

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE



Dr BOUDOUAYA

Service de Pédiatrie - C.H.U Neffissa Hamoud

INTRODUCTION

❑ DEFINITION:

Une maladie inflammatoire **aigue non suppurative**, survenant à distance d'une infection des voies aériennes supérieures, due au **Streptocoque Béta Hémolytique du groupe A**.

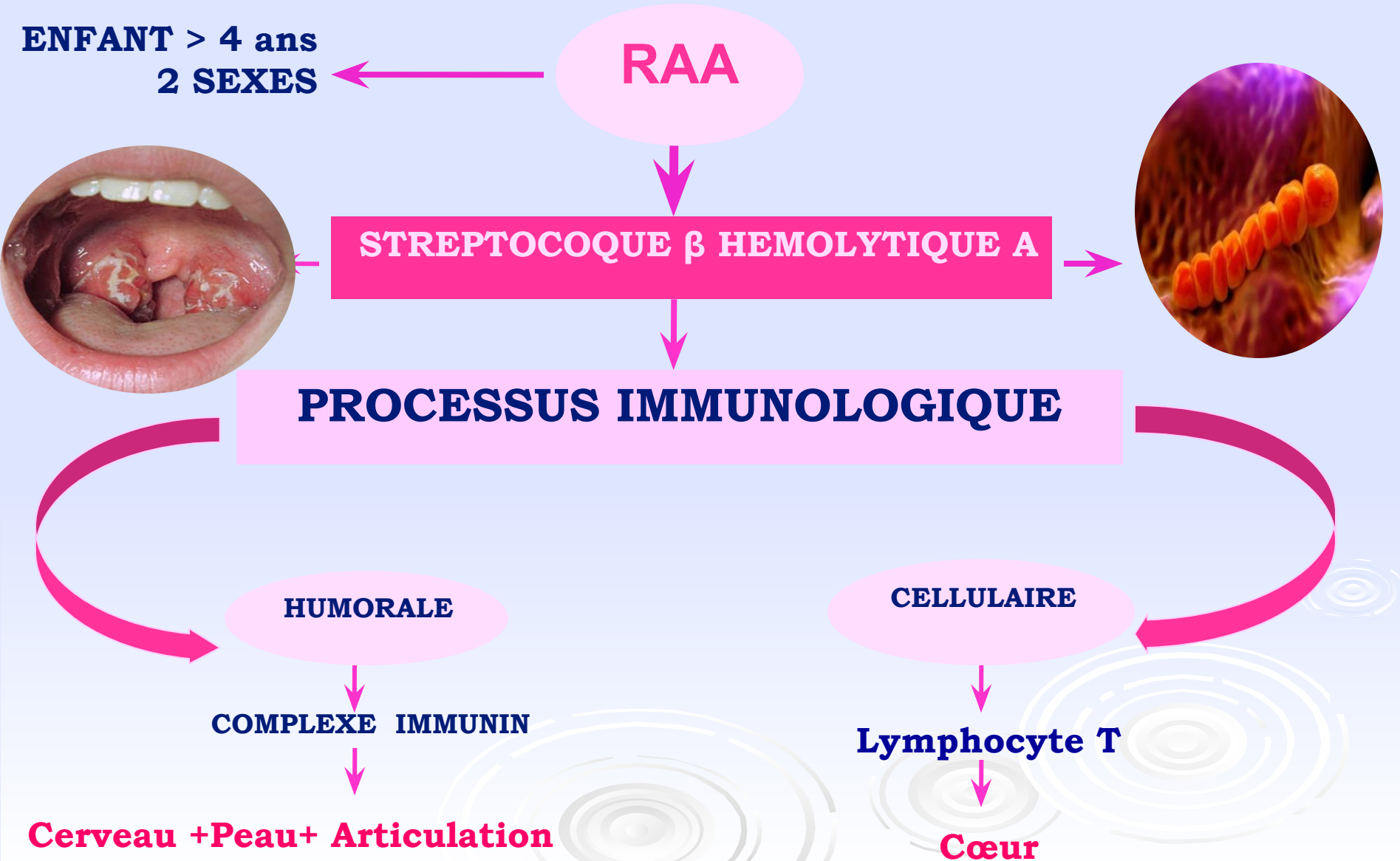
INTERET:

