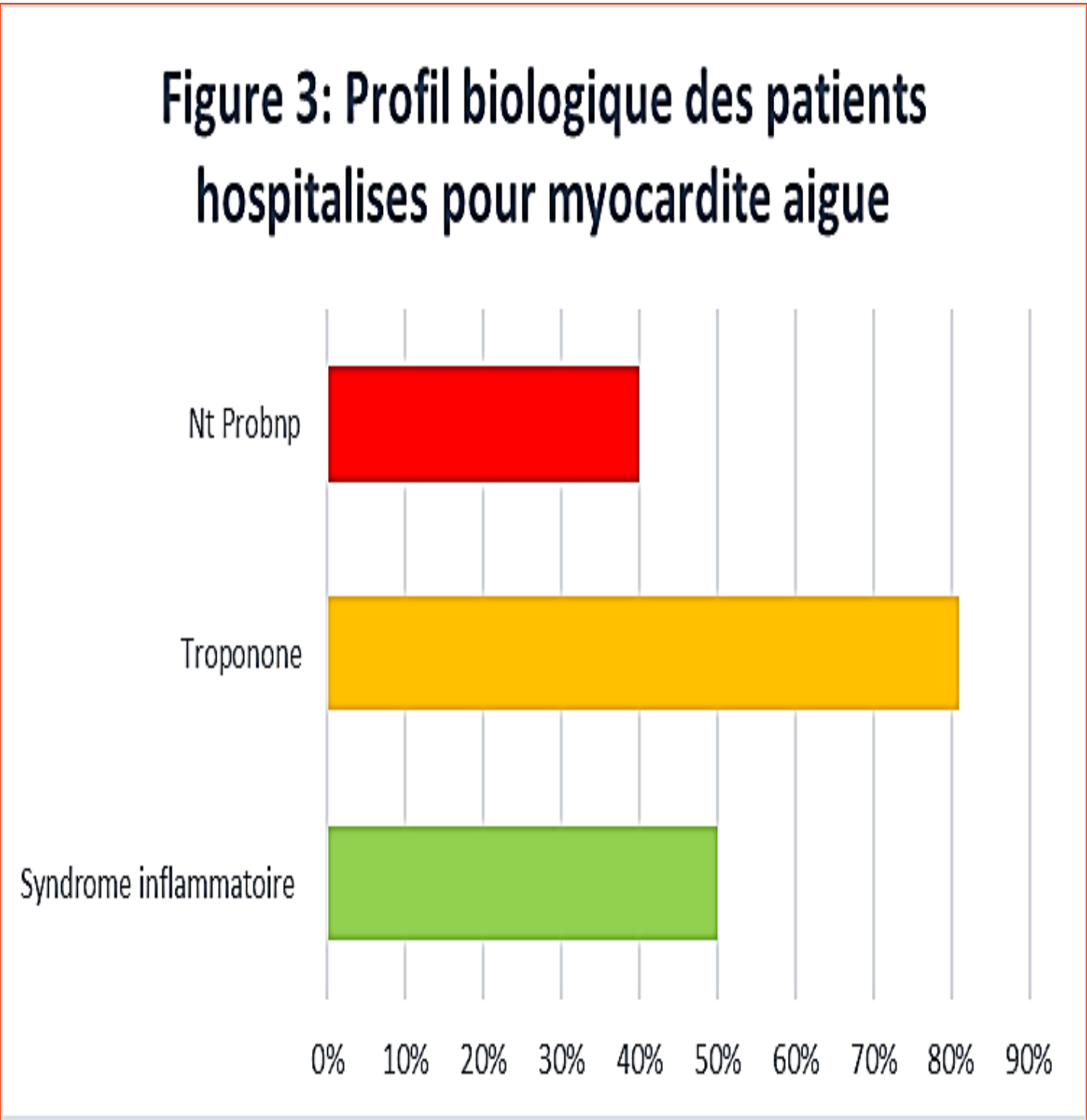
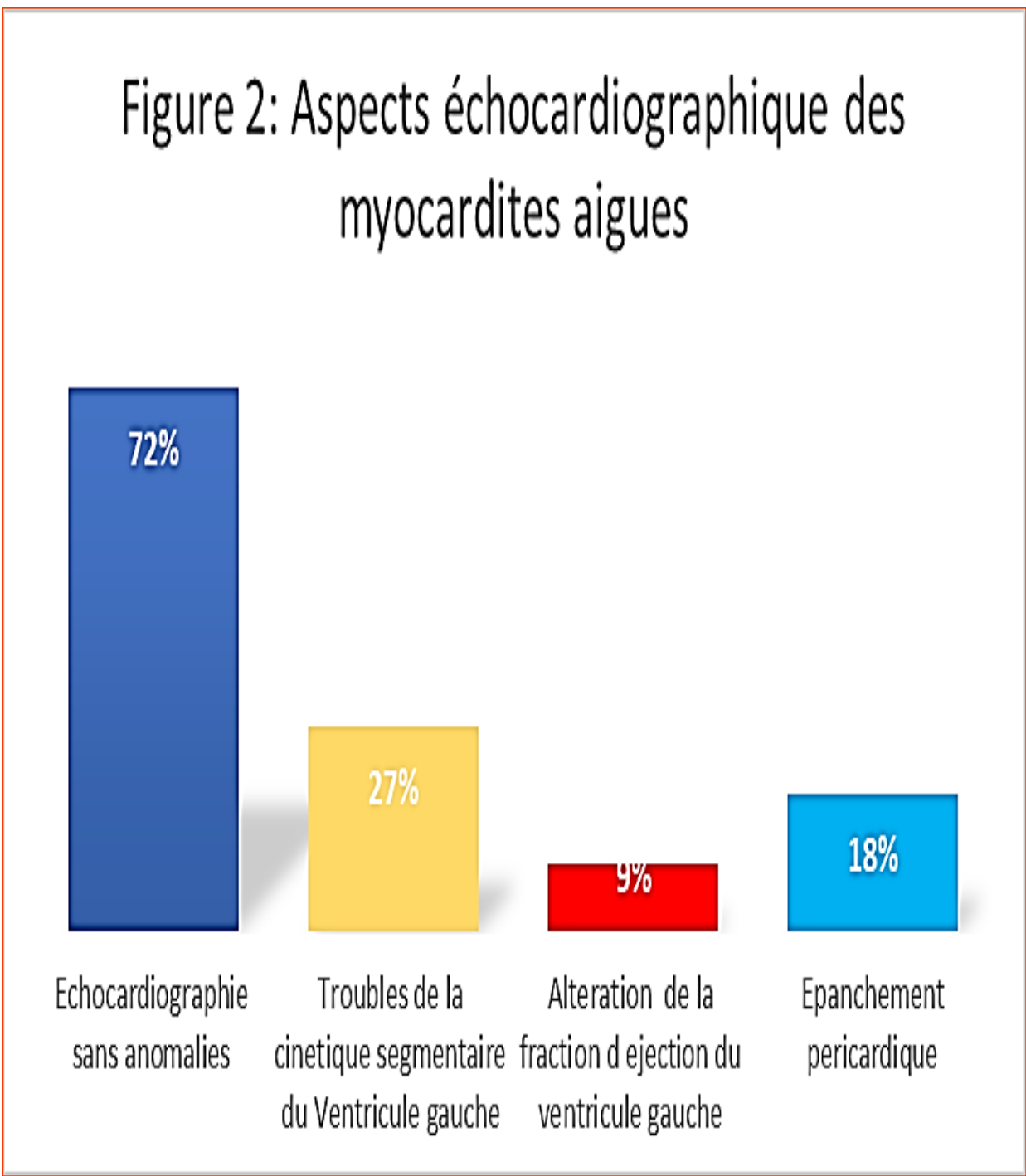
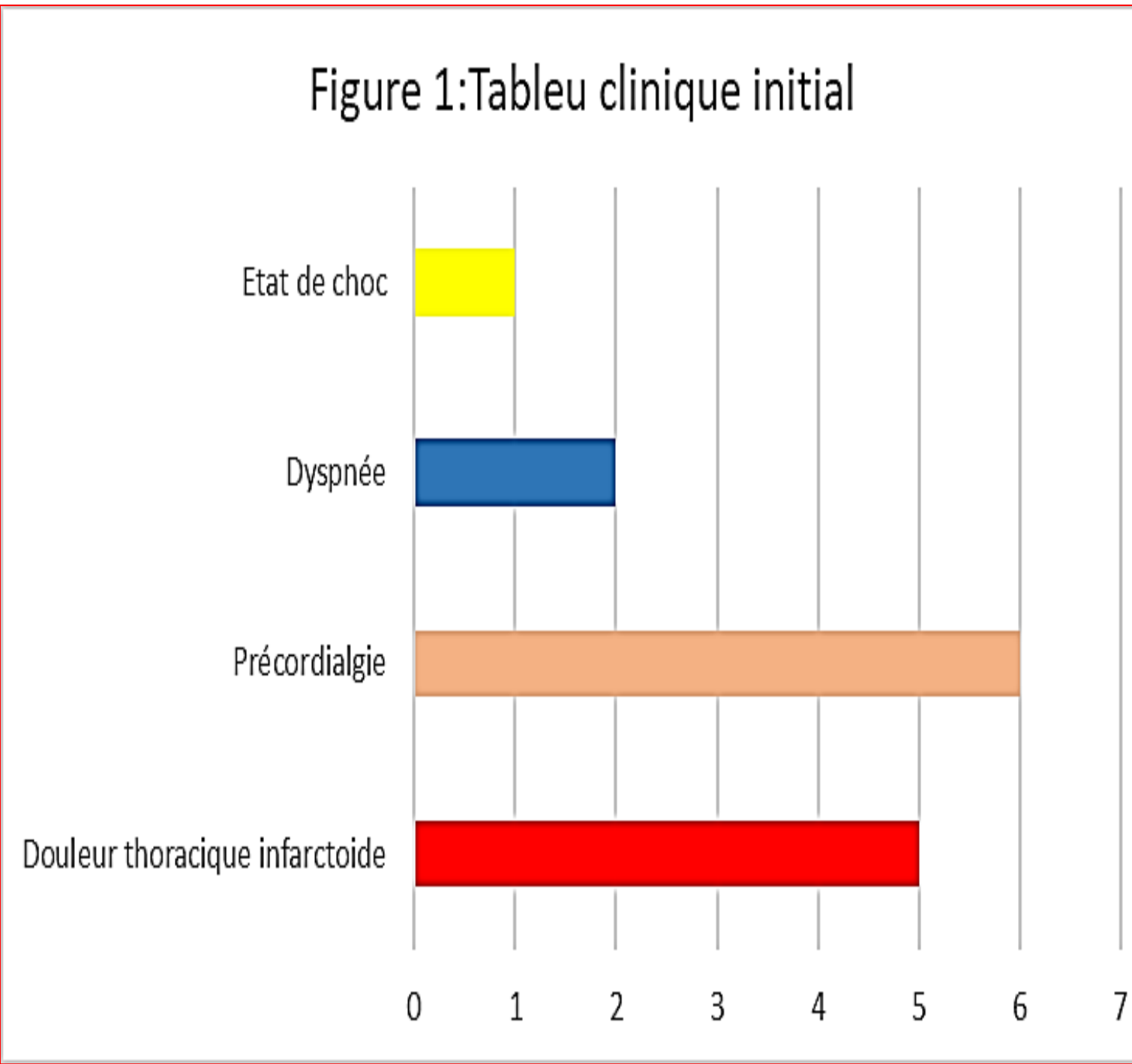
L’électrocardiogramme était normal dans 45% des cas et montrait des troubles de repolarisation chez 7 patients (60%), faisant évoquer un syndrome coronarien aigu chez les patients présentant une douleur infarctoïde typique (45% des cas) chez qui une coronarographie réalisée en urgence a objectivé un réseau coronaire sain, motivant la réalisation d’une IRM cardiaque .

