MEDECINE TROPICALE
Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

Rhumatisme articulaire aigu ou syndrome post-streptococcique chez un enfant : cas clinique.

www.medecinetropicale.com

Observation

Un jeune garçon, Sénégalais de race noire, âge de 12 ans, est hospitalisé pour des arthralgies des grosses articulations (coude droit, genou et cheville gauches). Les douleurs articulaires sont apparues 3 jours avant l'hospitalisation, une seule articulation étant atteinte à la fois, accompagnée d'un pic thermique a 38,2 °C et d'une impotence fonctionnelle du membre atteint.
Trois semaines auparavant, il a présenté une angine rouge dysphagique, avec fièvre à 40 °C, pour laquelle il n'a reçu aucune thérapeutique.
À l'admission, l'enfant est fébrile, fatigué, les conjonctives sont légèrement décolorées, il n'y a pas de subictère. L'enfant est polypnéique au repos, il se plaint de douleurs thoraciques inspiratoires.
À l'examen, le pharynx est rouge avec présence d'une amygdalite. Au niveau cutané, il n'y a ni nodule, ni érythème, mais un impétigo croûteux au niveau du visage.
La TA et à 80/60 mmHg, le pouls à 110/mn régulier. Il pèse 31 kg.
À l'auscultation, les bruits du cœur sont sourds, il existe un troisième bruit associé à un souffle apexo-axillaire holosystolique d'intensité 3/6. Le foie est discrètement augmenté de volume et douloureux. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. Le reste de l'examen est normal.

Examens paracliniques

VSH : 85 mm à la première heure
NFS : taux d'Hb à 10 g/100 ml, globules blancs : 11 500 polynucléaires neutrophiles,
Fibrinémie : 7,4 g/l
Protéine C réactive : 300 mg/l
Protides totaux : 71 g/l, α 2 globulines à 15 g/l,
Radiographie thoracique : cardiomégalie (RCT à 0,60). Cœur peu battant en radioscopie.
ECG : tachycardie sinusale, espace PR à 0,26, bas voltage et aplatissement des ondes T dans toutes les dérivations.
Échocardiographie : pas de végétation sur les valves.
Hémocultures en cours : reviendront négatives.

Questions

1- Quel est votre diagnostic ?
2- Quels examens complémentaires demandez-vous pour étayer ce diagnostic ?
3- Quelle est l'atteinte anatomique présentée par ce malade?
4- Quelle est l'évolution à prévoir?
5- Quelle est votre prise en charge?
6- Quel est l'apport de l'échocardiographie dans le dépistage des atteintes cardiaques de cette maladie ?

Discussion

1 - Cet enfant présente une polyarthrite aiguë, fébrile, migratrice. Une atteinte cardiaque est affirmée par la présence d'un souffle, les anomalies radiologiques et électrocardiographiques.
Le premier diagnostic à évoquer devant une cardiopathie fébrile est une endocardite infectieuse, mais l'échocardiographie ne montre pas de végétation et les hémocultures seront négatives. Le diagnostic à retenir est un rhumatisme articulaire aigu (RAA).

2 - L'enfant a présenté récemment une angine : un prélèvement de gorge et un dosage des antistreptolysines O affirment l'origine streptococcique de l'angine (isolement d'un streptocoque β hémolytique du groupe A, élévation des ASLO à 800 unités Todd). L'atteinte polyarticulaire fébrile associée à une angine streptococcique confirme le diagnostic de syndrome post-streptococcique. ou rhumatisme

articulaire aigu.

3 - L'atteinte cardiaque se caractérise par une atteinte des trois tuniques du cœur :
- une atteinte endocardique qui se traduit par un souffle apexo-axillaire holosystolique d'insuffisance mitrale,
- une atteinte myocardique qui se traduit par un assourdissement des bruits du cœur, une tachycardie, un allongement de l'espace PR à l'ECG,
- une attente péricardique, évoquée sur les douleurs thoraciques accrues par l'inspiration profonde, confirmée par le gros cœur peu battant, le bas voltage et l'aplatissement des ondes T à l'ECG.
Il s'agit donc d'une pancardite rhumatismale.

4 - Le RAA se révèle habituellement en Afrique noire par un tableau de cardite qui ne guérira le plus souvent qu'au prix de séquelles valvulaires dont l'importance fixera le pronostic à long terme. L'évolution dépendra aussi des rechutes rhumatismales, de greffes bactériennes sur les valves cardiaques réalisant une endocardite infectieuse.

5 - La prise en charge comprend le traitement, la prévention des rechutes, la prévention de l'endocardite infectieuse

5.1- L'éradication du streptocoque par l'antibiothérapie par phénoxyméthylpénicilline per os (Oracilline®), 1 à 2 000 000 UI/j en 2 prises pendant 10 jours (en cas d'allergie : érythromycine : 40 mg/kg /j), et relais par benzathine pénicilline IM (Extencilline®)

5.2- Le traitement de la maladie inflammatoire par la corticothérapie 2 mg/kg/j de prednisone en cas de cardite, sans dépasser 80 mg chez l'enfant (Cortancyl 5 mg® ou Cortancyl 20 mg® à prendre au cours des repas) pendant 2 semaines, avec régression progressive d'environ 5 mg tous les 3 jours, la durée totale de la corticothérapie étant de 8 à 14 semaines, puis relais par acide acétylsalicylique, 75 mg/kg/j pendant 6 semaines.

