

DIAGNOSTIC et TRAITEMENT du R.A.A.

Presenté: D^r S. ZERMANE

I. INTRODUCTION:

R.A.A ou maladie de Beauvergne: maladie inflammatoire liée à une infection streptococcique de VAS (le plus souvent) une Angine due au S β HGA dont les 2 localisations électives sont le cœur et les Articulations.

Apanage de l'enfant entre 5 et 15 ans rarement avant 5 ans exceptionnel à 3 ans.

grave par la survenue des complications Cardiaques.

II. PATHOGENIE:

Affection Auto-immune, les principales cibles Articulaires et Cardiaques résultent d'une Analogie entre le Streptocoque et les Tissus.

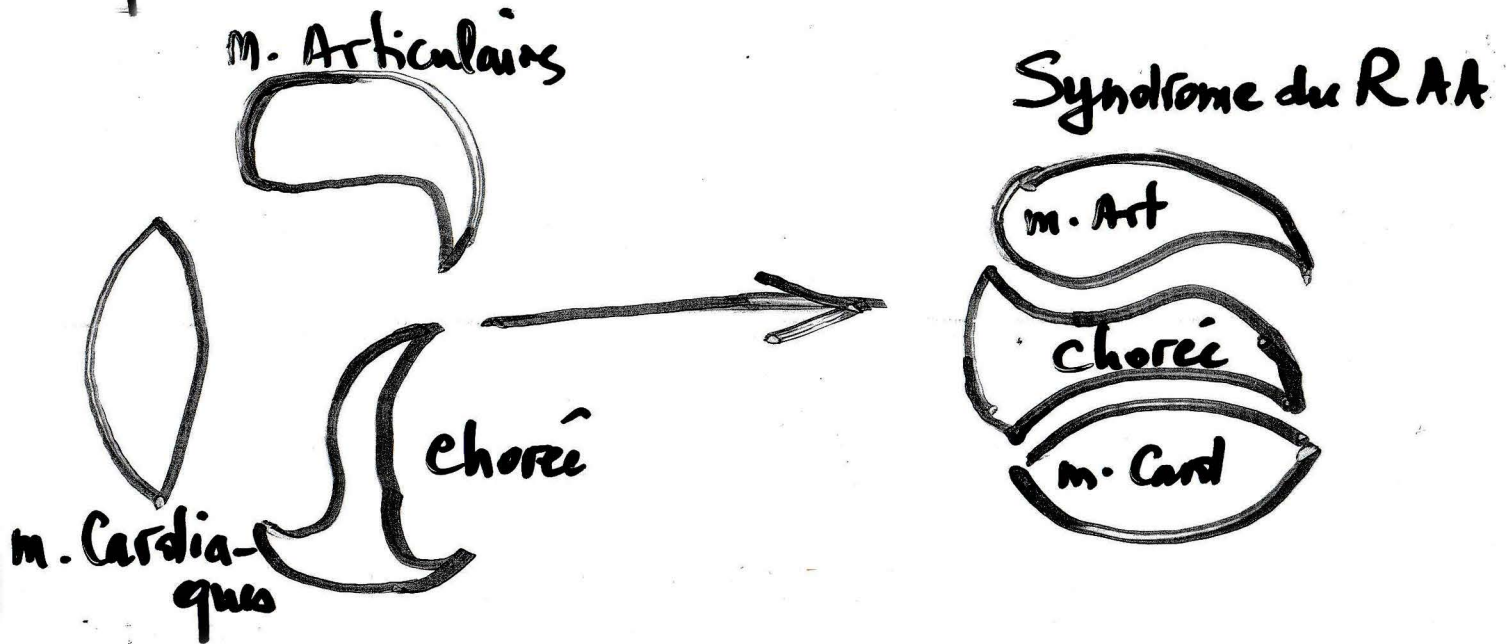
III DIAGNOSTIC POSITIF:

(Critères de Jones)

Le diagnostic repose sur les critères de Jones révisés, qui sont classés en manifestations majeures et mineures avec en plus la preuve de l'infection streptococcique récente.

Le RAA survient au décours d'une Angine 2 à 4 semaines. Le début est généralement retardé par rapport à l'angine.