Fréquence : 2% - 4% tranche d'âge scolaire

Pronostic : MEJ Pronostic vital (IC) + séquelles valvulaires

Prévention : TRT correct de toute angine streptococcique

PHYSIOPATHOLOGIE I

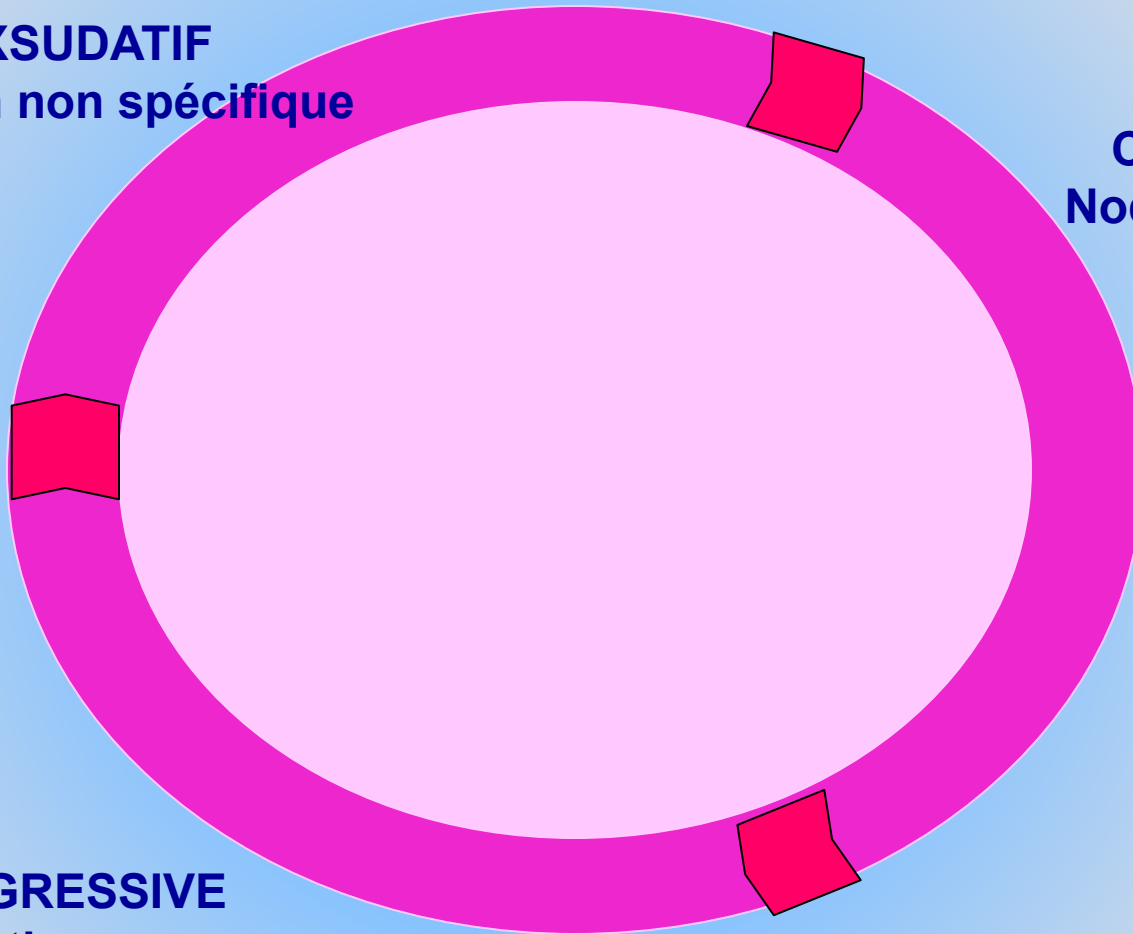


PHYSIOPATHOLOGIE

PHASE EXSUDATIF
Inflammation non spécifique

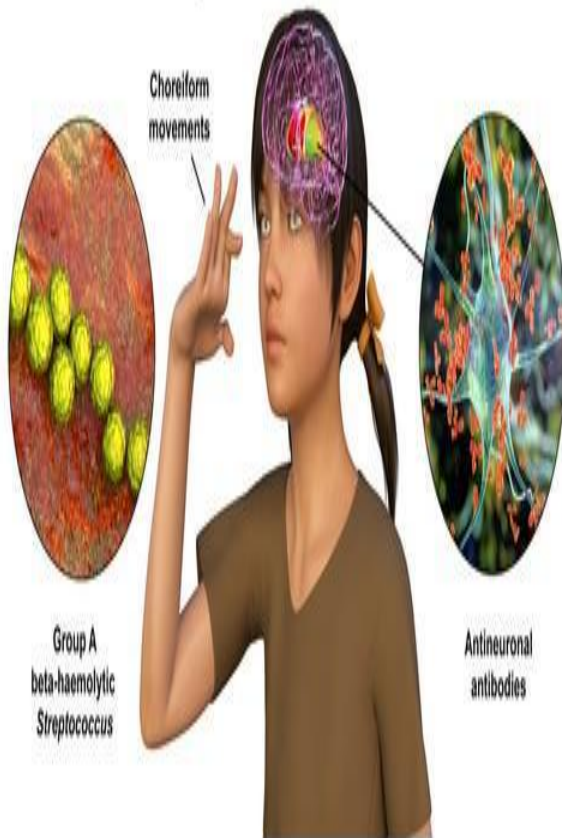
**PHASE
CELLULAIRE**
Nodule d'Aschoff

PHASE REGRESSIVE
Cicatrisation
scléreuse rétractile

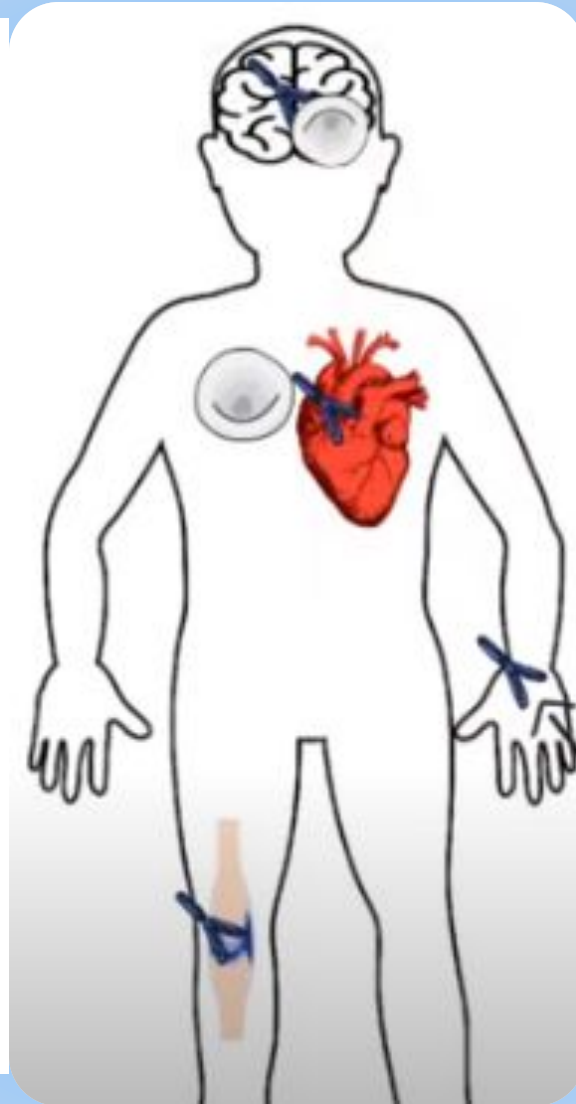


PHYSIOPATHOLOGIE

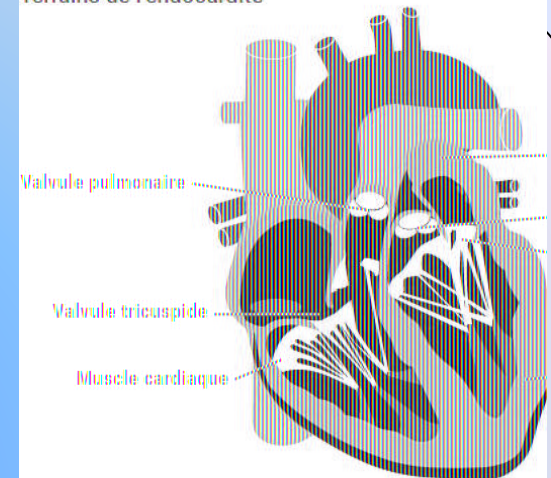
