

Situation épidémiologique et prise en charge du RAA (rūmati tū'i māfatu) en Polynésie française

18/10/2024 – DU Infectiologie Tahiti

Jean-Marc Ségalin

**Centre du RAA
Direction de la santé, Polynésie française**

Introduction

- La cardiopathie rhumatismale est la maladie cardiaque la plus fréquente chez les personnes de moins de 25 ans.
- Elle fait plus de 300 000 victimes chaque année, la plupart dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- La maladie résulte de lésions des valves cardiaques causées par un ou plusieurs épisodes de rhumatisme articulaire aigu, une réaction inflammatoire auto-immune à une infection par des streptocoques du groupe A .
- Elle survient le plus souvent pendant l'enfance et peut entraîner un décès prématuré ou un handicap permanent.
- La cardiopathie rhumatismale peut être évitée en prévenant les infections streptococciques ou en les traitant avec des antibiotiques lorsqu'elles surviennent.

Introduction: le poids du RAA (burden)

Situation épidémiologique en Pf

Physiopathologie

Recommandations de prise en charge en Pf

- Diagnostic du RAA
- Prévention primaire
- Prévention secondaire
- Prévention des endocardites
- Prise en charge



Rheumatic heart disease is a condition which affects 40 million people worldwide.

Every year, it claims more than 300,000 lives, accounting for nearly 2% of all deaths from **cardiovascular disease**—the number one cause of death globally.

RHD most commonly occurs in childhood and can lead to death or life-long disability.

FRANÇAIS FAIRE UN DON

QUI SOMMES-NOUS OÙ NOUS TRAVAILLONS **CE QUE NOUS FAISONS** COMMENT NOUS LE FAISONS IMPLIQUÉZ-VOUS

ACTUALITÉS ET RESSOURCES

WORLD HEART FEDERATION

LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE POUR TOUS



La maladie cardiaque rhumatismale est une maladie qui touche 40 millions de personnes dans le monde.

Chaque année, elle fait plus de 300 000 morts, soit près de 2% de tous les décès dus aux maladies cardiovasculaires, première cause de décès dans le monde.

La RHD survient le plus souvent pendant l'enfance et peut entraîner la mort ou une invalidité à vie.

Une maladie oubliée

RHEUMATIC HEART
DISEASE AFFECTS
MORE PEOPLE THAN
HIV/AIDS GLOBALLY.

YET RHD
RECEIVES ONLY
A FRACTION OF
THE INVESTMENT.



IT'S TIME TO INVEST
IN RHD, SO WE CAN

 #ENDRHD

→ Plaidoyer de la WHF

SEVENTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY

WHA71.14

Agenda item 12.8

26 May 2018

Rheumatic fever and rheumatic heart disease

The Seventy-first World Health Assembly,

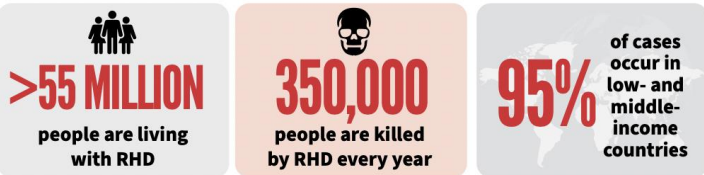
Having considered the report on rheumatic fever and rheumatic heart disease;¹

Reaffirming resolutions: WHA66.10 (2013) on follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases; WHA68.7 (2015) on global action plan on antimicrobial resistance; WHA69.2 (2016) on committing to implementation of the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health; and WHA69.25 (2016) on addressing the global shortage of medicines and vaccines, and the safety and efficacy of children's medicine; and the 2015 African Union Addis Ababa Communiqué on Eradication of Rheumatic Heart Disease in Africa;²

Noting with concern that rheumatic heart disease is a significant, preventable cause of morbidity and mortality for people in all WHO regions which, even with incomplete data, is known to affect at



RHEUMATIC HEART DISEASE (RHD)

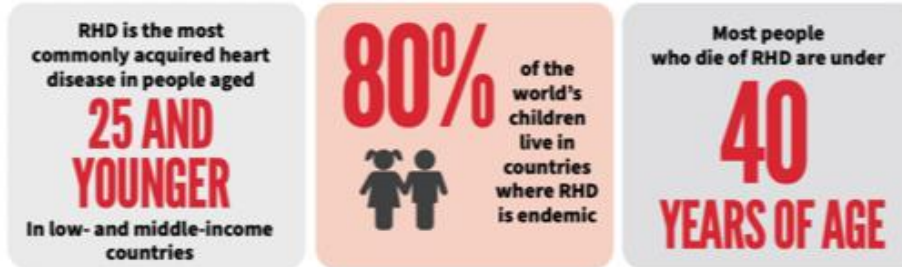


♥ Rheumatic fever ♥

is caused by an abnormal response of the body to infection with streptococcal bacteria, which usually begins as a sore throat or tonsillitis in children.

♥ Rheumatic heart disease ♥

is a life-threatening heart condition which results from damage to heart valves caused by one or several episodes of rheumatic fever.



SYMPTOMS



RHEUMATIC FEVER

- Fever
- Swollen, tender, red and painful joints
- Pain that migrates from one joint to another
- Small bumps beneath the skin
- Fatigue
- Shortness of breath and chest discomfort
- Flat or slightly raised rash, usually on the chest, back, and abdomen
- Uncontrolled movements of arms, legs, or facial muscles.