Developpement historique du Syndrome de RAA par le rassemblement des manifestations pathologiques decrites separement :



Criteria de Jones (Revisés)
pour l'etablissement du Diagnostic de RAA

Manifestations Majeures

↓
Polyarthrite

↓
Cardite

↓
CHORÉE

↓
Érythème marginé,
et Nœuds S/cutanés

ordre
decroissant

Manifestations Mineures

○
Clinique

ATCDS de RAA ou CR

Arthralgies

Fièvre

○
Biologie

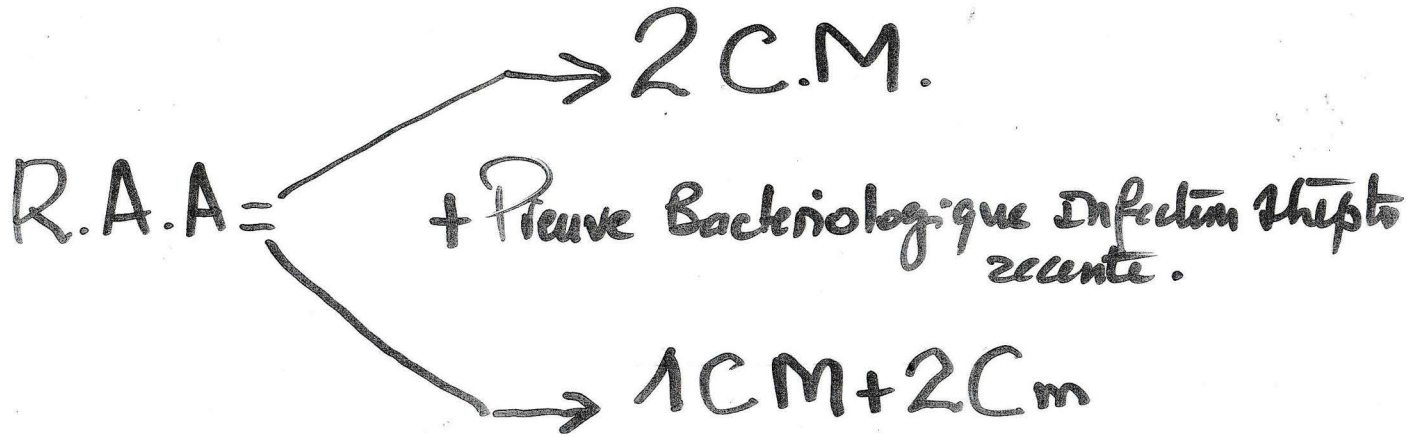
VSG ↑

CRP ⊕

○
ECG : Allongement
de PR.

+
Preuve d'une infection streptococcique recente ou Ant
- Presence d'Ac AS - ASLB
- Presence du germe dans la culture de gorge

DIAGNOSTIC POSITIF (critères de Jones).



IV CLINIQUE

A - Manifestations Majeures:

1/ Manifestations Articulaires:

Polyarthrite souvent		Monoarthrite parfois	soit Polyarthralgi
Plusieurs Art (+)	- Grosses Articulations - Caractères inflamm	1 Art Arthralgies (+)	• douleur de l'Art • (-)
Pathognomonique particulière +	- Rapide - Fugace et Capricieuse - Migratoire et Mobile (change de siège) - Douleur Spontanée et Mobilisation Impotence flexible Guérison sans Séquelle, ni Sans TRT	} (+)	• pas de limitation des jeu Art. (+) (-)

Pb de Diagnostic ≠ el avec les autres monoarthrites
(ostéomyélite - ostéo-Arthrite à Pyofurées ou Tb)
d'où preuve de l'infection stéptococcique

Atteinte Valvulaire

Pericardite


(Cardites) → du V Cardiaque

1/ pas d'ATCS de RAA, ni de CR =
 3 types de souffles peuvent traduire une Cardite :
 → La resurgitation ou "Insuff mitrale"
 SS (Holosystolique très intense, Mx à la pointe, ne s'atténue, irradiant vers l'aisselle. organique ou anorganique)
 → La resurgitation Artérielle : -
 SD à la base (2B) ZEIG
 doux, discret le long du bord gauche du sternum. organique et son intense
 → Souffles de Sténose.
 2/ ATCS de RAA ou CR = témoin d'une atteinte Cardiaque :
 - Modification d'un souffle préexistant
 - Apparition d'un autre souffle.

