

# Rhumatismes post-infectieux

DR C HASSANI

CHU Issad Hassani Benimessous

# DEFINITION

- ▶ Le terme rhumatisme post infectieux signifie des arthrites **stériles** survenant suite à une infection bactérienne ( le plus souvent) , celui-ci doit être différencié des arthrites septiques où le germe est retrouvé au niveau de l'articulation.



Arthrites réactionnelles

Rhumatisme post-streptococcique

# Arthrites réactionnelles

- ▶ Les arthrites réactionnelles sont des arthrites stériles, survenant dans le mois suivant une infection bactérienne d'origine digestive ou urogénitale.
- ▶ Elles sont associées dans 60 % à 80 % des cas à l'allèle HLA-B27 et font partie du groupe des spondylarthropathies.
- ▶ Le diagnostic clinique est aisé en cas de forme complète, réalisant le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, caractérisé par la triade : oligoarthrite, touchant les grosses articulations des membres inférieurs, urétrite et conjonctivite.
- ▶ Cependant, les formes incomplètes d'arthrite réactionnelle sont fréquentes et peuvent prendre la forme d'une monoarthrite ou d'une oligoarthrite nue.

# Germes incriminés

- ▶ Classiquement, les arthrites réactionnelles sont secondaires à une infection génitale (urétrite, cervicite) ou une infection digestive (diarrhée).
- ▶ Les AR à porte d'entrée génitale: *Chlamydia trachomatis*  
*Ureaplasma urealyticum*
- ▶ Les AR à porte d'entrée digestive: *Shigella*, *Yersinia*, *Salmonella*

### **Porte d'entrée génitale**

*Chlamydia trachomatis*

### **Porte d'entrée digestive**

*Shigella dysenteriae* et *flexneri*

*Salmonella enteritidis* et *typhimurium* *Yersinia enterocolitica* et  
*pseudotuberculosis* *Campylobacter jejuni*

### **Autres causes possibles (liste non exhaustive)**

*Ureaplasma urealyticum*

Vaccination anti salmonelle

BCG thérapie intravésicale

Parasites (amibes, taenias, lamblase...)

# Epidémiologie

- ▶ La prevalence varie shematiquement entre 5 et 1/100000 habitants
- ▶ Le sexe ratio est proche de 1 pour les AR post-enteriques
- ▶ Alors qu'il existe une forte predominance masculine des AR déclenchées par une urethrite(10 homme/1femme)
- ▶ L'age moyen de survenue entre 20 et 30 ans

# CLINIQUE

- ▶ La forme la plus complète réalise le syndrome de « Fiessinger - Leroy - Reiter » caractérisé par la triade « oculo-uréthro-synoviale ».
- ▶ Cette forme complète est devenue rare.
- ▶ Le plus souvent ce sont des formes incomplètes.

## Circonstances du diagnostic :

- Monoarthrite ou oligoarthrite des membres inférieurs chez un sujet jeune.
- Notion : d'urétrite, conjonctivite, diarrhée, dans les 3-4 semaines ayant précédé l'arthrite.

# Manifestations articulaires

- ▶ Une oligoarthrite typiquement asymétrique prédominant sur
- ▶ les grosses articulations des membres inférieurs dans l'immense majorité des cas.
- ▶ Elle intéresse: Genoux, chevilles, les métacarpo-phalangiennes, les poignets aux membres supérieurs.
- ▶ Ténosynovites + arthrites = dactylite ou orteil en saucisse.
- ▶ Enthésopathies périphériques: Talalgies inflammatoires
- ▶ Une atteinte axiale pelvirachidienne dans 30 % à 90 % des cas, dès le premier épisode aigu, se traduisant le plus souvent par des lombalgies ou des fessalgies d'horaire inflammatoire.