RHEUMATIC HEART DISEASE

- Heart murmur
- Chest pain
- Breathlessness with physical activity or when lying down
- Weakness and tiredness
- Swelling of the legs and face.

Symptoms of RHD may not be noticed for many years. When they do develop, symptoms depend on which heart valves are affected and the type and severity of the damage.



PREVENTION

- Prevent strep throat and skin infections
- Treat infections with antibiotics (such as penicillin) to prevent rheumatic fever
- Prevent additional streptococcal infection
- Long-term antibiotics can reduce progression to more severe disease

TREATMENT

- Medicines to manage heart failure may be needed
- In severe cases, treatment may include surgery to repair or replace a badly damaged valve

Résolution WHA 71.14 Assemblée mondiale de la Santé 2018:

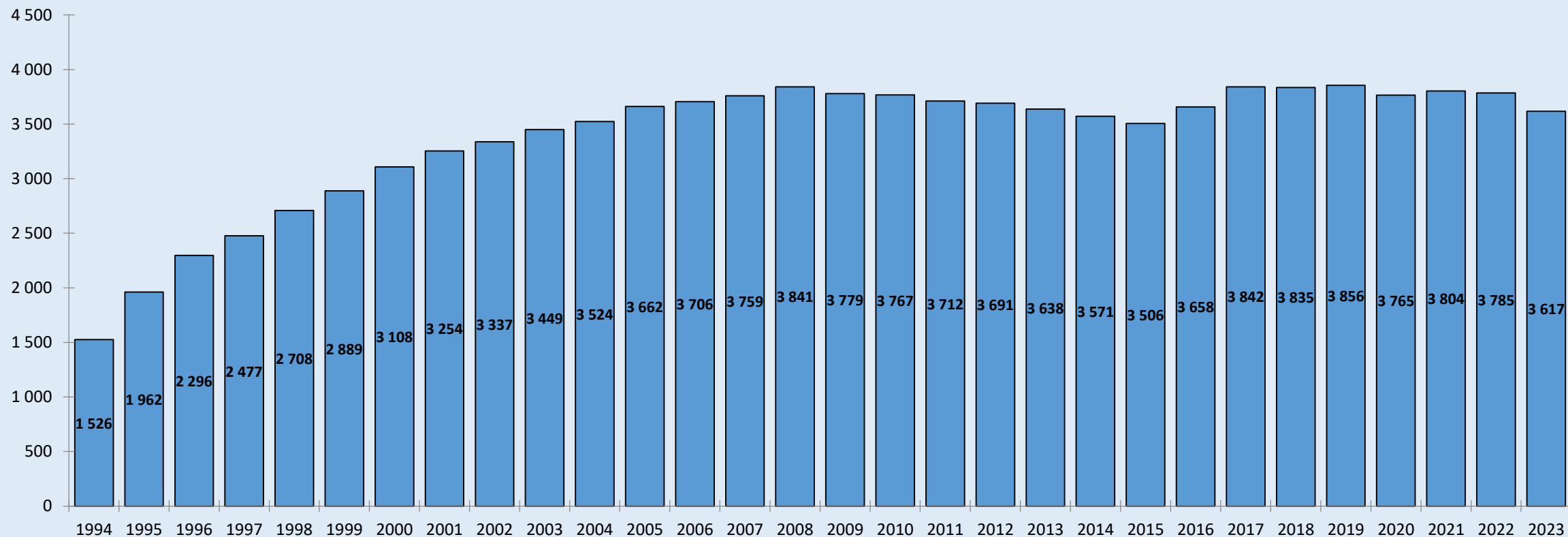
=> riposte mondiale coordonnée contre les cardiopathies rhumatismales et le rhumatisme articulaire aigu

=> élaboration de directives cliniques pour les cardiopathies rhumatismales

=> mise en place des interventions pour prévenir les cardiopathies rhumatismales et soigner les personnes déjà atteintes

