

## *Syndromes post-streptococciques*

### Introduction

- Ce sont des complications non-suppuratives d'une infection à Streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A. Ils comprennent le rhumatisme articulaire aigu, la chorée de Sydenham, la glomérulonéphrite aigüe et l'érythème noueux.
- Ils sont la conséquence d'un processus immunologique induit par l'existence d'une communauté antigénique entre certains constituants de Streptocoque et des tissus cibles de l'organisme
- Ces affections ont en commun plusieurs caractères :
  - Le germe n'est jamais retrouvé dans les lésions qu'il provoque à distance, et celles-ci ne sont jamais suppurées mais inflammatoires
  - Les manifestations cliniques apparaissent toujours après un intervalle libre d'une à plusieurs semaines après l'infection initiale

### Rhumatisme Articulaire Aigu (maladie de Bouillaud)

#### Clinique

Apparaissent 15 à 20 jours après une angine méconnue ou insuffisamment traitée, se manifestant par :

- **Atteinte articulaire** : concerne surtout les grosses articulations sous la forme d'une polyarthrite migratrice et fugace, chaque poussée inflammatoire s'accompagne de fièvre, cet aspect classique est plus souvent remplacé par une oligo- ou mono-arthrite mais la symptomatologie peut se limiter à de simples arthralgies
- **Atteinte cardiaque** : elle fait toute la gravité de cette pathologie et peut atteindre les 3 tuniques :
  - **Atteinte endocardique** : se traduit par l'apparition de souffle d'insuffisance le plus souvent mitrale qu'aortique. Un rétrécissement mitral peut apparaître après plusieurs semaines ou plusieurs mois d'évolution
  - **Atteinte myocardique** : peut être à l'origine d'une insuffisance cardiaque de mauvais pronostic
  - **Atteinte péricardique** : souvent discrète, est évoquée devant des signes ECG et confirmée par l'échographie. Son pronostic est favorable
- **Signes cutanés** : ils sont rares mais très caractéristiques :
  - **Nodosités sous-cutanées de Meynet** : siègent aux faces d'extension des grosses articulations, elles sont fermes, indolores et mesurent de quelques millimètres à 2 cm de diamètre
  - **Erythème marginé** : un peu plus fréquent, se présente sous forme de macules rosées plus pâles au centre, siégeant au niveau du tronc et à la racine des membres
- **Chorée de Sydenham** : c'est l'atteinte neurologique, ce sont des mouvements involontaires, désordonnés, anarchiques, diffus et bilatéraux, qui régressent spontanément en quelques mois
- **Manifestations générales** : fièvre, douleurs abdominales, splénomégalie

#### Diagnostic

Le diagnostic du RAA repose encore aujourd'hui sur les critères de Jones, il est défini par :

- La preuve d'une infection streptococcique récente (élévation significative des Anti-Strepto-Lysine O (ASLO), prélèvement de gorge positif au Streptocoque du groupe A, scarlatine récente)

#### ET

- La présence de 2 critères majeurs ou l'association d'un critère majeur et de 2 critères mineurs

Critères majeurs	Critères mineurs
Polyarthrite	Arthralgies
Cardite	Fièvre
Erythème marginé	Antécédents de RAA
Nodules de Meynet	Elévation de la VS ou de la CRP
Chorée de Sydenham	Allongement de l'espace PR à l'ECG

## Evolution

- Le risque essentiel est celui des rechutes d'où l'intérêt de la Pénicilline à titre prophylactique
- Les séquelles valvulaires exposent au risque d'endocardite infectieuse

## Traitement

Le traitement du RAA associe le repos, un traitement anti-inflammatoire et une antibiothérapie

- **Traitement anti-inflammatoire :**
  - **Dans les formes articulaires isolées invalidantes :** acide salicylique (Aspirine)
  - **Atteinte cardiaque sévère et symptomatique :** Prednisone 2 mg/kg/j pendant 3 à 4 semaines et régression dès normalisation de l'examen clinique et de la VS
- **Antibiothérapie :**
  - Elle vise à éradiquer le portage du Streptocoque
  - Le traitement de référence est la Pénicilline V 100 000 UI/kg/j chez l'enfant ou 2 M UI chez l'adulte pendant 10 jours