**Figure 1.** Dactylite ou orteil en « saucisse ». Épaississement de l'ensemble du quatrième orteil.



**Figure 2.** Enthésite achilléenne. Épaississement et inflammation de l'insertion du tendon d'Achille.

# Manifestations oculaires

- ▶ **Conjonctivite banale** : 60% des cas.
  - La plus fréquente, souvent bilatérale et fugace.
  - - Hyperhémie de la conjonctive palpébrale.
  - - S'accompagne souvent d'un écoulement mucopurulent dont les cultures restent stériles.
  - - Rétrocède rapidement même sans traitement (7-10 jours).

# Manifestations oculaires

## □ Uveite : 12%

- Habituellement unilatérale,
- se traduit habituellement par un œil rouge douloureux et des troubles de la vision.
- Disparaissent sans séquelles sous traitement (sauf si retard thérapeutique)

## □ Kératite: rare

# Manifestations urogénitales

- ▶ En cas de porte d'entrée génitale, l'urétrite précède les signes articulaires. Celle-ci se traduit par une dysurie et un écoulement mucopurulent peu abondant.
- ▶ Elle peut aussi être aseptique et alors faire partie intégrante des symptômes de l'ARé ; dans ce cas, elle survient le plus souvent en même temps que les signes articulaires.
- ▶ L'urétrite peut s'associer à une prostatite, une épididymite ou une orchite.

# Manifestations cutanéomuqueuses

## ► Kératodermie blennorragique de Vidal-Jaquet :

- Se voit dans les formes post-vénériennes, exceptionnelle dans les formes dysentériques.
- C'est le signe cutané le plus évocateur.
- L'éruption débute par une macule, papule ou pustule, à la paume ou à la plante, pouvant s'étendre ensuite sur toute la surface palmo-plantaire.
- Les lésions évoluent vers la confluence, réalisant un cône induré hyperkératosique enchâssé dans le derme en « clou de tapissier »



# Manifestations cutanéomuqueuses

## ► Lésions génitales :

- S'observent dans les AR post-vénériennes ou dysentériques.
- - Balanite circinée : la plus spécifique.
- - Erosions périméatiques.
- - Erosions du gland.
- - Lésions psoriasiformes.

# Manifestations cutanéomuqueuses

- ▶ Lésions hyperkératosiques : Peuvent se voir sur la peau et le cuir chevelu.
- ▶ Lésions des ongles:
  - atteintes unguéales très voisines de celles du psoriasis pustuleux (pustules, hyperkératose, onycholyse)
  - mais cette atteinte est exceptionnellement isolée.



# Manifestations cardiaques

- ▶ Rares et tardives commune a tous les formes de SpA
- ▶ une myocardite ou une péricardite :
- ▶ Des troubles de la conduction (principalement bloc auriculoventriculaire du premier degré) ;
- ▶ Insuffisance aortique.

# Autres atteintes

- ▶ Des signes généraux modérés sont habituels :
- ▶ fièvre autour de 38 °C, altération de l'état général (amaigrissement, asthénie parfois importante). Une amylose rénale AA a été rapportée dans les formes chroniques de façon exceptionnelle.

# Diagnostic biologique

- ▶ Le syndrome inflammatoire peut être très intense. □
- ▶ L'examen du liquide articulaire montre un liquide inflammatoire riche en PN, sans cristaux ni germes.
- ▶ HLA B27 : retrouvé dans 60% des cas.
- ▶ □Bilan immunologique : pas d'élévation des FAN, FR, ASLO.

## ► Sérologies et prélèvements bactériologiques de la porte d'entrée:

L'identification du germe n'a en pratique qu'un intérêt limité dans les arthrites réactionnelles post-dysentériques, une antibiothérapie dans ce cas n'a jamais apporté la preuve d'une quelconque efficacité sur les manifestations articulaires.

- Dans les AR post-vénériennes, la situation est différente, le portage génital de Chlamydia, même s'il est peu symptomatique, peut être à l'origine de complications génitales (notamment chez la femme). - L'identification du C.Trachomatis nécessite un traitement antibiotique, chez le patient et son partenaire sexuel. - De plus, des études ont montré qu'une antibiothérapie prolongée (3 mois) par cycline ou macrolides est susceptible de réduire la durée et l'incidence des rechutes de l'arthrite réactionnelle à Chlamydia.