Sydenham's Chorea



shutterstock.com · 1967580541



Terrains de l'endocardite



DIAGNOSTIC

POSITIF I

CLINIQUE:

- Enfant >2ans
- **Intervalle libre:** 1 – 2 semaines
- Début :Syndrome infectieux + signes digestifs



POLYARTHRITE AIGUE

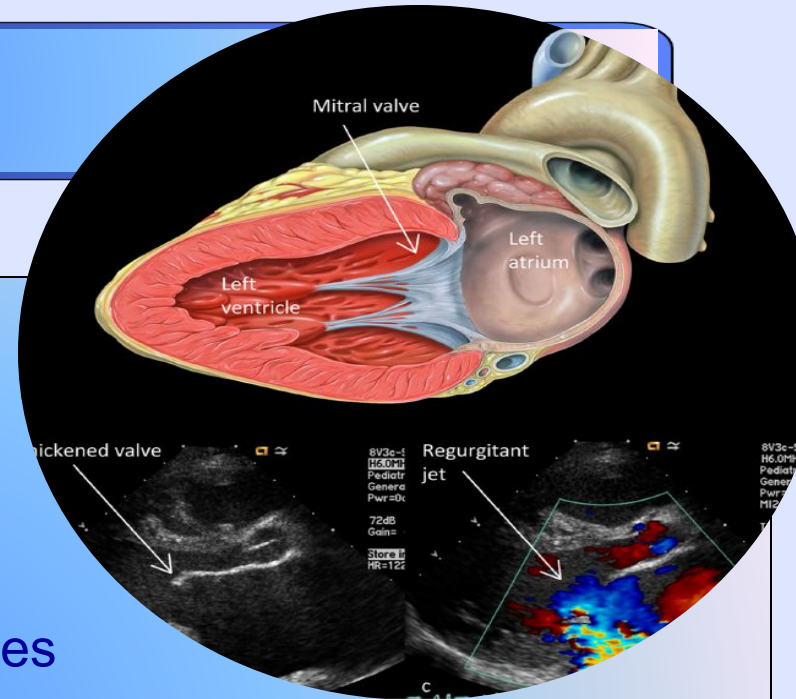
- Manifestation **la plus fréquente**
- Remarquable par sa **topographie** + son **évolution**
- Membres inférieurs +++ **grosses articulations**: genoux, chevilles puis s'étend aux membres supérieurs
- Douleur et phénomène inflammatoire max: 12 à 24h
- L'atteinte est: **mobile, fugace**
- **Réponse spectaculaire à l'aspirine**
- **Evolution sans séquelles**





CARDITE

- Fait toute **la gravité de RAA**
- **Précoce** si poussée: 02 premières semaines
- Décelée 50%(l'examen clinique seul)et 70%(l'échocardiographie Doppler)
- **Pancardite inflammatoire**



ENDOCARDITE/ VALVULITE

- Rechercher systématiquement par l'auscultation quotidienne / biquotidienne: **apparition d'un souffle d'insuffisance valvulaire**
- L'atteinte **aortique** est moins fréquente que l'atteinte **mitrale**.