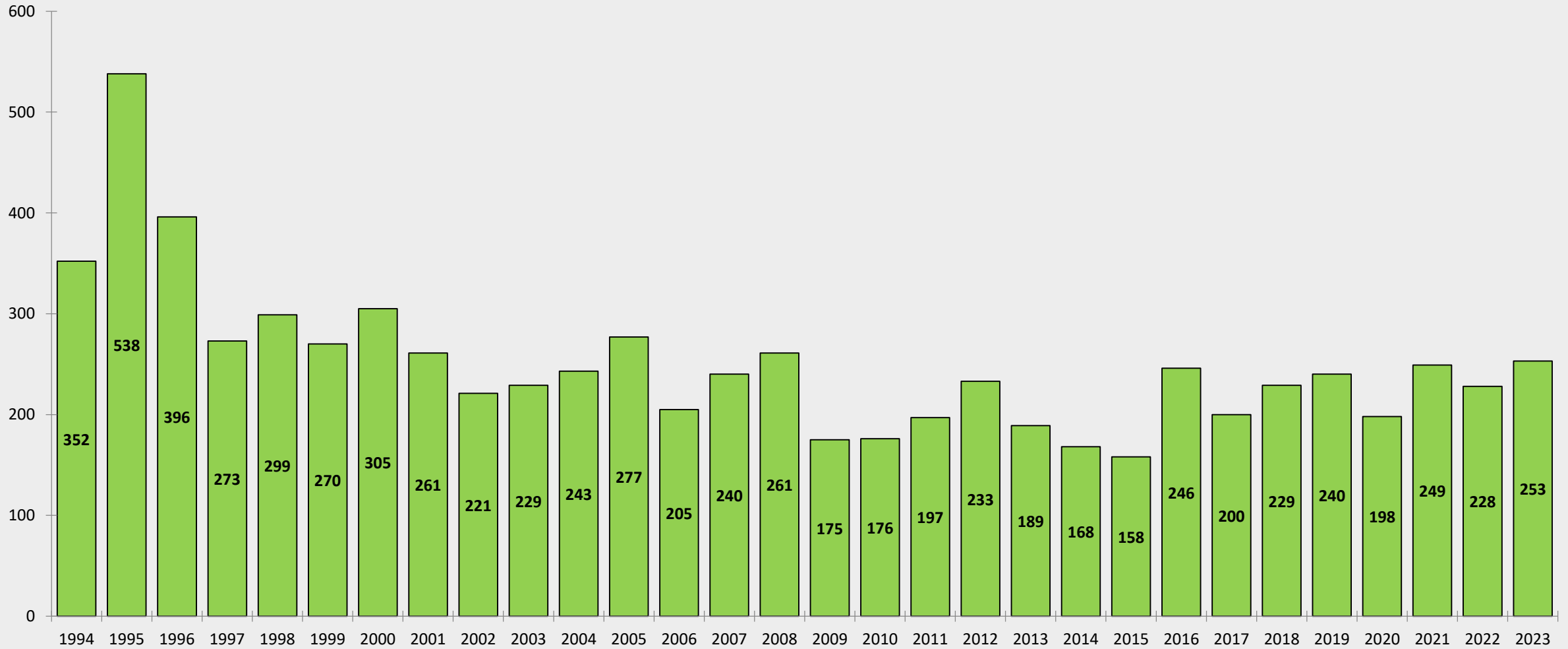
=> garantir un approvisionnement régulier et de qualité en benzathine pénicilline

Situation en Pf : prévalence des cas inscrits en LM 1994 - 2023 (données CPS)

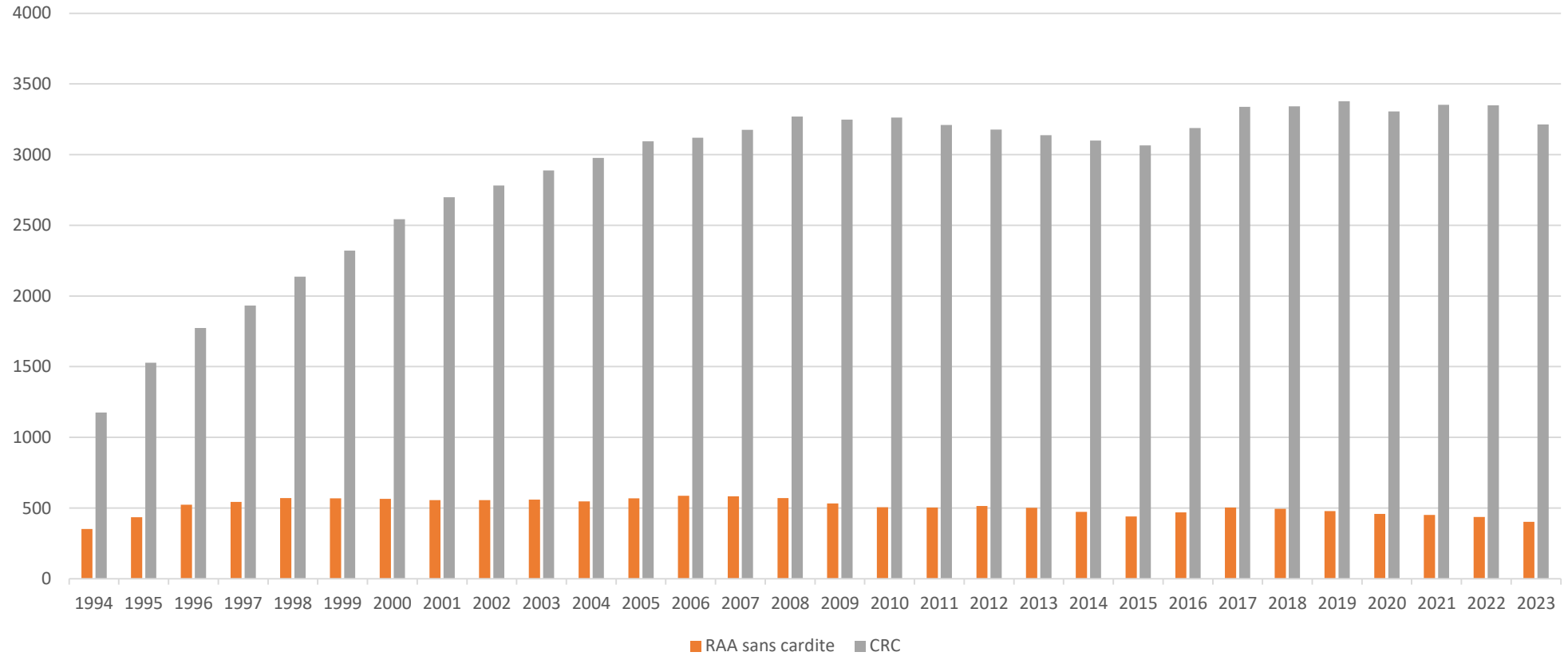




Situation en Pf: incidence annuelle du RAA 1994-2023 (données CPS)



