

RAA

* y a 3 types de r' de streptocoque :

→ réponse β : hémolyse totale, Allot blanc.

→ réponse α : " partille, " vert.

→ réponse δ : Absence d'allot, donc absence de réponse.

* c une r' auto-immune initiée par un prob infectieux ^{ORL soit pharyngite}

* c une infection due au streptocoque β hemolytique du groupe A SBHA, qui va déclencher une réponse immunitaire tardive 2 à 3 semaines. Il faut traiter avant le 10^e j pr éviter cette réponse.

* Cette réponse immunitaire est responsable de destruct^o :

attaque des articulat^o

attaque du cœur

attaque du SN

attaque de la peau (T. cutané)

* la gravité du RAA dépend de l'atteinte cardiaque

→ c la cardite rhumatismale chronique "CRC"

* c la 1^{ère} cause de valvulopathie chez l'enfant.

* c la 1^{ère} étiologie de mortalité des patients de < 40 ans.

* Survient soit entre 5 et 15 ans avec pic max entre 6 et 8 ans

Diagnostic positif : difficile, repose sur des arguments y a pas de test spécifique. On se base sur des critères de Jones (5) et de ANA (5).

11 - Critères majeurs (AHA) : y en a 5

1 - Cardite (atteinte cardiaque) : irréversible, survient des 1^{er} à 10^{es} j et atteint généralement les 3 tempiques cardiaque.

2 - Polyarthrite : réversible, suit les grosses articulat[°], dure moins de 5 j puis disparaît, touche les articulations l'une après l'autre.

3 - Chorée de Sydenham (atteinte du SN) : réversible, tardive survient 2 à 6 mois après l'angine, c des mouvements involontaires du tronc et des extrémités.

4 - L'érythème marginé de BESNIER : réversible.

5 - Nodosités sous cutanées de MEYNET : réversible, disparaît en 3 à 6 j sans laisser de traces, siègent ds la face d'extension des grosses articulations.

B - Critères mineurs (AHA) : y en a 5

1 - fièvre.

2 - Polyarthralgie.

3 - AFCV de RAA ou de CRC.

4 - Bilan inflammatoire perturbé : hyperleucocytose, VS ↑, CRP +

5 - ECG : Allongement de l'intervalle PR.

+ argument (preuve) en faveur d'une infect[°] streptococcique : (3)

* ASLO (Antistreptolysines O) ↑. ou culture direct
ou scarlatine (infect[°] spécifique du streptocoque, va entraîner pharyngite ou angine avec exanthème)

Dg⁺ RAA:

→ faut 2 critères majeurs

→ ou 1 critère majeur + 2 mineurs.

→ ou 3 critères mineurs.

} + une preuve d'une infect[°] streptococcique.

Éradicement. 2 types : préventif et curatif.

A. TRT prophylactique en 3 mo.

→ prévention primaire : c un TRT avant la survenue de la pathologie pr éviter l'appait d'un RAA, faut améliorer la qualité de vie et l'hygiène, faut traiter les infect^s streptococcique (suite l'infect^s ORI) on traite pas ttes les infections par AB on suit des scores cliniques (haut et faible risque) "fièvre^{>38}, Absence de toux, des gg volumineux et sensible et une inflamm^t des amygdales" → présence d'un seul de ses critères = patient à haut risque d'une infect^s streptococcique.

• donc faut initier TRT AB : suite Benzathine penicilline G "BPG (Extenciline) → 1 seule inject^s va couvrir 15 à 21 j donc on le préfère à la Peni V (oral)

≥ 20 kg → 1,2 million
< 19 kg → 0,6 million

faut commencer le TRT et faire le prélèvement de gorge et évaluer la sensibilité (antibiogramme).

! en cas d'une infect^s streptococcique d'un patient sous Extenciline à la fin (prévent^s ~~II~~) → sait il se présente ds la 1^{ère} 15aine du TRT et on suspecte une résistance on switch avec l'érythromycine ou sait après 15 j on suspecte une inefficacité de la dose d'extenciline faut renouveler l'infect^s

• si on a un risque intermédiaire de RAA sans risque d'infect^s de strep (âge, prévalence, AFCD) → on fait le prélèvement avant TRT s'il est positif on commence l'AB.

→ Prévention secondaire: en cas d'après survenue de pathologie pour éviter

les rechutes il faut "BPG" Extencilline 0,6 H pr < 20 kg
et 1,2 ≥ 20 kg à une fréquence chaque 4 semaines pr
les patients avec RAA sans cardite ou cardite légère
et chaque 3 semaines pr les patients RAA avec cardite
modérée à sévère ou chirurgie cardiaque ou récidive de
RAA chez patients S/S extencilline chaque 4 semaines.

→ La durée du TRT:

- Au moins 10 ans ou jusqu'à 21 ans (la durée la plus longue): si c sans cardite ou cardite légère
- jusqu'à l'âge de 30 ans: pr cardite rhumatismale modérée.
- jusqu'à l'âge de 40 ans ou à vie: pr cardite sévère.

→ Prévention tertiaire: c un TRT des complications pr éviter
l'aggravation des complications

les risques (complications) observés après l'installat° d'une cardite:

1. * insuffisance cardiaque
2. * risque d'AVC (surtout pr RM)
3. * risque d'endocardite *
- * Décès.

fait la correct° de la valvulopathie, + TRT de l'insuffisance
cardiaque ou anticoagulat pr patient à risque thrombo-
hemolytique (AVC) +₃ Anti biothérapie anti Gsérienne pas pr
tt le monde (1 seule dose 30 à 60 min avant geste) elle est
indiquée ds 3 situations: * cardiopathie du gp A au cours
des soins dentaire (AFCS d'endocardite - prothèse valvulaire - cardiopathie
congénitale cyanogène)

B. TRT curatif:

* TRT du RAA: tjs + autre TRT spécifique +
paracétamol pr fièvre

hospitalisation → stérilisation de l'infect^o causale par
AB de préférence Extencilline en IM profonde. Sauf
en cas d'allergie on passe à l'érythromicine ou cas de
TRT anticoagulant c une CI on fait un TRT oral penic V

* TRT des arthrite: par stade:

paracétamol → légère (pr fièvre aussi) pas juste arthrite

AINS → arthrite sévère.

* pr les cardites: corticoïde 1 à 3 semaine puis 1 25% chaque
semaine.

* pr la chorée: pas de TRT spécifique, généralement on utilise
Tégrézol au guérison spontanée.

* La cardite rhumatismale: c suite valvulaire mais on peut
avoir : péricardite rhumatismale.

* myo " "

* endo " "

* ou pancardite " : c l'association des 3 atteintes.

: c la lésion responsable de valvulopathie

1/2

1

1/2