

Rhumatisme Articulatoire Aigu

Définition

- Maladie inflammatoire non suppurative survenant à distance d'une infection des voies aériennes supérieures par le Streptocoque β Hémolytique du groupe A (SBHA)
- Elle touche plusieurs tissus : peau, articulation, cœur et SNC
- L'attente cardiaque fait la gravité de la maladie

Intérêt

Le RAA est un problème de santé publique en Algérie

- **Fréquence** : 1^{ère} cause de cardiopathie acquise chez l'enfant
- **Gravité** :
 - **Court terme** : le pronostic vital peut être mis en jeu
 - **Long terme** : séquelles valvulaires
- **Prévention** +++ : traitement correct de toute angine streptococcique permet d'éradiquer une maladie invalidante dont le coût social est élevé

Epidémiologie

- **Fréquence** : diminution dans les pays développés et augmentations dans les pays en voie de développement.
 - **En Algérie** (en 2006) : 2/100.000 enfants sont atteints de RAA et 1,6/1.000 sont atteints de cardite rhumatismale
- **Âge** : pic de fréquence entre 5-15 ans, exceptionnel avant 3 ans et après 25 ans.
- **Saison** : hiver, printemps

Etiopathogénie

L'agent causal du RAA est le SBHA

- **Arguments en faveur** : le RAA est précédé par une rhinopharyngite, augmentation de la fréquence du RAA dans les rhinopharyngites, augmentation des ASLO dans le RAA, la prophylaxie annuelle diminue le risque de RAA
- **Bactériologie** : le SBHA est responsable de 80-90% des angines streptococciques, c'est un Cocci gram positif disposé en chaînette
 - **Antigènes de surface** : capsule, protéine M (virulence +++), protéine T, polysaccharides
 - **Substances antigéniques** : Streptolysine O \rightarrow ASLO, Streptodornase
- **Facteurs déterminants** : l'infection streptococcique ne se complique de RAA que dans 1-3% des cas : prédisposition génétique, environnement, réaction de l'hôte, porte d'entrée, germe, âge
- **Mécanismes physiopathologiques** :
 - Interférence entre le SBHA et la réponse immunitaire inadaptée de l'hôte
 - Formation de complexes immuns
 - Immunité cellulaire et auto-immunité communauté antigénique

Anatomopathologie

- **Phase exsudative** : initiale, lésions exsudatives non spécifiques et réversibles.
- **Phase granulomateuse** : secondaire, irréversible, nodule d'Ashoff caractéristique
- **Phase régressive** : de cicatrisation

Etude clinique

- **Interrogatoire** : notion d'angine non traitée dans les 2-4 semaines précédentes
- **Aspects cliniques** :
 - **Forme classique** :
 - **Atteinte articulaire** :
 - ✓ **Polyarthrite** : le signe le plus fréquent
 - ❖ **Topographie** : ≥ 2 grosses articulations
 - ❖ **Inflammatoire**
 - ❖ **Evolution** : fugace, mobile, migratrice et capricieuse
 - ✓ **Mono-articulaire** : 10% des cas
 - ✓ **Poly-arthralgies fébriles sans signes inflammatoires** : possible
 - **Atteinte cardiaque** : fait la gravité de RAA
 - ✓ **Précoce** : dès la 1^{ère} poussée, dès la 1^{ère} semaine
 - ✓ Isolée ou associée à une atteinte articulaire
 - ✓ **Endocardite** : fréquente, insuffisance mitrale ou aortique
 - ✓ **Myocardite** : tachycardie, assourdissement des bruits, bruit de galop
 - ✓ **Péricardite** : rarement isolée
 - ✓ **Insuffisance cardiaque congestive** : si insuffisance mitrale sévère + myocardite
 - **Atteinte cutanée** : rare et spécifique
 - ✓ **Nodosités sous-cutanées de Meynet**
 - ✓ **Erythème marginé de Besnier**
 - **Chorée de Sydenham** : filles, âgées entre 6-15 ans, 2-6 mois après l'angine, de diagnostic difficile, mouvements non coordonnés, involontaires, rapides du tronc et des extrémités + faiblesse musculaire + labilité émotionnelle
 - **Autres** : érythème noueux, atteinte pleuropulmonaire, GNA
 - **Forme atypique** : cardite torpide, syndrome post-streptococcique mineur

Etude paraclinique

- **Biologie** : syndrome d'inflammation non spécifique :
 - **VS** : ≥ 50 mm la 1^{ère} heure
 - **CRP** : positive
- **Sérologie** : à la recherche d'un taux élevé ou croissant des anticorps :
 - **ASLO** : pratiqué 7 à 10 jours après l'angine, ils sont considérés comme élevés si le taux est supérieur à 200 UI (400 UI en Algérie), un taux faible d'ASLO n'élimine pas le diagnostic et un 2^e prélèvement doit être fait à 15 jours d'intervalle.
 - **Anti DNaseB** : leur cinétique est plus longue que les ASLO, indiqués dans la chorée de Sydenham et dans les cardites insidieuses
- **Bactériologie** :
 - **Culture de prélèvement de la gorge** : rarement positif
 - **Test d'identification rapide des antigènes streptococciques**
- **Radiologie** :
 - **ECG** : espace PR > 0.16 s est un critère mineur de RAA, troubles de rythme ou de repolarisation
 - **Radiographie thoracique de face** : cardiomégalie, péricardite.
 - **Echocardiographie** : confirme l'endocardite, cherche la péricardite et la myocardite