La radiographie thoracique révélait une cardiomégalie chez 1 patient.

Les résultats de l’échocardiographie sont résumés dans la figure 2

L’IRM cardiaque, réalisée chez tous les patients, objectivait une myocardite aiguë localisée dans 9 cas et diffuse dans 2 cas.

Le traitement comprenait des antalgiques pour tous, des bêtabloquants et IEC en cas de troubles de cinétique avec anomalies ECG, des diurétiques et iSGLT2 pour l’insuffisance cardiaque, de la colchicine pour les 2 cas de myopéricardite, une anticoagulation pour le SAPL et la correction des carences vitaminiques pour le patient cœliaque.



Discussion:

Notre série illustre la diversité clinique et étiologique des myocardites aiguës et souligne la difficulté diagnostique face aux syndromes coronaires aigus (SCA). La douleur thoracique, retrouvée chez tous nos patients, est le symptôme le plus fréquent (80–90% dans la littérature). Chez près de la moitié des patients, la présentation évoquait un SCA, avec douleur infarctoïde et anomalies ECG, mais la coronarographie réalisée systématiquement montré un réseau coronaire sain, confirmant le rôle clé de l’IRM cardiaque pour distinguer myocardite et infarctus. La dyspnée et le choc cardiogénique, présents chez 2 et 1 patient respectivement, correspondent aux formes sévères, rares mais rapportées dans 10–20% des séries. L’ECG reste souvent non spécifique, et l’élévation des troponines constitue un marqueur sensible mais non discriminant de l’atteinte myocardique. L’échocardiographie peut être normale, alors que l’IRM cardiaque permet d’identifier la localisation et l’étendue des lésions selon les critères de Lake Louise. L’étiologie infectieuse, prédominante dans notre série (9/11), est en accord avec la littérature où les causes virales représentent 50–70% des myocardites aiguës. Les causes auto-immunes ou carentielles, bien que rares, doivent être recherchées systématiquement en médecine interne. La prise en charge individualisée, adaptée aux complications et aux causes sous-jacentes, permet généralement une évolution favorable, comme observé dans notre série et dans d’autres travaux récents

Conclusion:

Les myocardites aiguës présentent une grande hétérogénéité clinique et étiologique et peuvent mimer un syndrome coronarien aigu, rendant le diagnostic initial délicat. L’IRM cardiaque est un outil clé pour distinguer myocardite et infarctus, confirmer l’étendue de l’inflammation et stratifier le risque. Une prise en charge ciblée, tenant compte des complications, des causes sous-jacentes et des diagnostics différentiels, assure un pronostic globalement favorable. Cette série souligne l’importance de la vigilance clinique, de l’IRM cardiaque et de l’approche multidisciplinaire.