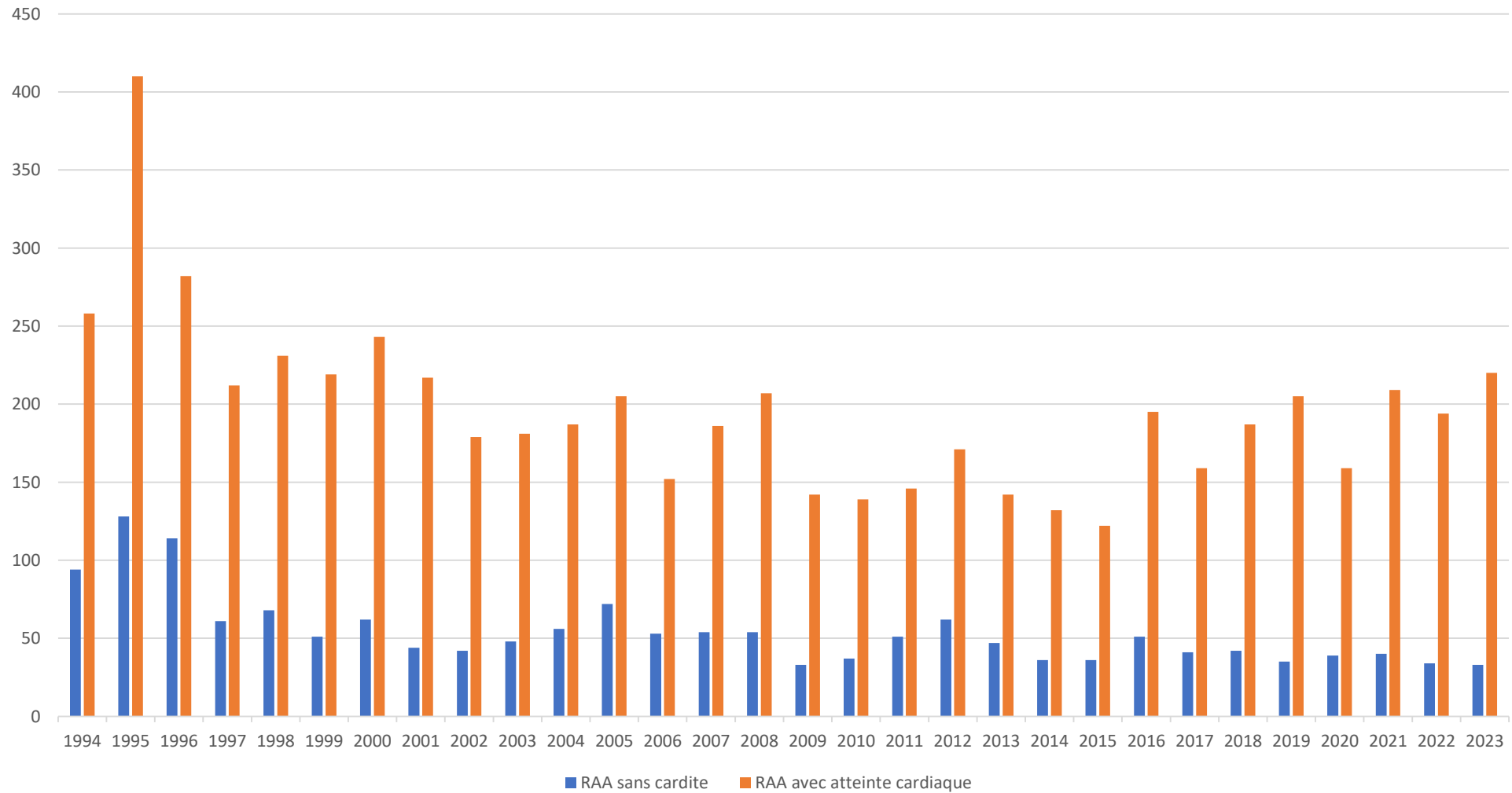
Prévalence RAA sans/avec atteinte cardiaque