soit douloureux
 - Frottement péricard (Cuir neuf, 2a, peu)
 + Souffles
 - épanchement péricard

par Incompétence myocardique.
 (Signes Cliniques de DC)
 - Gros Cœur.
 - Attourdissement des bruits du Cœur
 - galop p.
 - pas de souffle

↓
 Insuff Cardiaque

→ PAN  ARSITE ←

28/ Classification des Cardites (selon leur gravité). 3 types

Cardites légers

S peu intense
 V Card N^c
 50% SS
 50% SD
 Pericardite Isolée

Cardites Modérées

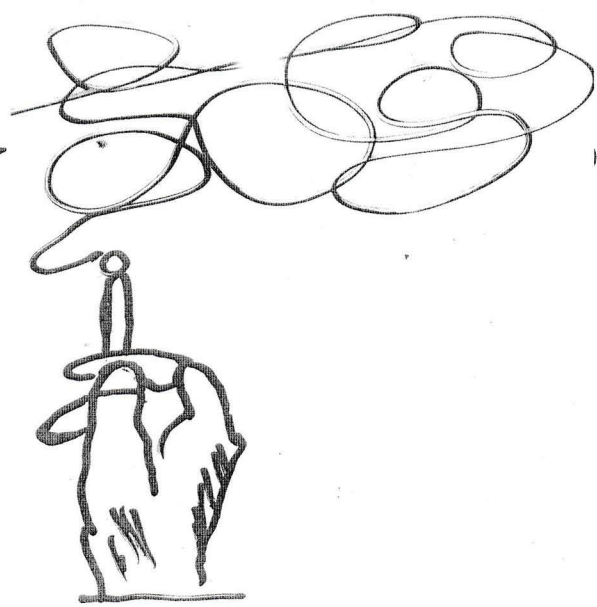
S intense, peu intense persistant après la crise
 discrete CMG
 (ICF = 0,55)

Cardites sévères

IM et/ou IAO
 (S très intense)
 CMG ICF > 0,55
 Insuff Cardiaque

3/ CHOREE DE SYDENHAM 11

mtb choriques involontaires sans but et rapide avec hypotonie musculaire mimique p.c et des grimaces.



