

LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE ET SES COMPLICATIONS CARDIAQUES

- Le RAA est l'ensemble des manifestations inflammatoires touchant essentiellement le cœur, les articulations, le SNC, dû à une complication retardée d'une infection des VAS par le Streptocoque B-Hémolytique du groupe A (SBHA)
- Les complications cardiaques du RAA sont les cardiopathies les plus fréquentes en Algérie
- Problème de santé publique, son incidence est de 1,6 pour 100000 habitants
- Facteurs favorisants : infections à SBHA, conditions socio-économiques défavorables, susceptibilité individuelle à la maladie
- Maladie survient entre 4 et 19 ans rare après 30ans

Pathogénie :

- Elle est secondaire à une angine à SBHA, l'atteinte cutanée à SBHA ne cause pas de RAA
- Caractéristique du SBHA :
 - **protéine M** : antigénique, facteur important de virulence en s'opposant à la phagocytose, confère une immunité durable, **antigénécité croisée** avec certaines cellules cardiaques, nerveuses du noyau caudé et antigènes articulaires
 - **protéine T** : permet à la bactérie de se fixer à l'oropharynx
 - **acide lipoteichoïque** : permet l'adhésion de la bactérie aux cellules épithéliales de la cavité buccale
 - **polysaccharide C** : **antigénécité croisée** avec les glycoprotéines des valves cardiaques
 - **des enzymes** : streptokinas, streptolysine O, streptohyaluronidases, streptodornase
- **l'atteinte cardiaque** serait secondaire à une réaction immunologique à **médiation cellulaire**
- **les atteintes articulaires et rénales** sont dues à des dépôts de **complexes mineurs circulants**
- susceptibilité génétique : AG de classe II DR4, DR2, DR1 et la classe I B35

Anapath :

- lésions initiales : non spécifiques, exsudatives, réversibles, touchant les articulations et le myocarde
- lésions secondaires :
 - lésions caractéristiques : **nodule d'Aschoff**
 - la gravité de l'atteinte cardiaque est due à l'atteinte des valves cardiaques

Diagnostic positif :

➤ manifestation majeurs

1) **cardites** : forme grave du RAA

- insuffisance mitrale, atteinte de la valve tricuspide
- péricardite aigue : régresse rapidement sans séquelle (pas de péricardite constrictive)
- myocardite : +/-
- les cardites : légères (souffle peu intense + cœur de taille +/- normale) ou modérées (souffle intense persistant après la crise + cardiomégalie légère) sévères

2) **polyarthrite aigue** :

- manifestation la plus fréquente
- touche les grosses articulations, migratrice, n'entraîne jamais de déformations articulaires

3) **chorée de Sydenham**

- rare, touche surtout les filles entre 5 et 15 ans
- manifestation retardée 2 à 6 mois après les signes inflammatoires
- mouvements choréiques + labilité émotionnelle
- ne laisse pas de séquelles neurologiques

4) **érythème marginé** :

- rare
- exanthème transitoire et migrateur, non prurigineux, indolore
- touche le tronc et les membres, jamais le visage

5) **nodules sous cutanées de Meynet** :

- faible fréquence
- nodules fermes et douloureux, non adhérent à la peau, sans signes inflammatoires
- siègent à la face d'extension des articulations (coude, genou, poignet), région occipitale, en regard des apophyses épineuses dorsales ou lombaires

➤ **manifestations mineurs :**

- 1) **cliniques** : fièvre, polyarthralgies
- 2) **biologiques** : CRP (+), VS \geq 50mm à la 1^{ère} heure
- 3) **ECG** : PR \geq 0,12 sec

➤ **preuves d'une infection streptococcique antérieure dans mes 45 jrs**

- 1) **augmentation des ASLO** (>250 UI) ou des autres AC (ex : AC anti-dronas B) ou leurs élévation au cours de l'évolution
- 2) **culture des premiers prélèvements de gorge** : positive
- 3) **tests rapides** : positifs
- 4) **scarlatine** récente

- 5 situations sont possibles

1- 1^{er} épisode de RAA :