# Techniques

- ▶ Prelevement genitale par ecouvillonnage et la mise en culture sur une lignée cellulaire: spécificité 100% sensibilité 50%
- ▶ La détection de l'ADN bactérien par amplification génique(PCR) est la technique de référence: spécificité 100% sensibilité >95%

# Radiologie

- ▶ Au début : aspect normal ou déminéralisation osseuse modérée juxta-articulaire.
- ▶ Aux stades avancés (parfois) : déminéralisation osseuse, pincement articulaire, érosions des extrémités, périostite des os longs, enthésites ossifiantes (calcanéite, syndesmophytes grossiers et asymétriques), sacro-iliite (40-60%) souvent unilatérale et asymptomatique.

# Evolution

- ▶ Très variable d'un patient à l'autre.
- ▶ Parfois l'arthrite réalise une poussée unique (30%), évoluant de quelques semaines à 6 mois, sans récurrence.
- ▶ Ailleurs, l'arthrite réactionnelle récidive (50-60%), spontanément ou après une réinfection génitale ou intestinale.
- ▶ Enfin, l'évolution peut se faire vers la chronicité (20%), surtout chez les sujets HLA B27, réalisant un tableau de spondylarthropathie périphérique, axiale ou mixte.
- ▶ Décès : exceptionnel, dû à une amylose ou à une atteinte cardiaque.

# Traitement

- But:
- ❑ Traitement des poussées articulaires.
- ❑ Traitement / prévention des infections déclenchantes.



# Traitement préventif

- ▶ Prévention des MST lors des rapports sexuels.
- ▶ Hygiène alimentaire.
- ▶ Traitement rapide de l'infection urogénitale.

# Traitement symptomatique

- ▶ AINS : efficaces la plupart du temps.
- ▶ Dans les formes rebelles et invalidantes, on peut donner des corticoïdes à forte dose voire des bolus de méthylprednisolone.
- ▶ Infiltration locale de corticoïdes : si épanchement récidivant.
- ▶ Synoviorthèse isotopique : si échec aux infiltrations.
- ▶ Kinésithérapie : contre les attitudes vicieuses.

# Traitement antibiotique

- ▶ AR à porte d'entrée génitale :
- ▶ But : réduire la durée d'évolution et l'intensité de l'AR, ainsi que le risque de récurrence.
- ▶ - Erythromycine (2g/j), terramycine (200mg/j), doxycycline (200mg/j), rifampicine (600mg/j).
- ▶ - Durée : 3-6 mois.
- ▶ - Le traitement des partenaires est obligatoire.

# Traitement antibiotique

- ▶ AR à porte d'entrée digestive :
- ▶ - Efficacité non démontrée des antibiotiques.
- ▶ - Intérêt avant l'installation de l'arthrite.

# Traitement de fond

- ▶ dans les formes chroniques.
- ▶ Sulfasalazine : 2g/j. indiquée surtout dans l'AR + VIH et seul traitement de fond dont la preuve d'efficacité a été établie dans les AR chroniques.
- ▶ Méthotrexate : 10-20 mg/semaine. Pour les manifestations cutanéomuqueuses et articulaires.
- ▶ Anti TNF $\alpha$  : l'Infliximab a été essayé avec une efficacité nette dans les formes chroniques.

# Indications

- ▶ Forme habituelle : repos, antalgiques, AINS ± infiltrations.
- ▶ Forme trainante : synoviorthèse, Sulfasalazine.
- ▶ Formes sévère : AINS, corticoïdes, méthotrexate.
- ▶ Lésions cutanées : désinfection + dermocorticoïdes.