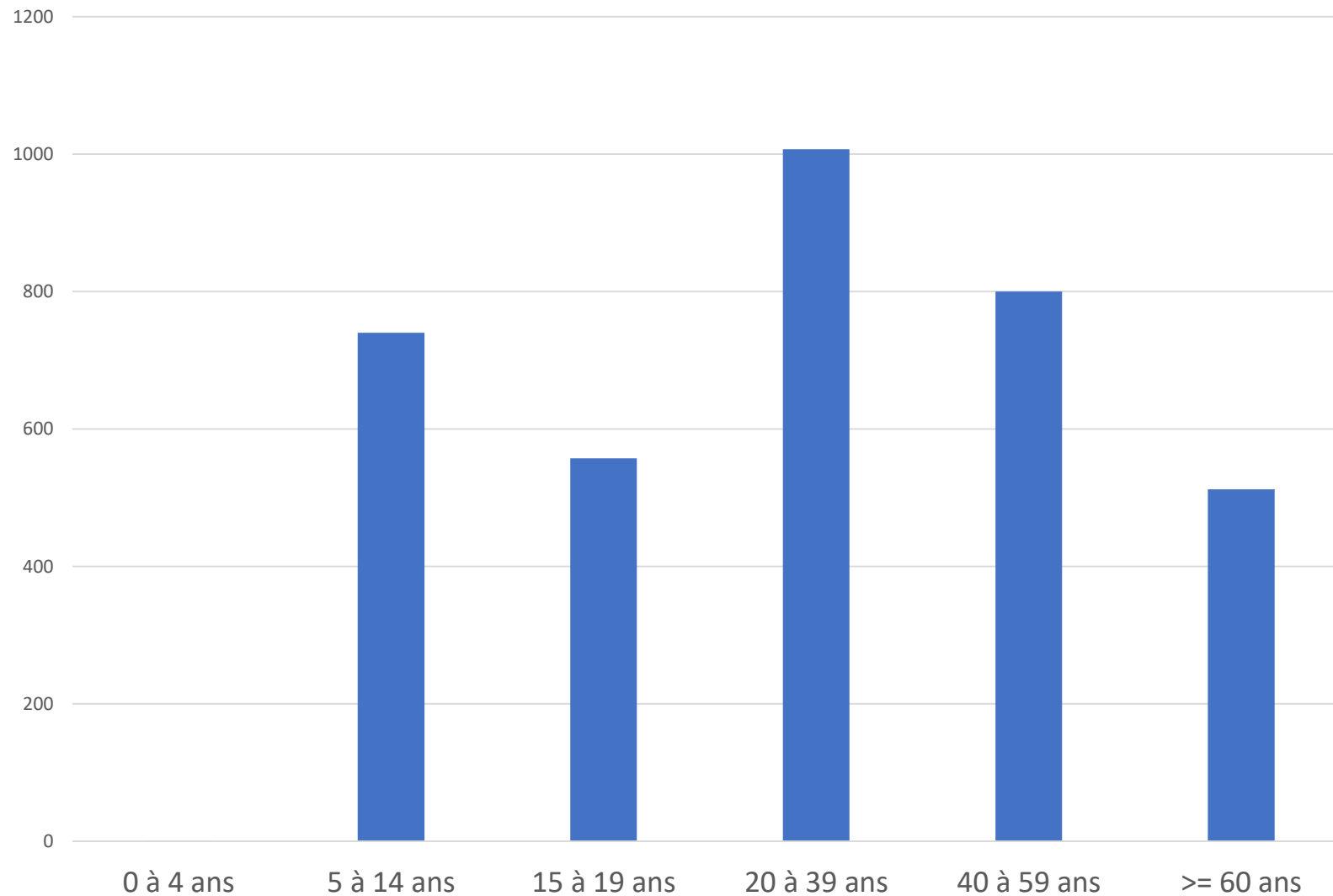
CRC

RAA sans cardite

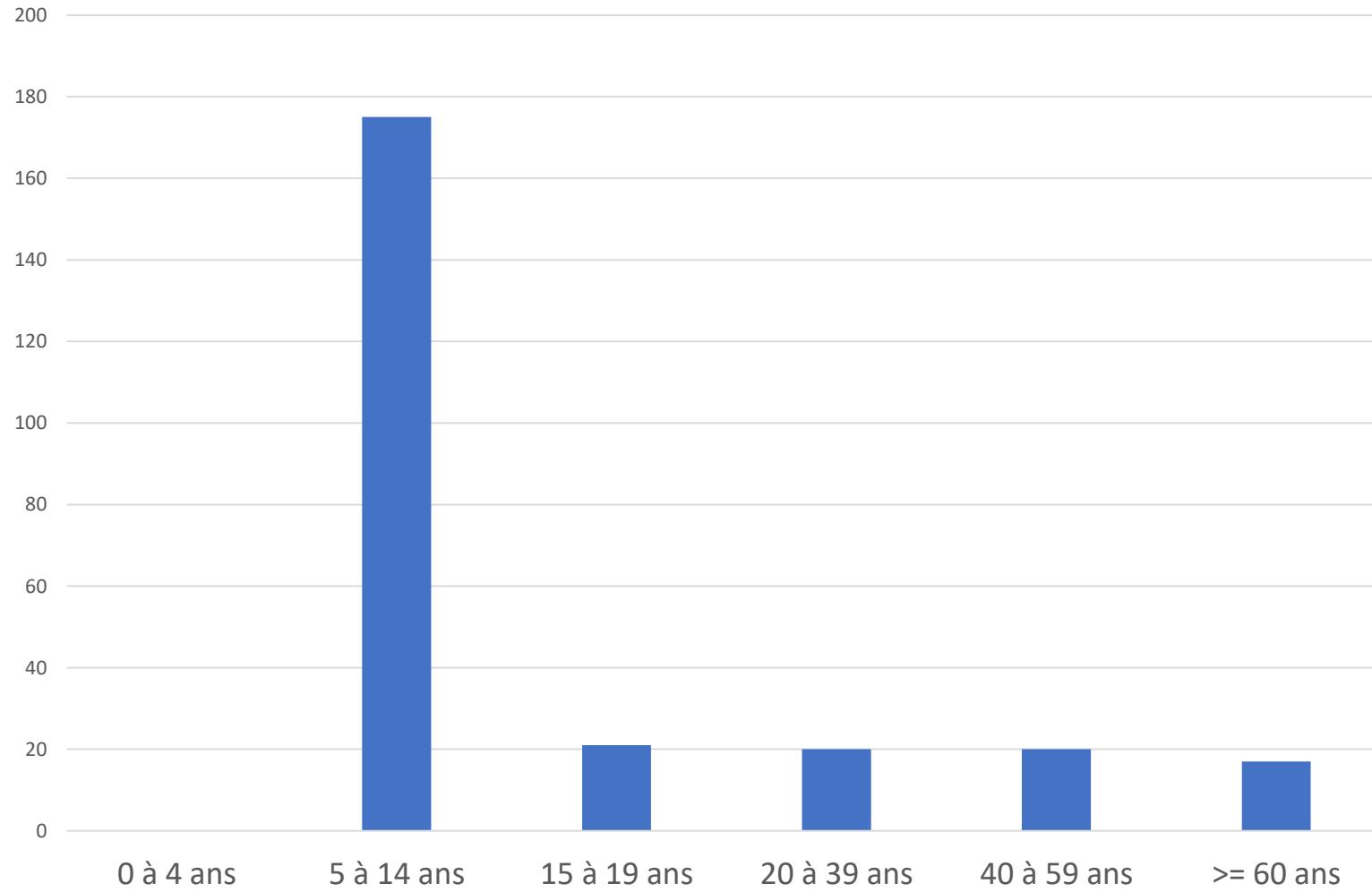
Incidence RAA sans/avec atteinte cardiaque 1994-2023



