



<https://printo.it/pediatric-rheumatology/FR/intro>

Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA) et Arthrite Réactionnelle Post-Streptococcique

Version de 2016

2 DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

2.1 Comment diagnostiquer cette maladie ?

Les signes cliniques ainsi que l'examen sont particulièrement importants, car il n'existe pas de test spécifique ou de signe caractéristique permettant de poser le diagnostic. Les symptômes cliniques, tels que l'arthrite, la cardite, la chorée, les éruptions cutanées, la fièvre, les résultats anormaux des examens de laboratoire de dépistage des infections streptococciques, ainsi que les changements de rythme cardiaque observés à l'électrocardiogramme peuvent y contribuer (les « critères de Jones »). La preuve d'une infection streptococcique préalable est généralement requise pour confirmer le diagnostic.

2.2 Quelles maladies ressemblent au rhumatisme articulaire aigu ?

L'arthrite réactionnelle post-streptococcique, qui se développe également après une pharyngite à streptocoques et se manifeste par une arthrite de longue durée avec un faible risque de cardite ; un traitement prophylactique à base d'antibiotiques est recommandé. L'arthrite idiopathique juvénile y ressemble également, mais le RAA évolue en général sur moins de 6 semaines. La maladie de Lyme, la leucémie et l'arthrite réactionnelle provoquée par d'autres bactéries ou virus peuvent aussi s'accompagner d'arthrite. Un souffle cardiaque fonctionnel (souffle cardiaque courant sans pathologie cardiaque) ainsi

que d'autres maladies cardiaques congénitales ou acquises peuvent être diagnostiqués à tort comme étant un rhumatisme articulaire aigu.

2.3 Les examens de laboratoire sont-ils importants ?

Certains examens sont essentiels au diagnostic et au suivi de la maladie. Pendant les poussées, des examens sanguins sont utiles pour confirmer le diagnostic.

Comme pour beaucoup de maladies rhumatismales, on observe des signes d'inflammation systémique (inflammation dans le sang) chez pratiquement tous les patients, à l'exception de ceux atteints de chorée isolés. La plupart des patients n'ont plus de signes d'infection de la gorge et le streptocoque présent dans la gorge a déjà été éliminé par le système immunitaire lorsque la maladie apparaît. Certains examens sanguins permettent de détecter des anticorps antistreptococciques, même si les parents et/ou le patient ne se souviennent pas avoir noté de signes d'infection de la gorge. L'augmentation des titres (taux) de ces anticorps, connus sous le nom d'antistreptolysine O (ASLO) ou DNase B, peut être mise en évidence par des analyses de sang effectuées toutes les 2 à 4 semaines. Des titres élevés sont certes le signe d'une infection récente, mais ils ne sont pas corrélés à la gravité de la maladie. Les résultats de ces analyses sont normaux chez les patients ayant une chorée isolée, ce qui complique le diagnostic. Des taux d'ASLO et de DNase B anormaux indiquent simplement une exposition antérieure à la bactérie, stimulant leur production par le système immunitaire ; mais, ils n'indiquent pas en eux-mêmes que le patient a un RAA chez les patients asymptomatiques. Il n'est donc pas toujours nécessaire de mettre en place un traitement antibiotique.

2.4 Comment détecter une cardite ?

Un souffle au cœur résultant d'une inflammation des valves cardiaques constitue le signe le plus courant de cardite et est généralement dépisté par le médecin généraliste. Un électrocardiogramme (évaluation de l'activité cardiaque représentée sur une bande de papier) est utile pour vérifier l'étendue de l'atteinte cardiaque. Il est également important de réaliser des radiographies du thorax pour vérifier la présence d'une hypertrophie du cœur.

Une échographie doppler (échocardiographie) est un examen très

sensible permettent de détecter une cardite. Toutes ces procédures sont totalement indolores et le seul inconvénient est que l'enfant doit rester immobile pendant celles-ci.

2.5 Peut-on traiter/guérir cette maladie ?

Le rhumatisme articulaire aigu représente un grave problème de santé dans certaines parties du monde, mais on peut la prévenir en traitant toute angine streptococcique dès qu'elle est diagnostiquée (prévention primaire). Un traitement antibiotique mis en place sous les 9 jours suivant l'apparition de l'angine prévient efficacement tout rhumatisme articulaire aigu. Les symptômes du RAA sont traités par des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Les études menées actuellement visent à produire un vaccin protégeant des streptocoques : prévenir l'infection initiale reviendrait à prévenir toute réponse anormale du système immunitaire. Cette approche peut fournir les futurs moyens de prévention du RAA.

2.6 Quels traitements existe-t-il ?

Aucune option thérapeutique nouvelle n'a été recommandée au cours des dernières années. Alors que l'aspirine reste le traitement de choix, son action précise n'est pas claire, mais elle semble liée à son action anti-inflammatoire. D'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont recommandés en cas d'arthrite et administrés pendant 6 à 8 semaines ou jusqu'à disparition des symptômes.

En cas de cardite sévère, il est recommandé au patient de rester alité ; dans certains cas, des corticostéroïdes par voie orale (prednisone) sont prescrits pendant 2 à 3 semaines, avec diminution progressive du traitement une fois que l'inflammation est contrôlée d'après les symptômes et les analyses sanguines.