## Prévention

Chez les patients atteints de RAA, une antibioprophylaxie par injection de Benzathine-Benzyl-Pénicilline (Extencilline®) : 1,2 M UI en intramusculaire (600 000 UI en cas de poids < 25 kg) toutes les 3 semaines est recommandée afin de diminuer les risques de récives par réinfection, en cas de haut risque de récurrence ou lors d'infection récente avec atteinte cardiaque chronique. La durée de l'antibioprophylaxie est d'au moins 5 ans, elle doit être poursuivie jusqu'à l'âge de 21 ans

## Glomérulonéphrite aigüe post-streptococcique

### Clinique

Elle survient 10 jours à 3 semaines après l'infection streptococcique initiale qui est souvent cutanée que pharyngée. Le tableau clinique classique d'installation rapide associe : fièvre, douleurs abdominales avec parfois vomissements, œdèmes des paupières qui s'étend rapidement au visage et aux membres inférieurs et hypertension artérielle le plus souvent modérée. Parfois, le tableau clinique peut être plus discret avec uniquement la présence d'œdèmes

### Diagnostic

- Orienté par la clinique
- Evoqué devant l'existence d'une insuffisance rénale, d'une hématurie macroscopique et d'une protéinurie non-sélective
- Affirmé par la preuve d'une infection streptococcique récente (ASLO, anti DNAase) et une diminution du complément total et de sa fraction C<sub>3</sub>

### Evolution

Généralement favorable en 2 à 6 mois sans séquelles. Le suivi clinique repose sur la surveillance du poids, des œdèmes, de la diurèse et de l'HTA. Une surveillance régulière de la protéinurie (qui disparaît normalement en quelques semaines à 3 mois), de l'hématurie (qui peut persister jusqu'à un an) et de la fraction C<sub>3</sub> (qui se normalise en un mois) est nécessaire

### Traitement

Essentiellement symptomatique : repos au lit, régime désodé et traitement antihypertenseur si nécessaire. L'antibiothérapie pour éradiquer un éventuel portage pharyngé du Streptocoque

## **Erythème noueux post-streptococcique**

### **Clinique**

C'est une dermo-hypodermite nodulaire. Les lésions élémentaires sont des nodosités arrondies ou ovalaires de 2 à 4 cm de diamètre, bilatérales, douloureuses, chaudes à la palpation et fermes, enchâssées dans les plans profonds, elles siègent sur la face d'extension des membres où l'os est superficiel

### **Evolution**

Chaque élément régresse en 8 à 15 jours après être passé par les teintes rouge, bleue, jaune et enfin verte. L'évolution peut se faire par plusieurs poussées successives, favorisées par l'orthostatisme. Il peut alors coexister des éléments d'âge différent. Les lésions cutanées finissent par disparaître sans laisser de cicatrices

### **Diagnostic**

Le diagnostic post-streptococcique est affirmé par la preuve d'une infection streptococcique récente (élévation des ASLO) et l'absence d'une autre étiologie (tuberculose, sarcoïdose...)

### **Traitement**

- Le repos au lit est nécessaire pour limiter les poussées
- Anti-inflammatoires (Aspirine)
- Antibiotique pour stériliser le foyer streptococcique

## **Chorée de Sydenham**

### **Clinique**

Elle s'installe de façon progressive, 1 à 6 mois après une pharyngite à Streptocoque, touchant surtout les filles de 5 à 15 ans, mais peut s'observer chez l'adulte jeune. Elle se manifeste d'abord par une maladresse des gestes, des chutes fréquentes et des grimaces au visage. Ces troubles s'accroissent par les émotions et s'aggravent en quelques semaines et le tableau devient caractéristique avec des mouvements choréiques : involontaires, brusques et de grande amplitude, qui disparaissent au repos et lors du sommeil

### **Evolution**

Elle se fait vers la guérison en quelques mois

### **Traitement**

- Ces manifestations sont sensibles aux neuroleptiques
- Les corticoïdes ne sont indiqués qu'en cas de cardite ou d'atteinte articulaire associée
- La prophylaxie au long cours avec la Pénicilline est justifiée