Prévalence par classe d'âge 2023 (source CPS)



Incidence par classe d'âge 2023 (source CPS)



Niveau de risque pour la population polynésienne (WHF)

Population à haut risque = taux de RAA/CRC élevés dans la communauté

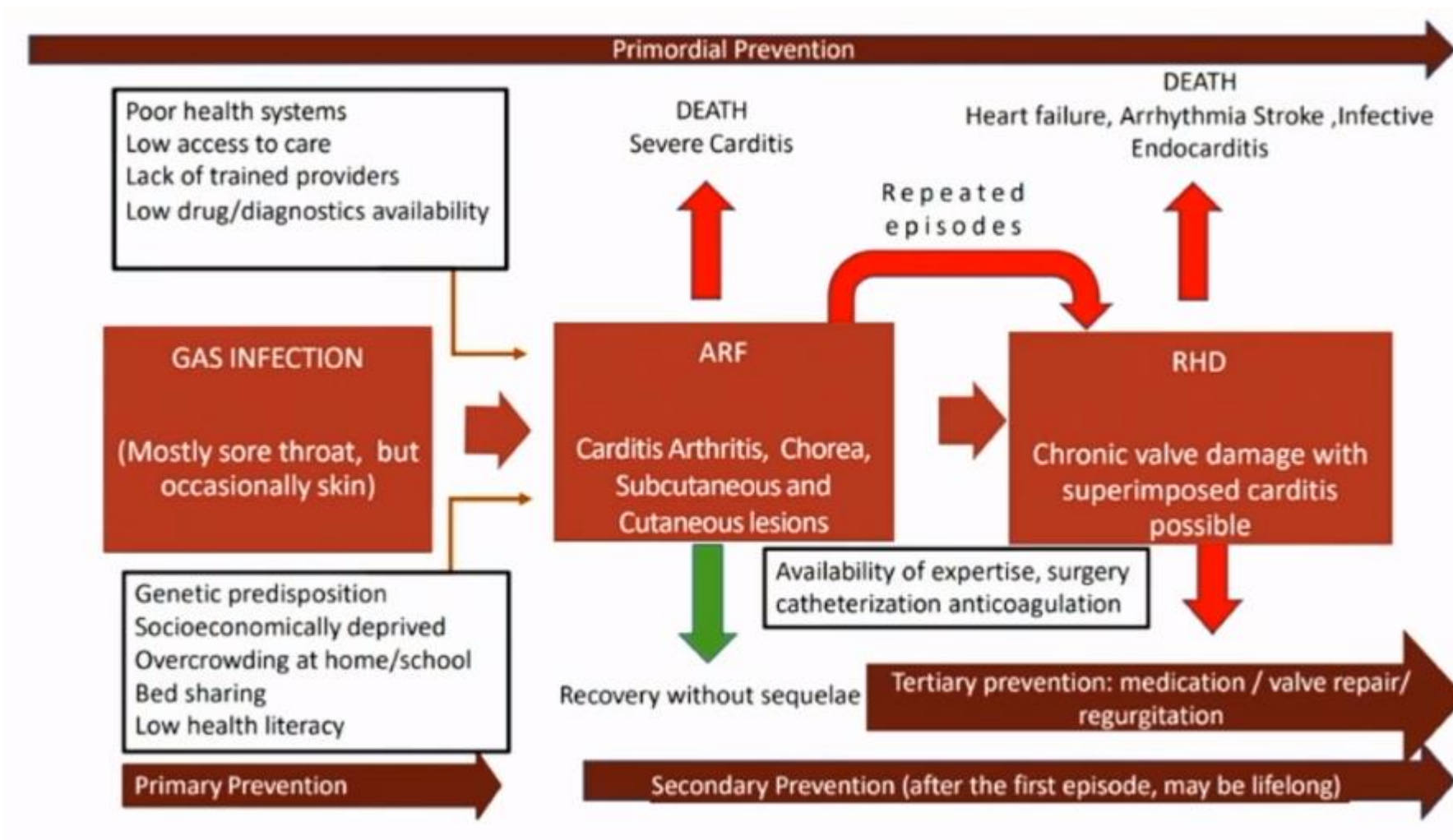
**Incidence de RAA >30/100 000/an chez les 5-14 ans
ou
Prévalence de CRC tous âges confondus >2/1000**

Application à la Pf:

- Incidence cumulée du RAA/CRC chez les 5-14 ans = **380/100 000/an**
- Prévalence des CRC en Pf = **11,5/1000**