# Rhumatisme streptococcique

- ▶ Il s'agit des manifestations rhumatismales inflammatoires secondaires à une infection pharyngée à streptocoque bêtahémolytique du groupe A de Lancefield. Elles associent à l'atteinte articulaire les autres manifestations, excluant toutefois de manière arbitraire l'atteinte néphritique.
- ▶ 2 syndromes ont été individualisés:
  1. Rhumatisme articulaire aigu
  2. Rhumatisme post-streptococcique

# Epidemiologie

- Régression du RAA dans les pays développés. Par contre, dans les pays en voie de développement, il demeure la 1ère cause de cardiopathie acquise chez l'enfant et l'adulte jeune.
- Prévalence: 0.005% en France.
- Incidence: 0,006% en Algerie (2000).
- Age : 5-15 ans. nulle avant 4 ans.
- Le point de départ rhinopharyngé est indispensable.



# Pathogénie

- ▶ La notion de toxicité directe du streptocoque lui-même ou de ses toxines est totalement abandonnée.
- ▶ réponse immunologique cellulaire ou humorale anormale aux antigènes de la membrane cellulaire du streptocoque A.
- ▶ arguments en faveur :
  1. Intervalle libre entre l'épisode infectieux et le RAA ;
  2. Nécessité de contacts répétés avant d'acquérir une immunité antistreptococcique → le RAA survient après 4 ans ;
  3. Taux plus élevé d'Ac antistreptococciques chez les RAA que chez ceux ayant une pharyngite streptococcique simple.

# Rhumatisme articulaire aigu (RAA)

- ▶ La forme classique est la maladie de Bouillaud. Elle est précédée dans un délai de 15 à 20 jours par une infection des voies aériennes supérieures à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A non ou insuffisamment traitée. Le début est variable, il peut débuter brutalement (arthrite), ou insidieusement (AEG).

# Manifestations articulaires

- ▶  $\frac{2}{3}$  des enfants et la plupart des adultes.
- ▶ Polyarthrite aiguë fébrile, parfois oligoarthrite, voire monoarthrite (10%)
- ▶ siège : grosses articulations, surtout des membres inférieurs (genoux, chevilles, plus rarement coudes, poignets, hanches, épaules).
- ▶ L'arthrite est fugace (s'améliorant spontanément en 1 à 5 jours et disparaissant sans séquelles), migratrice (passant d'une articulation à l'autre sans ordre précis) ;
- ▶ Le liquide synovial est inflammatoire, prédominance des PN ; stérile.

# Manifestations cardiaques

- ▶ facteur pronostique majeur du RAA, immédiat (insuffisance cardiaque) ou tardif (valvulopathie). 15-40%.
- ▶ Atteinte endocardique : insuffisance mitrale, insuffisance aortique. L'échocardiographie permet la confirmation.
- ▶ Atteinte myocardique : insuffisance cardiaque de mauvais pronostique.
- ▶ Atteinte péricardique : frottement péricardique, cardiomégalie → ECG + échocardo. Fréquente chez l'adulte.

# Manifestations cutanées

- ▶ nodosités de Meynet : rares. fermes, mobiles, non inflammatoires, siégeant à la face d'extension des coudes, genoux, poignets et doigts. disparaissent en moins d'1 mois.
- ▶ L'érythème marginé : rare. macules rosées, non prurigineuses, non indurées, d'évolution centrifuge, localisées au tronc et à la racine des membres. fugaces, récidivantes.

# Chorée de Sydenham

- ▶ Terrain : filles de 5 à 15 ans, rarement l'adulte jeune.
- ▶ Début : insidieux ; maladresse accentuée par l'émotion.
- ▶ Tableau typique : mouvements choréiques, bilatéraux mais asymétriques, prédominant à la racine des membres + hypotonie musculaire généralisée. Aggravation par l'effort et le stress.
- ▶ évolution : disparition en quelques mois, sans séquelles.

