

Enseignement Gradué 4^{ème} Année 2017-2018

Pr Meziane-Tani

Rhumatisme Articulaire Aigu (R.A.A)

I – DEFINITION et ETIOLOGIE:

C'est une maladie inflammatoire secondaire à une **infection rhinopharyngée « ANGINE »** ou des voies aériennes supérieures par le **streptocoque β hémolytique du groupe A**.

Les complications cardiaques en font sa gravité qui se manifeste plus tard par des cardiopathies valvulaires rhumatismales (Rétrécissement mitral, Insuffisance mitrale, Insuffisance aortique...)

Cette infection se traduit par l'**élévation des AC antistreptococciques**.

III – EPIDEMIOLOGIE

Le RAA est une maladie de l'**enfant**, de l'**adolescent** et de l'**adulte jeune**, les deux pics de fréquence sont l'âge scolaire et l'adolescent. Il est rare, voire exceptionnel avant l'âge de 3 ans et après 25 ans, Il n'y a pas de différence entre les deux sexes

IV – PATHOGENIE

C'est à l'évidence la **réponse immunitaire antistreptococcique** qui provoque la maladie. Les **complexes immuns** qui ont été retrouvés expliquent **l'atteinte articulaire**, alors que des **atteintes croisées entre streptocoque et tissu cardiaque** interviennent dans la genèse des **lésions cardiaques** (en raison de la similitude des déterminants antigéniques du streptocoque β hémolytique A et du sarcolème cardiaque)

V – ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- 1) **Les lésions initiales** : ne sont pas spécifiques et sont réversibles, consistant en une **exsudation des articulations et des fibres myocardiques**.
- 2) **Les lésions deviennent irréversibles** : consistant en une **nécrose fibrinoïde** avec formation de **granulome spécifique et thrombose**, c'est le **nodule d'Aschoff**.
- 3) **La cicatrisation** : la substance fibrinoïde est remplacée par une **sclérose fibreuse**.

VI – DIAGNOSTIC POSITIF « critères de Jones »

A /Critères majeurs

- 1) **La cardite**: représente le risque majeur de la maladie. Elle est précoce et survient dès le 1^{er} jour, elle atteint généralement les 3 tuniques (endocarde, myocarde, péricarde).
- 2) **La polyarthrite**: c'est la manifestation la plus fréquente du RAA, **douloureuse** entraînant une **impotence fonctionnelle**, elle atteint le plus fréquemment **les grosses articulations** (genoux ; coudes ; chevilles ; poignets rarement hanche, mains, pieds)
L'atteinte dure quelques jours puis disparaît, et les articulations sont atteintes l'une après l'autre, on dit que la polyarthrite est **fugace, mobile et migratrice**.
- 3) **La chorée de Sydenham** : c'est une manifestation tardive du RAA qui apparaît 2 à 6 mois après l'angine, elle se manifeste par des **mouvements choréiques involontaires sans but**, rapides, s'accompagnant d'une **hypotonie musculaire**.
L'évolution est favorable sous neuroleptiques.

4) **L'érythème marginé de BESNIER** : atteint essentiellement le tronc et la racine des membres Il est aussi transitoire et migrateur.

5) **les nodosités sous cutanées de MEYNET** : ce sont des nodules fermes et indolores, siégeant au niveau des **tendons extenseurs des grosses articulations** (coudes et genoux). ; disparaissant en 3 à 6 jours sans laisser de traces.

B / Critères mineurs

1. Signes cliniques :

- Antécédent de Rhumatisme Aigu ou de cardite rhumatismale
- arthralgies
- fièvre > 38.2

2. Signes paracliniques :

- accélération de la VS (> 50mm la 1^{ère} heure)
- positivité de la CRP
- hyperleucocytose > 10.000/mm³
- allongement de PR à l'E.C.G parfois BAV 1^{er} degrés

3. Preuve d'une infection streptococcique antérieure :

- positivité des cultures pharyngées au streptocoque du groupe A
- augmentation du taux des ASLO (antistreptolysines O) > 250 UI
- scarlatine récente

C / Conclusion

Devant une infection préalable à streptocoque β hémolytique du groupe A, la présence de 2 manifestations majeures ou d'une manifestation majeure et de 2 mineures traduit une forte probabilité de RAA.

Il n'y a pas de conditions si présence de la chorée de SYNDENHAM ou de cardite.

VI – TRAITEMENT

1/ Traitement curatif

1. Traitement antistreptococcique : l'ATB de choix est la pénicilline

- Une injection unique IM d'**extencilline** (benzathine penicilline) à raison de 600.000 UI si le poids est <30kg, et 1.2 million UI si le poids est >30kg.
- S'il existe une **contre-indication** à l'injection, on donne par voie **orale** la **Péni V** à raison de 50.000 à 100.000 UI/kg/j réparties en 3 prises.
- Si **allergie**, on donne de l'**érythromycine** à raison de 30mg/kg/j pendant 10j.

2. Traitement anti-inflammatoire : c'est la corticothérapie :

- **cortansyl®** (**Prednisone** dosée à 5mg).

Donner à raison de 2mg/kg/j sans dépasser 80mg/j.

- **RAA sans cardite** : trt d'attaque de 2 semaines et trt d'entretien de 6 semaines avec dégression par paliers de 5mg/semaine.
- **RAA avec cardite** : trt d'attaque de 3 semaines et trt d'entretien de 9 à 11 semaines.

- **Traitement adjuvant de la corticothérapie** : pansements gastriques, K⁺, Na⁺, régimes sans sels et hypocaloriques.

2/ Trt prophylactique :

a) prévention primaire : Injection d'extencilline après toute angine

N.B : Chez l'enfant et l'adolescent toute angine doit être considérée comme étant une angine streptococcique.

b) prévention secondaire : «Extencilline toutes les 3 semaines ou PENI V : per os en 2 prises »

1. La prophylaxie du RAA en l'absence de cardite doit durer au moins **5 ans** après la dernière poussée et au moins jusqu'à l'âge de **25 ans**.

2. La prophylaxie du RAA avec cardite doit durer au moins **10 ans** jusqu'à l'âge adulte (25ans) ; mais en cas de valvulopathies associées jusqu'à l'âge de **40ans**, parfois à vie.

c) Antibioprophylaxie de l'endocardite