>> La Polynésie est un pays de haute endémie pour les RAA/CRC

Physiopathologie du RAA

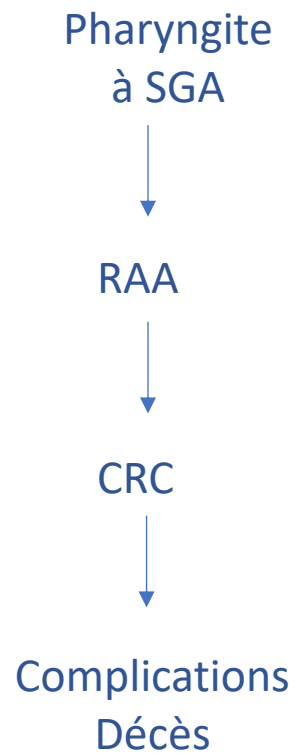


Physiopathologie du RAA

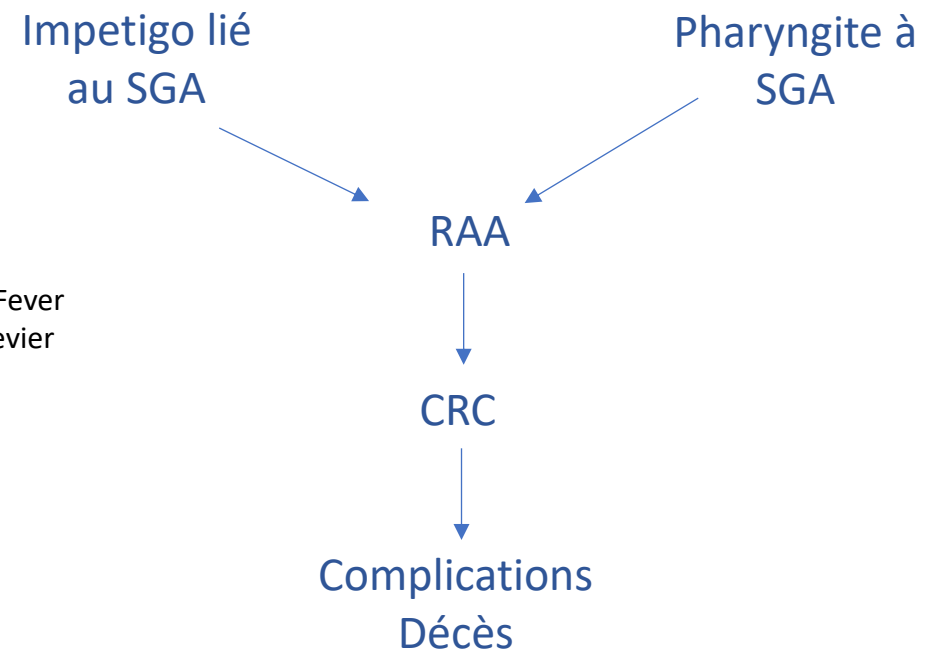
- complication inflammatoire retardée des infections des voies aériennes supérieures par le Streptocoque Bêta hémolytique du groupe A (SGA)
- des souches de SGA plus particulièrement rhumatogènes sont responsables d'épidémies
- virulence propre à certaines souches qui serait proportionnelle à l'importance du portage pharyngé du streptocoque dans la population générale (sujets porteurs sains et malades)
- très forte suspicion de la responsabilité de SGA rhumatogènes cutanés
- chez certains sujets, les infections pharyngées répétées à streptocoque Bêta hémolytique, non traitées par antibiothérapie peuvent conduire à plus ou moins long terme à un dysfonctionnement immunitaire.
- plusieurs cibles pour cette réponse immunitaire inadaptée et retardée: synoviales articulaires, cœur, cerveau et peau
- seule l'atteinte cardiaque peut persister
- la maladie touche les enfants âgés de plus de 4 ans, les adolescents et les adultes jeunes indépendamment du sexe

1. Modèle classique basé sur la relation SGA, RAA et CR
2. Situation plus complexe en zone d'endémie ou les CR sont prédominantes/RAA chez les jeunes adultes