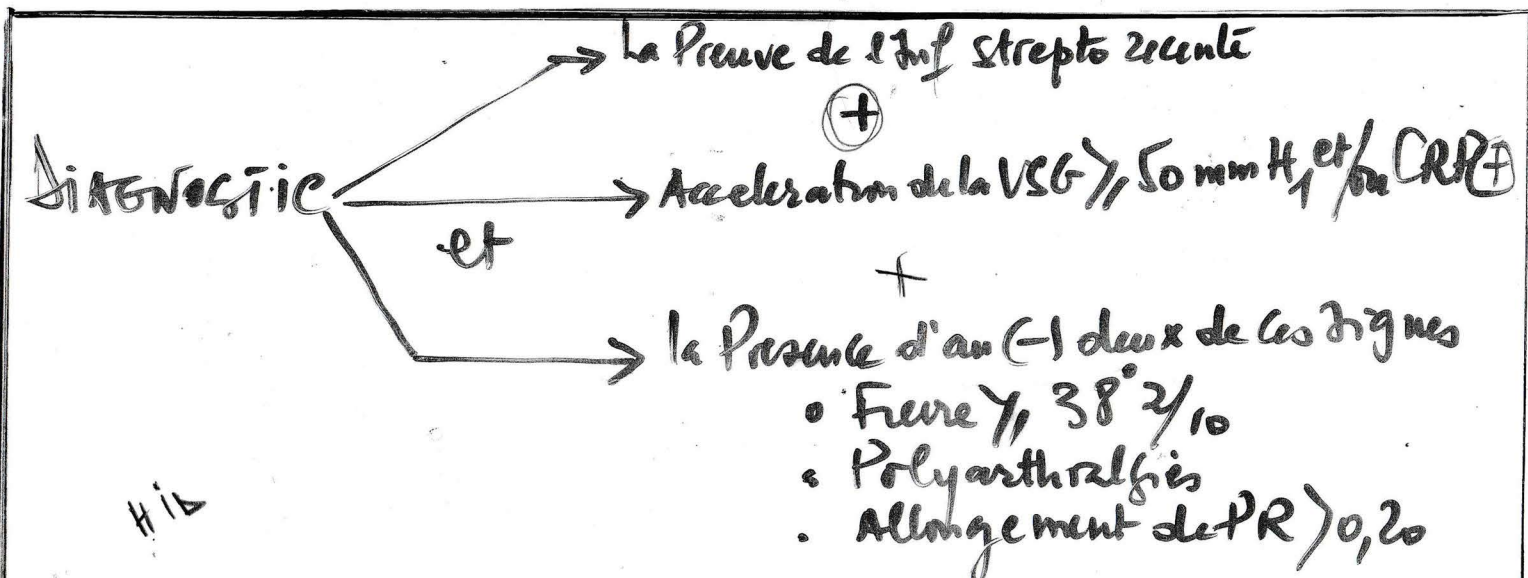
4/ Manifestations Cutanées

- Nodosités / Cutanées de Meynet
- Erythème marginé rare

V BIOLOGIE: (ex. paracliniques).

Ed inflammatoire	Preuve de l'infection Strept	ECG
<p>FNS: Anémie de type inflammatoire, hyperleucocytose</p> <p>VS6 mm } 50 mm à H₁ (80-100)</p> <p>CRP (+)</p> <p>Fibrinémie > 6-7 g/l</p> <p>↑ α₂ β et γ globulins</p>	<p>Position l'angine ou de pharyng</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ac AS • ou TR de ASLO à 15 jours d'intervalle • Présente de ferme dans la culture de prélèvement. 	<p>Allongement de l'intervalle PR > 0,20s</p>

B. Manifestations mineures: les Syndromes inflamm Post Streptococciques mineurs.



VI DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

A. Avec les manif^o Cardiaques:

	Endocardite infectieuse	RAA	Pericardite
avec T3 sans T3	FAVORABLE DE FAVORABLE	FAVORABLE	- Pericardite virale ou purulente par de foyers.
atteinte du cœur et des articul	Atteinte Valvulaire union pau art Hémocult (+)	avec ou sans Atteinte Valvul Polyarthritique	
TO	Fievre à clochers	≠ pas en clochers	
Manifest extra card - raqns	SPM Hématurie nodules d'osier petechies	W/H	
TRT	ATB 6 sem	Corticoides	

B. Avec les manifestations Articulaires

Polyarthrite	Monoarthrite	Polyarthralgies
PR Juvenile Arthrite fixe et persistante évolution se fait dans le 1er de l'adulthood	Ostéo-Arthrite infectieuse → lèse les articulations → nombreux germes responsables surtout gonocoque ostéomyélite.	- Virus (Rubéole, H1N1) - Rickettsiens - Brucellose, septicémie - Hémodiphtérie (leucob) - Drepano, hémophilie - Purpura Rhumatis - LED

Mais !!! le Ag le + difficile à écarter c'est l'arthrite
Rhumatoïde

Remarques:



n'appartient pas au RAA:

→ le polyarthrite qui cause une lésion
Articulaires

→ le polyarthrite affectant aux doigts
et aux orteils nulle part ailleurs.

→ le polyarthrite qui s'étend au
Rachis et à l'articulation temporo-
mandibulaire.

VII. TRAITEMENT DE LA CRISE AIGUE Composé 2 volets:

- TRAITEMENT Curatif
 - Traitement info directs
 - " " " " inflamm
- TRAITEMENT PREVENTIF

A. TRAITEMENT CURATIF:

1/ Moyens Therapeutiques:

a) TRT anti-infectieux: PENICILLINE ou erythromycine.

b) TRT Anti-inflammatoire: Corticoïdes Prednisone ou Cortancyl.

c) Repos

d) TRT Complementary = Digitalis - Diuretiques si DC.

2) Modalités pratiques:

Hospitalisation jusqu'à sédation des signes généraux
Séularité 1 mois de T3 si RA simple - Fin du T3 si cardiaque.

a) schéma Therapeutique:

→ TRT anti-infectieux:

• 1 inj unique de benzathine - Penicilline en fco de Pds

600.000 si Pds \leq 27kg

1200.000 si Pds $>$ 27kg

voie orale par la Peni V à raison 50.000 - 100.000

UI kg / J par 1 inj en 2 prises.