# Examens complémentaires

- ▶ VS accélérée, CRP positive
- ▶ Signes d'infection streptococcique: nécessaire au diagnostic
- 1. Prélèvement de gorge :
  - L'interprétation est délicate ; le plus souvent négatif (75%).
  - Doit être réalisé dans des conditions techniques précises.
  - Etude par examen direct.
- 2. Diagnostic sérologique :
  - ASLO : est réalisé en première intention, > 200UI/ml.
  - Ac antidésoxyribonucléases B ou antistreptodornases B : en deuxième intention  $\geq 400$  ou 800 UI/ml.

# Diagnostic positif

- ▶ critères diagnostiques de Jones modifiés:

Critères majeurs	Cardites - Polyarthrite - Chorée - Erythème marginé - Nodosités sous-cutanées.
Critères mineurs	Cliniques : fièvre, polyarthralgies biologiques : augmentation de la VS ou hyperleucocytose. ECG : allongement de l'intervalle PR
Preuves d'une infection streptococcique	Taux ↑ ASLO ou des autres anti- strept ou leur élévation au cours de l'évolution. Ou Une culture positive au prélèvement de gorge.

- Diagnostic retenu si: 2 critères majeurs ou 1 majeur + 2 mineurs + preuve d'infection streptococcique.



# Evolution

- ▶ A court terme :
  - L'arthrite et la fièvre disparaissent en quelques jours.
  - La péricardite guérit sans séquelle.
  - L'endocardite est d'évolution variable.
  - La VS se normalise en 8-10 jours.
- ▶ A moyen et long terme :
  - Récurrence : à l'occasion d'une réinfection. Réapparition des signes. Risque d'aggravation des lésions cardiaques.
  - Séquelles cardiaques : IM fréquente, IAO grave, RM tardif → risque de greffe bactérienne.
  - Séquelles articulaires : transitoires.

# Rhumatisme post-streptococcique

- ▶ Distingué du RAA par son mode évolutif subaigu.
- ▶ Il s'agit d'un syndrome articulaire inflammatoire aigu secondaire à une infection pharyngée à streptocoque et ne répondant pas, par définition, aux critères de Jones
- ▶ Terrain : adulte jeune, 10 à 15 jours après une infection streptococcique.
- ▶ Description : oligo- ou polyarthrite des membres inférieurs, moins fluxionnaire que le RAA et peu mobile, sensible à l'aspirine.
- ▶ Evolution : de manière subaiguë sur plusieurs mois ou années, guérissant sans séquelles.
- ▶ Pronostic : plus favorable que celui du RAA (absence d'atteinte cardiaque).

# Traitement

- ▶ Antibiothérapie antistreptococcique -  
Eradication du streptocoque A des voies aériennes. - pénicilline V : 1 à 2 millions d'unités/j en 3 ou 4 prises pendant 10j. - pénicilline G benzathine : 600 000 à 1 200 000 U, injection unique.  
- En cas d'allergie → érythromycine (1 g/j)
- ▶ Traitement anti-inflammatoire -  
Prednisone : 2 mg/kg/j, sans dépasser 80 mg/j, répartie en 3 ou 4 prises ; dose maintenue jusqu'à normalisation des signes biologiques d'inflammation (8-10j). - puis réduction progressive tous les 5 jours pour une durée totale de 6 semaines en l'absence d'atteinte cardiaque et de 8 à 12 semaines en cas de cardite.  
- Aspirine : en cas de cardite modérée ou absence d'atteinte cardiaque ; efficacité spectaculaire sur l'atteinte articulaire.  
- AINS : résultats identiques à ceux de l'aspirine.
- ▶ Mesures symptomatiques - Repos : selon l'importance des troubles. -  
défaillance cardiaque : traitement digitalodiurétique. - Tamponnade : ponction.

# Prophylaxie

- ▶ Prévention primaire : Traiter toute angine streptococcique.
- ▶ Prévention secondaire : Extencilline IM toutes les 3-4 semaines, pendant 5 ans sans cardite, plus voire à vie si cardite.
- ▶ Prévention tertiaire : Si valvulopathie. Même schéma + antibioprophylaxie avant tout geste( soins dentaire...).