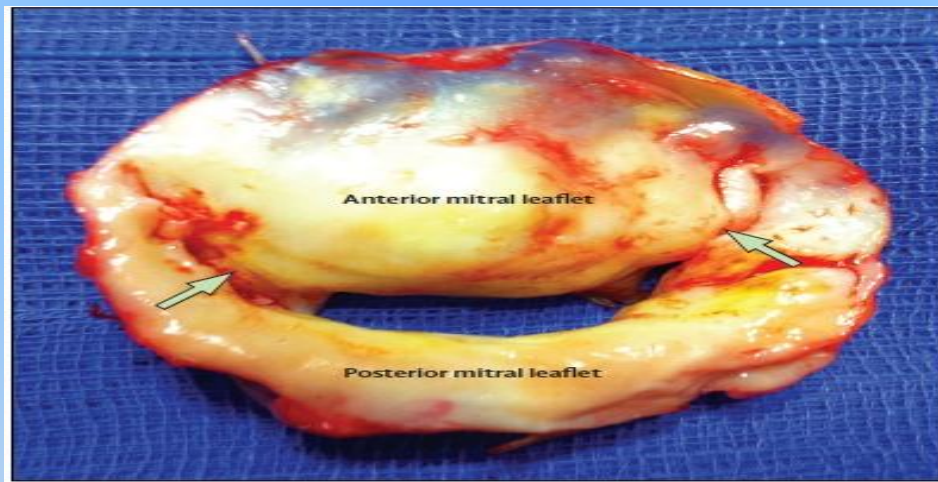
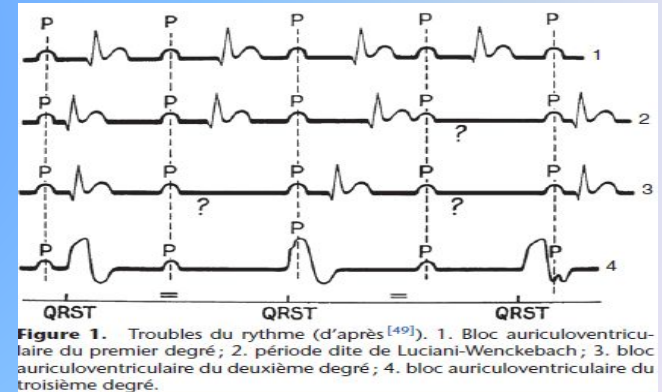


Figure 2: Macroscopic view of a rheumatic mitral valve
Typical features of advanced rheumatic valve disease such as bicommissural fusion (arrow) and retraction of the anterior mitral leaflet are shown. Image courtesy of Stéphane Aubert, Clinique Ambroise Paré, Neuilly-sur-Seine, France.

MYOCARDITE

- Peu fréquente et souvent latente
- Tachycardie persistante: signe précoce
- Si patente: dyspnée, assourdissement des BDC, tachycardie et bruit de galop
- Radio de thorax: cardiomégalie
- ECG**: Allongement de PR
Des périodes de Luciani Wenkebach,
Des rythmes jonctionnels accélérés ou
Un bloc auriculo-ventriculaire complet



PERICARDITE

- Peu fréquente
 - Des précordialgies,
 - Un frottement péricardique,
 - Une augmentation du V³ cardiaque sur la Radio du thorax,
 - Des Troubles de la repolarisation à l'ECG
- La **tamponnade** est exceptionnelle.
- La péricardite n'évolue **jamais vers la constriction** et guérit sans séquelles.

CLASSIFICATION CARDITE

- **Cardite légère** = souffle peu intense, ICT normal, péricardite isolée.
- **Cardite modérée** = souffle intense persistant, $ICT \leq 0,55$
- **Cardite sévère** = IM, IAo, souffle gros débit, $ICT \geq 0,55$

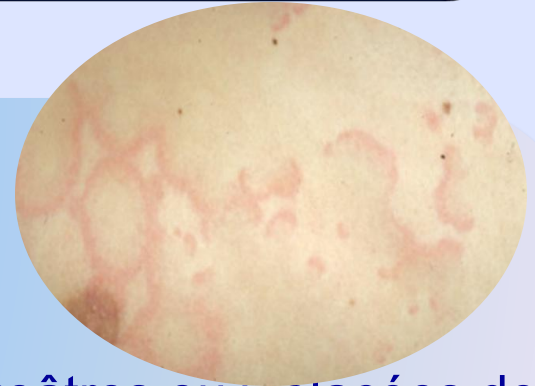
CHOREE DE SYDNHAN



Danse de Saint-Guy

- Rare, due au AC anti-noyaux codés et anti-noyaux gris centraux
- Manifestation **tardive**, 03 à 06 mois après l'épisode aigue voir **12 mois**
- Caractère le plus souvent **isolé**
- **Difficulté** d'apporter la preuve d'une infection streptococcique
- Début est insidieux: hypotonie et une modification de l'humeur.
- À la phase d'état:
 - Ataxie , trouble de langage et l'écriture illisible puis impossible
 - Mouvements anormaux : involontaires rapides, amples, et siégeant aux racines des membres..