• si Allergie: erythromycine 30-50mg (kg / J) par 1 inj.

→ TRT anti-inflammatoire = Corticoïdes

Prednisone ou Cortancyl per os 2mg/kg/J en 3 prises au cours des repas sans dépasser les 60mg/J. La durée du TRT varie selon la gravité.

→ si RAA sans Cardite:

• TRT d'attaque = 2 sem

• TRT d'entretien = 6 sem avec zéfaline

→ si RAA avec Cardite:

Cardite TRT	Cardite Légère	Cardite modérée	Cardite sévère
TRT Attaque	3 sem	3 sem	3 sem
TRT Entretien	9 sem	10 sem	11 sem

Precautions:

- R S S S
- cete 2,5 mEq / 5mg de corticostéroïde
- zéfaline pauvre en lipides et glucides

3°) Surveillance: double < TRT
mie

CLINIQUE	BIOLOGIQUE
<p>T° - Pds</p> <p>Auscultation Cardiaque</p> <p>TA - diurèse</p>	<p>- VS hebdomad puis tous les 15 y des Normalis⁶</p> <p>- Glycémie</p> <p>- ECG</p>

40) Résultats du TRT:

→ Rebond: à la phase dépressive (VSG ↑ + CRP+) sans manif^o cliniques. Aucun T3 sinon Aspirine 75-100mg/15 par 9eqs jrs.

→ reprise: rare TRT mal conduit (dose insuff ou passage rapide au TRT Entretien). Ed inflammatoire (Clinique et biologique).

TRT alto que 9eqs jrs et entamer rapidement ↓

→ rechute = un Autre poussée à distance de la 1^{ère} reprendre le TRT à zero.

50) Evolution =

→ RAA sans Cardite: évolution favorable en 9eqs jrs, disparition de signes Généraux et Art en 10j, les autres signes d'effacent en 1 à 3 sem jusqu'à son sans sequelles.

→ RAA avec Cardite: Valvulopathies Rhumatismales évolution de favorable

IM - MIE mitrale

si Valvulopathie lègère = surveillance clinique
si Valvulopathie sévère = collaboration avec Nécroscopie

Caution biologique.

3 x / an	1 ^{ère} année
2 x / an	2 ^e année
1 x / an	4 ^e Années suivant.

B. Traitement Préventif et

Prophylactique:

1°/ La Prévention Primaire = C'est le TRT adéquat de toutes les infections streptococciques et notamment les Angines, qu'il faut considérer toutes comme Angines d'origine streptococcique. Ce TRT est bien codifié et fait l'objet d'une fiche technique.

2°/ La Prévention des Rechutes du RAA:

Une 1^{ère} crise de RAA impose le TRT préventif des rechutes. On utilisera la Benzathine Penicillin \bar{n} 2000000 UI IM tous les 21 jours et à la posologie de 600.000 UI (\bar{n} 27 hys et 1.200.000) 27 hys la durée est variable (5 ans en courant la période Pubertaire) peut être prolongée et même à vie.

si Cardite récurrente = toute la vie

si \bar{n} - \bar{n} - \bar{n} = 5 ans après N^o de l'écou

si écou N^o = 5 ans après la Puberté:

- en cas d'allergie à la Penic ou fera appel à l'Erythromycine
500mg 1/2 h.

3°/ La Prophylaxie de la fièvre bactérienne:

Patients ayant une valvulopathie Rhumatismale devra de plus recevoir une APS brève et le but est de prévenir une endocardite infectieuse. lors de certains interventions.

CONCLUSION

- Fleau social
- Probleme de sante' Publique
- transformation de la symptom.
- Frequence des cardites qui font toute la gravite => HANDIQue



Interet de La Prevention

- Primaire
- Secondaire

le R.A.A. Reste une tache de tout un chacun et le Pers de sante' ne represente qu'un maillon d'une chaine, combattre ce mal, pour donner a chaque enfant la possibilite de cou de s'amuser et de s'epanouir enfin de vivre PLEINEMENT SA VIE ...