5.3 - La prévention des rechutes par prophylaxie antibiotique par Extencilline®, 600 000 UI si poids < 30 kg ou 1 200 000 UI si poids > 30kg, tous les 15 jours pendant 5 ans en l'absence d'endocardite ou toute la vie en cas de cardite. L'Oracilline® per os est parfois mieux acceptée (500 000 à 1 000 000 UI, 2 fois par jour).

5.4- La prévention de l'endocardite infectieuse par l'éradication des foyers infectieux amygdalien, dentaire et rhino-pharyngé.

Dans le cas présenté, l'évolution sous traitement a été rapidement favorable sur le plan clinique, électrique et biologique. Le souffle d'insuffisance mitrale a persisté, imposant une surveillance de cette valvulopathie, par la recherche tous les 6 mois d'une intolérance fonctionnelle notamment à l'effort, d'une dilatation des cavités gauches par la pratique régulière d'une échocardiographie. Le RAA reste une maladie d'actualité dans les PED : c'est un problème de santé publique avec une haute fréquence d'atteintes cardiaques sévères.

6. Le RAA poursuit ses ravages dans les pays émergents, notamment ceux du continent africain. La cardiopathie valvulaire rhumatismale, qui est la résultante des infections par les streptocoques du groupe A totalement négligées, affecte plus de 40,5 millions de patients à l'échelon mondial. Elle est à l'origine de plus de 306 000 décès annuels. L'échocardiographie s'est imposée comme la technique la plus puissante dans le dépistage des atteintes cardiaques du RAA. À la différence des lésions présentées par notre patient qui sont cliniquement patentes atteignant les trois tuniques du cœur, les atteintes cardiaques du RAA sont souvent latentes. Un essai randomisé multicentrique en Ouganda, intitulé GOAL (*Gwoko Adunu pa Lutino, ce qui se traduit par « Sauver le cœur d'un enfant »*), chez des enfants et adolescents de 5 à 17 ans, a comporté une échocardiographie de dépistage qui a révélé des anomalies compatibles avec le diagnostic de cardiopathie rhumatismale latente, ce qui a été confirmé dans près de 0,1 % des cas. (926 cas sur 102 200). Ces cas ont été inclus dans une analyse du type intention de traiter. Une prophylaxie par Benzathine pénicilline a été mise en œuvre pendant deux ans dans le groupe traité. Dans le groupe témoin, aucune prophylaxie n'a été instituée. Il y a eu beaucoup moins de progression des lésions valvulaires dans le groupe traité. Une antibiothérapie prophylactique au long cours pour une cardiopathie rhumatismale latente identifiée par l'électrocardiographie semble donc freiner la progression des lésions valvulaires.

Le RAA a une distribution mondiale très inégale. Il est devenu rare dans les pays développés et notre observation se situe au Sénégal dans un pays en développement. Cependant, le RAA est encore présent dans les pays développés où son étude permet de rappeler d'une part la nécessité d'une antibiothérapie de 10 jours en cas d'angine à streptocoque A et d'autre part l'importance de l'échographie, vu la fréquence des

cardites infra-cliniques (27 % des cas dans une étude italienne récente).
Pour les auteurs australiens qui publient une mise au point récente sur les aspects actuels du RAA, le RAA demeure un problème important dans les PED. L'échographie est essentielle pour le diagnostic de cardite, mais aucun autre progrès majeur n'a été réalisé au cours des dernières décennies.

Références

- Aubry P., Touze J.E. Cas cliniques en Médecine Tropicale. La Duraulié édit., mars 1990, pp 143-144.
Olivier C. Le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant aujourd'hui. Presse Med., 1998, 27, 1159-1167.
- Bonnet E., Gandois J.M., Marchou B. Infections à streptocoques. Encycl. Med. Chir., Paris, Maladies infectieuses, 8-009-A-10, 2002, 29 p.
- Beaton A, Aliku T, Dewyer A et al, Latent rheumatic heart disease: identifying the children of highest risk of unfavorable outcome. Circulation 2017; 136: 2233-2244.
- Fabi M, Calicchia M, Miniaci A et coll. Carditis in Acute Rheumatic Fever in a High-Income and moderate-risk country. J. Pediatr 2019; 215 : 187-191.
Beaton A., Okello E, Rwebembera J et al. Secondary antibiotic prophylaxis for latent rheumatic heart disease. N Engl J Med 2022; 386 : 230-240.
- Hardefeldt HA, Fernandes AM, Yan J, Francis JR. Acute rheumatic fever: recent advances. Pediatr Infect Dis J 2023 ; 42 : e42-e44.

Professeur Pierre Aubry, Bernard-Alex Gaüzère. Texte revu le 20/03/2023.