ERYTHEME MARGINE DE BESNIER



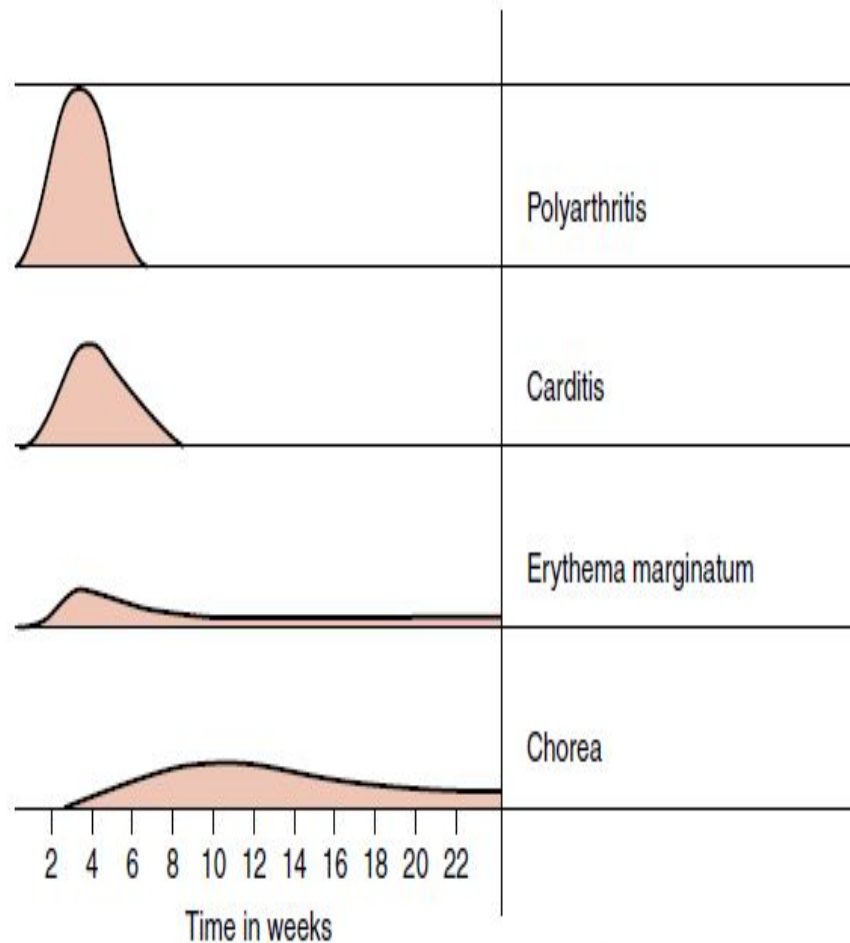
- Eruption non prurigineuse : macules ou papules rougeâtres ou violacées de 1 à 5 mm
- S'agrandissent pour atteindre un à plusieurs centimètres, avec une zone **périphérique serpigineuse rose ou rouge** nettement délimitée et une **zone centrale pâle**
- Sur le tronc, parfois aux extrémités mais non à la face
- L'éruption est **fugace** et **s'accentue sous l'effet de la chaleur**

NODULE DE MEYNET

- Rares et coïncident très souvent avec une cardite
- Fermes et indolores, de la taille d'une noix ou d'une noisette
- Siègent aux insertions tendineuses des saillies osseuses des articulations
- Chaque élément apparaît et disparaît brusquement en 1 à 2 semaines sans laisser de trace