Diagnostic positif

- **Poussée initiale** : le diagnostic repose sur les critères de Jones (révisés en 1992) : preuve d'infection streptococcique (indispensable) + 2 critères majeurs **ou** 1 critère majeur et 2 critères mineurs
 - **Critères majeurs** : cardite, polyarthrites, chorée de Sydenham, érythème marginé de Besnier, nodules sous-cutanés de Meynet
 - **Critères mineurs** : cliniques (fièvre, arthralgies), biologiques (VS > 50 mm la 1^{ère} heure, CRP élevée), électrocardiographique (PR allongé)
 - **Preuve d'infection streptococcique** : culture positive au frottis de la gorge ou au test rapide, taux élevé ou croissants des anticorps antistreptococciques (ASLO et anti DNase B)
- **Récidive** : antécédent de RAA confirmé, preuve d'une infection streptococcique récente, 1 critère majeur ou plusieurs critères mineurs

Diagnostic différentiel

Devant une polyarthrite	Devant une mono-arthrite	Devant une cardite	Devant une chorée
Lupus érythémateux disséminé (LED) Arthrite juvénile idiopathique (AJI) Drépanocytose Leucémie et cancer de l'enfant	Arthrite septique Ostéomyélite AJI mono-articulaire	Souffle fonctionnel Cardiopathies congénitales Endocardite infectieuse Cardiomyopathie Péricardite infectieuse	Mouvements anormaux autres que la chorée : tic, athétose... Chorée de Huntington LED Maladie de Wilson Toxique

Traitement

Selon le programme national de la lutte contre le RAA

- **Mesures générales** :
 - **Repos** : primordial, de durée variable (1 mois en absence de cardite et à la fin du traitement corticoïde si cardite)
- **Traitement de l'infection** :
 - **Benzathine-Benzyl-Pénicilline** : en IM : 0.6 MUI si < 30 kg ou 1,2 MUI si ≥ 30 kg
 - **Pénicilline V** : si contre-indication à la voie IM, 50.000-100.000 UI/kg/J en 3 prises
 - **Erythromycine** : si allergie à la Pénicilline
- **Traitement de l'inflammation** :
 - **Prednisone** : comprimé de 5 mg : 2 mg/kg/j en 2 prises, au milieu des repas, sans dépasser 80 mg/j

▪ **Durée** :

	Traitement d'attaque	Traitement d'entretien
RAA sans cardite	2 semaines	6 semaines
Cardite légère	3 semaines	6 semaines
Cardite modérée	3 semaines	7 semaines
Cardite sévère	3 semaines	9 semaines

- **Traitement adjuvant** : régime sans sel et pauvre en glucides, Vitamine D + Calcium
- **Effets secondaires** : diabète, HTA, ulcère gastrique, aspect Cushingoïde

- **Traitement complémentaire** :

- **Insuffisance cardiaque** : diurétique + vasodilatateur +/- Digoxine (si pas de contre-indications)
- **Chorée de Sydenham** :
 - Halopéridol : 0.2-0.4 mg/j en 2 prises, à augmenter progressivement chaque 2-3 jours et arrêter 2 semaines après la disparition des symptômes
 - Le traitement par les corticoïdes est indiqué si signes de RAA

Prévention

- **Prévention primaire** : traitement de toute angine streptococcique chez un enfant âgée plus de 4 ans, éducation de l'enfant et de sa famille de risque de l'angine non ou mal traitée
- **Prévention secondaire** :
 - **Buts** : prévenir les récurrences de crises de RAA
 - **Modalités** : éducation de l'enfant et de sa famille

Benzyl-Benzathine-Pénicilline	Pénicilline V	Erythromycine
0.6 MUI/21 jours si < 30 kg 1.2 MUI/21 jours si ≥ 30 kg	Si cardite grave : 50.000 UI/j en 2 prises si < 30 kg ou 100.000 UI/j si ≥ 30 kg	Si allergie à la Pénicilline 200 mg/kg/j en 2 prises

- **Durée** :

RAA sans cardite ou chorée isolée	Au moins 5 ans après la dernière poussée de RAA Au minimum jusqu'à 21 ans
RAA avec cardite sans séquelles	Au moins 10 ans après la dernière poussée de RAA Au minimum jusqu'à 25 ans
RAA avec cardite et séquelles RAA opéré	Au moins 10 ans après la dernière poussée de RAA Au minimum jusqu'à 40 ans (voire à vie)

- **Prévention tertiaire** : prophylaxie de l'endocardite d'Osler, si cardite séquellaire

Conclusion

- Le RAA est un fléau social
- Sa gravité liée au risque de complications cardiaques
- Intérêt de la prévention primaire et secondaire par implication de tous le personnel de la santé