- 2 manifs majeures ou
- 1 manif majeure + 2 manifs mineures + l'évidence d'une infection antérieure à SBHA

2- Récidive de crise de RAA chez un patient sans ATCD de cardiopathie rhumatismale documentée :

- 2 manifs majeures ou
- 1 manif majeure + 2 manifs mineures + l'évidence d'une infection antérieure à SBHA

3- Récidive de crise de RAA chez un patient avec ATCD de cardiopathie rhumatismale documentée :

- 2 manifs mineures + l'évidence d'une infection antérieure à SBHA

4- Chorée rhumatismale / cardite rhumatismale à début insidieux :

- l'existence d'une manif majeure ou signes d'infections antérieures ne sont pas nécessaires

5- Première fois avec RM, maladie mitrale et/ou valvulopathie aortique :

- aucun autre critère n'est nécessaire

Traitement :

- supprimé l'infection streptococcique
 - BBP (0,6 < 30 kg / 1,2 \geq 30 kg) en IM
 - Voie orale : peni V 50000 à 100000 UI/kg pdt 10 jr
 - Si allergie érythromycine 30 – 40 mg/kg/jr pdt 10jr
- lutter contre les phénomènes inflammatoires par des corticoïdes
 - prédnisone : 2mg/kg/jr sans dépasser 80 mg/jr
 - conduite du traitement :
 - En l'absence de cardite : TRT d'attaque pdt **2 semaines** puis dégression pdt **6semaines**
 - En cas de cardite : TRT d'attaque pdt **3 semaines** puis on diminue les doses dès le début de la 4^{ème} semaine
 - Traitement d'entretien : **6semaines** si cardite légère et modéré, **9semaines** si cardite sévère
 - Pendant la dégressivité des dose ou à l'arrêt du traitement on peut avoir
 - **Un rebond** : accélération de la VS et/ou positivité de la CRP => prolongation d'une semaine de TRT d'entretien par les corticoïdes, ou aspirine 100mg/kg/jr pdt qlq jr
 - **Une rechute** : réapparition du syndrome inflammatoire clinique et biologique => retour au traitement à dose d'attaque pdt 1 semaine, puis dégression
 - en cas de chorée

- **s'il existe un syndrome inflammatoire net** => traitement neurologique (halopéridol) + TRT corticoïde correspondant au RAA sans cardite
- **si tests biologiques de l'inflammation ne sont pas perturbés** => traitement neurologique seulement

- surveillance

• **clinique**

- courbe thermique, tension artérielle
- poids, œdème, aspect cushingoïde
- auscultation cardiaque + examen neurologique

• **paraclinique**

- VS 1x/semaine jusqu'à normalisation puis 1x/15jr jusqu'à la fin du traitement et 15jr après le TRT
- Glycémie, kaliémie
- ECG + écho cœur au début et à la fin du TRT
- Bilan lésionnel échographique fait 6mois après le TRT

Prophylaxie :

➤ **prévention primaire :**

- TRT de l'angine
- Indication de l'amygdaléctomie :
 - Angine récidivante > 5/ans
 - Purulence importante et caséification des amygdales
 - Hypertrophie obstructive des amygdales palatines

➤ **prévention secondaire :**

ATB	Posologie	voie	Rythme
BBP	0,6 UI si < 30 kg 1,2 MUI si > 30 kg	IM	1x/ 21jrs
PV	0,5 MUI/jr	Per os	Tous les jours en 2 prises
Erythromycine	200mg/jr	Per os	Tous les jours en 2 prises

Catégorie	Durée
RAA avec cardite et cardiopathie rhumatismale ou porteur de prothèse cardiaque ou valvulaire	Au moins 10ans après le dernier épisode et jusqu'à l'âge de 40ans voir a vie
RAA avec cardite sans séquelle	Au moins 10ans après le dernier épisode et jusqu'à l'âge de 25ans voir plus de préférence
RAA sans cardite ou chorée isolée	Au moins 5ans après le premier épisode et jusqu'à l'âge de 21ans voir plus de préférence

➤ **prophylaxie contre l'endocardite infectieuse**