CHRONOLOGIE



DIAGNOSTIC POSITIF II

PARACLINIQUE

SIGNE INFLAMMATOIRE
HYPERLEUCOCYTOSE
CRP ++++
VS ≥ 50 H1



PREUVE INFECTION STREPTOCOCCIQUE
ASLO ≥ 400 UI
Anti DNase

TLT+ ECG+Echodoppler

CRITERES JONES

<u>Critères majeurs</u>	Critères mineurs		Preuve de l'infection streptococcique
	cliniques	biologiques	
<ul style="list-style-type: none"> -Polyarthrite -Erythème marginé de <u>Besnier</u> -Nodules sous cutanés de <u>Meynet</u> -Cardite -Chorée de Sydenham 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Fievre</u> arthralgie 	<ul style="list-style-type: none"> Vs accéléré CRP+ Allongement du PR 	<ul style="list-style-type: none"> -Prélèvement de gorge avec test d'identification antigénique rapide positif ou culture positive -Elévation des taux d'anticorps sériques (ASLO ou anti <u>DNaseB</u>)

DIAGNOSTIC POSITIF 1^{ère} Poussée



**INFECTION
STREPTOCOCCIQUE**

2 manifestations majeures

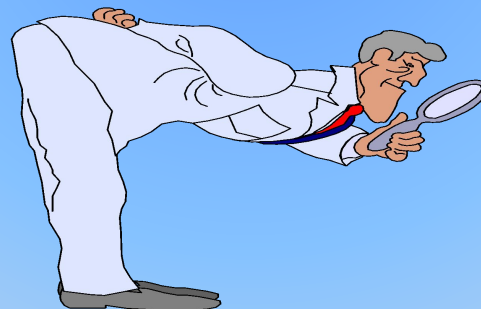
1 manifestation majeure + 2 M.mineures

DIAGNOSTIC POSITIF récidive

**INFECTION
STREPTOCOCCIQUE**

1 manifestations majeure

plusieurs M. mineures



Exception aux critères de Jones :

- ☐ **La chorée** : Son apparition est retardée. Elle peut être le seul signe de RAA.
- ☐ **La cardite évoluant à bas bruit (cardite insidieuse)** : amenant le patient à ne consulter que tardivement par rapport à la phase aigüe.
- ☐ **Les récurrences de RAA** :
 - En cas de récurrence de RAA chez un patient sans antécédents de cardiopathie rhumatismale, les mêmes critères s'appliquent
 - En cas de récurrence de RAA chez un patient **avec** antécédents de cardiopathie rhumatismale : 2 critères mineurs + la preuve d'une infection streptococcique .
 - ☐ Les syndromes post-streptococciques mineurs =
3 critères mineurs + preuve d'une infection streptococcique récente.

TRAITEMENT

BUTS

- ☐ lutter contre l'inflammation
- ☐ Améliorer le pronostic
- ☐ Stériliser tout les foyers infectieux streptococciques



TRAITEMENT ANTI INFECTIEUX



❖ RHD/

Repos +R sans sucre hyposodé

❖ Antibiothérapie:

Oracilline

Benzyl benzathine pénicilline

Erythromycine

❖ Anti inflammatoire: prednisone 2mg/kg/J

Directives programme national RAA 2000

RAA sans cardite:

TRT d'attaque: 2 semaines

TRT d'entretien: 6 semaines

RAA +cardite légère+ modérée:

TRT d'attaque: 3 semaines

TRT d'entretien :6 semaines

RAA+ cardite sévère

TRT d'attaque: 3 semaines

TRt d'entretien: 9 semaines



SURVEILLANCE



❑ CLINIQUE:

- POIDS
- TENSION ARTERIELLE
- CONSTANTES HEMODYNAMIQUES
- DIURESE

❑ BIOLOGIE:

- VS
- CRP

❑ ECG

❑ RADIO THORACIQUE

❑ ECHOCARDIOGRAPHIE

PREVENTION



Prévention primaire:

- TRT : Angine chez l'enfant âgé de 4 ans ou plus

Prévention secondaire: 1 injection BBP/21J

- RAA avec **cardite séquellaire** ou porteur de prothèse
- RAA avec **cardite sans séquelles**
- RAA sans **cardite** (ou chorée isolée)
- Prévention de la greffe bactérienne:
- Traitement antibiotique systématique

CONCLUSION

MIEUX VAUX PREVENIR QUE GUERIR