En cas de chorée, une aide des parents pour l'hygiène corporelle et les activités scolaires peut se révéler nécessaire. Des médicaments tels que des stéroïdes, de l'halopéridol ou de l'acide valproïque peuvent être prescrit pour traiter la chorée, avec un suivi attentif des effets secondaires. Parmi les effets secondaires habituels, on retrouve une envie de dormir et des tremblements que l'on peut aisément atténuer en ajustant la dose. Dans de rares cas, la chorée peut durer plusieurs mois malgré la mise en place d'un traitement adéquat.

Une fois que le diagnostic est confirmé, une protection à long terme à base d'antibiotiques est recommandée pour prévenir toute récurrence de RAA.

2.7 Quels sont les effets secondaires des traitements médicamenteux ?

Pour ce qui est des traitements symptomatiques à court terme, l'aspirine (les salicylates) ainsi que les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens sont généralement bien tolérés. Le risque d'allergie à la pénicilline est relativement faible, mais son utilisation doit faire l'objet d'un suivi au cours des premières administrations. Les douleurs liées aux injections et le refus éventuel du patient par crainte des douleurs constituent les principaux problèmes ; par conséquent, il est recommandé d'expliquer la maladie et d'effectuer une anesthésie locale ainsi que de la relaxation avant de procéder à toute injection.

2.8 Quelle est la durée de la prévention secondaire ?

Le risque de rechute est plus élevé au cours des 3 à 5 ans suivant l'apparition de la maladie et le risque de cardite avec lésions augmente avec les poussées. Pendant ce temps, un traitement antibiotique régulier est recommandé pour prévenir toute nouvelle infection aux streptocoques chez tous les patients ayant déjà eu un RAA, et ce quelle que soit la gravité de la maladie, car même les cas les plus bénins peuvent également avoir de nouvelles poussées.

La plupart des médecins s'accordent sur le fait qu'il convient de poursuivre le traitement préventif à base d'antibiotiques pendant 5 ans au minimum après la dernière poussée ou jusqu'aux 21 ans de l'enfant. En cas de cardite sans lésion cardiaque, un second traitement prophylactique est recommandé pendant 10 ans ou jusqu'aux 21 ans du patient (en fonction de la date la plus éloignée). En cas de lésion cardiaque, un traitement prophylactique est recommandé sur 10 ans ou jusqu'à l'âge de 40 ans, voire plus en cas de complication de la maladie avec remplacement de valve cardiaque.

Il est recommandé de prévenir toute endocardite bactérienne par la mise en place d'un traitement antibiotique chez tous les patients ayant une lésion des valves cardiaques et pour lesquels un traitement ou une opération dentaire est nécessaire. Cette mesure est indispensable, car

des bactéries peuvent se déplacer d'une partie du corps à l'autre, notamment à partir de la bouche, provoquant une infection des valves cardiaques.

2.9 Qu'en est-il des traitements non conventionnels/complémentaires ?

De nombreux traitements complémentaires et alternatifs sont disponibles, ce qui peut créer des confusions chez les patients et leurs familles. Il convient de réfléchir mûrement aux risques et aux bénéfices de ces traitements, étant donné que les bénéfices connus sont faibles et qu'ils sont coûteux en termes de temps, d'efforts imposés à l'enfant et d'argent. Si vous envisagez ce type de traitements, parlez des différentes options avec le rhumatologue de votre enfant. Certains traitements peuvent interagir avec les médicaments conventionnels. La plupart des médecins ne sont pas opposés à ces traitements complémentaires à condition que vous suiviez leurs recommandations. Il est très important de ne pas arrêter de prendre les médicaments qui vous ont été prescrits. Lorsque des médicaments tels que des corticostéroïdes vous ont été prescrits pour maîtriser la maladie, il peut être très dangereux de ne plus les prendre alors que la maladie est toujours active. En cas de questions quant aux médicaments, parlez-en au médecin de votre enfant.

2.10 Quels types d'examens de suivi sont nécessaires ?

Des examens cliniques et biologiques de suivi réguliers sont nécessaires sur le long terme lorsque l'on a un rhumatisme articulaire aigu. Un suivi attentif est recommandé en cas de cardite et de chorée. Après une rémission, le cardiologue doit surveiller le calendrier du traitement préventif et réaliser des examens de suivi pour prévenir toute lésion cardiaque ultérieure.

2.11 Combien de temps cette maladie dure-t-elle ?

Les symptômes aigus de la maladie régressent au cours des premiers jours voire des premières semaines. Cependant, le risque de poussées aiguës récurrentes persiste et une atteinte cardiaque peut entraîner des séquelles à vie. Il est nécessaire de mettre en place un traitement

antibiotique pour prévenir toute récurrence de pharyngite streptococcique, et ce pendant plusieurs années.

2.12 Quel est le pronostic à long terme de cette maladie ?

La fréquence et la gravité des rechutes sont imprévisibles. L'apparition d'une cardite au cours de la première poussée augmente le risque de lésions, bien que l'on ait observé des cas de rémissions complètes après une cardite. Les lésions cardiaques les plus graves requièrent le remplacement des valves cardiaques.

2.13 Une guérison complète est-elle possible ?

Une rémission complète est possible, à moins que la cardite n'ait provoqué de graves lésions des valves cardiaques.