1. Modèle classique



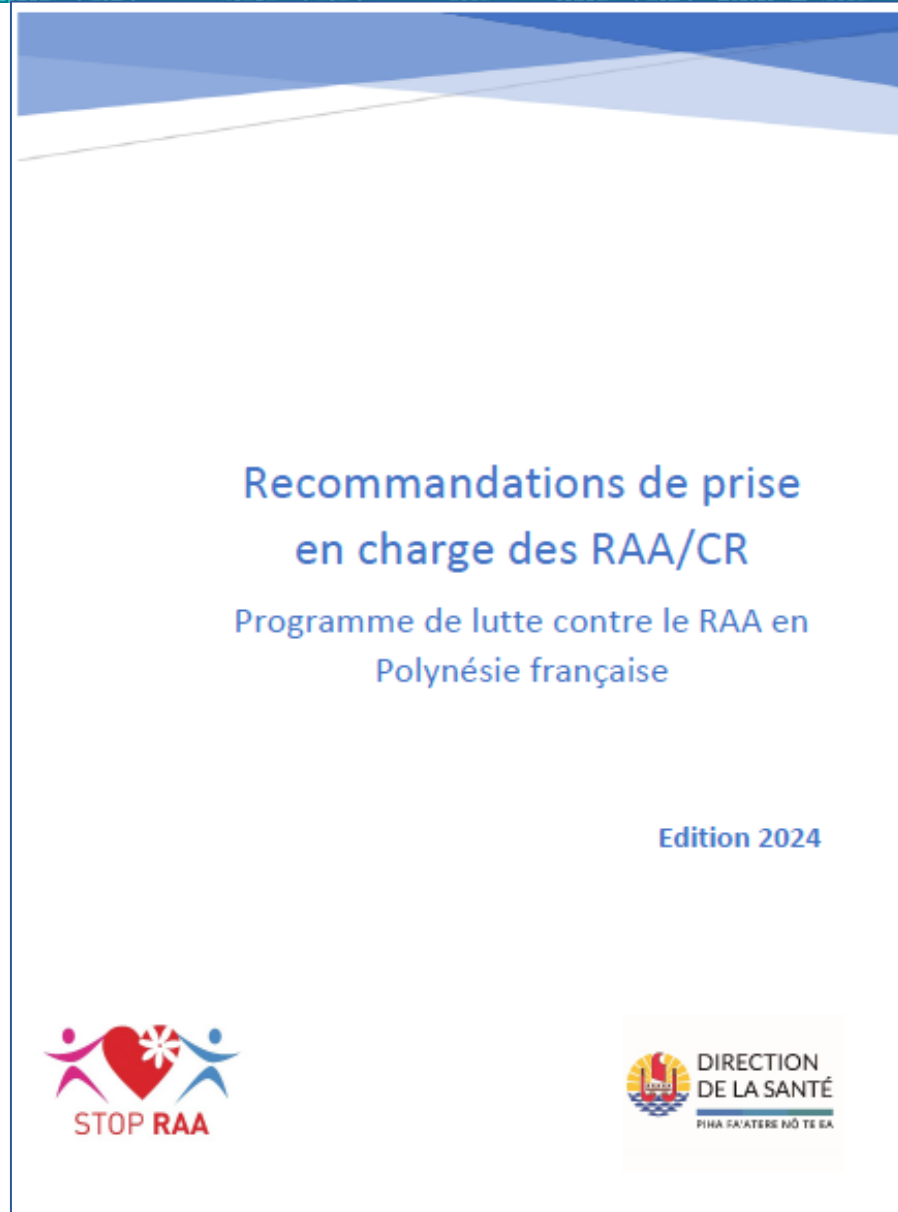
2. Modèle actuel



D'après Watkins et al in « Acute Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease », 2020, Elsevier

Qu'est-ce qui est efficace en santé publique?

- Les vaccins: de gros progrès récents
- La prévention primordiale +++ mais c'est aussi de la politique
- La prévention primaire: nécessaire mais non suffisante
- La prévention secondaire +++ surtout lorsqu'elle est soutenue par un programme structuré autour d'un registre fiable
- Le dépistage scolaire...



Dr **Raihei Ansquer**, service des urgences, CHPf , Dr **Philippe Biarez**, Directeur de la Santé, Dr **Pierre Boucher**, médecine générale, Centre de Santé scolaire, Direction de la Santé, Dr **Jérémie Bouchut**, médecine polyvalente, Hôpital de Moorea, Direction de la Santé, Mme **Evelyne Le Calvez**, infirmière DE, Centre du RAA, Direction de la Santé, Dr **Johanna Chansin**, médecine générale, Direction de la Santé, Dr **Anne-Laure Chevreau**, chirurgien-dentiste, Centre de Santé et Hygiène dentaire, Direction de la Santé, Dr **Philippe Costes**, cardiologie, vacataire au Centre du RAA, Direction de la Santé, Dr **Stéphane Darteyre**, pédiatrie, Dr **Géraldine Demirtas**, médecin conseil, CPS, Dr **Pascale Domingue Mena**, médecin , ASS NC, Dr **Katell Gallais**, cardiologue, CHPf Dr **Arnaud Garnier**, pédiatrie, Hôpital de Raiatea, Dr **Hélène Gatti**, pédiatrie, CHPf, Dr **Sylvain Girardot**, médecine d'urgence, CHPf, Dr **Nathalie Lehartel**, pharmacienne, Direction de la Santé, Dr **Marc Levy**, microbiologie, CHPf, Dr **Philippe Lionet**, cardiologie, Clinique Cardella, Dr **Renaud Lutinier**, cardiologie, médecine libérale, Dr **Erwan Oehler**, médecine interne, CHPf, Dr **Gérard Papouin**, cardiologue, Dr **Jérôme Pasche**, pédiatrie, CHPf, Dr **Hélène Pujol**, consultation de médecine, Hôpital de Taravao, Dr **Laurence Rochat stettler**, maladies infectieuses, Direction de la Santé, Dr **Rainui Richaud**, cardiologue libéral, Dr **Jean-Claude Rouillet**, angiologue, Dr **Clarisse Roverly**, maladies infectieuses, Hôpital de Raiatea, Mme **Nathalie Sagot**, IDE, ASS NC, Dr **Stéphane Sauget**, gynécologie-obstétrique, CHPf.

Dr Jean-Marc Ségalin, Mme Heimata Teriierooiterai, infirmière DE, Centre du RAA

Recommandations Pf

1. Fiche de déclaration obligatoire	10
2. Prévention primaire du RAA	11
3. Diagnostic du RAA et des CRC	14
4. Traitement du RAA avec ou sans cardite	17
5. Prévention secondaire de RAA avec ou sans cardite	20
6. Prévention des endocardites infectieuses	23
7. Suivi des cas de RAA avec ou sans cardite	25
8. RAA et femmes en période d'activité génitale	26
9. Suspicion de RAA/CRC aux urgences : conduite à tenir.	29
10. Dépistage scolaire	31



Le RAA est une MDO



Sans les données , le programme de lutte contre le RAA est aveugle.

Sources a minima:

- déclaration au centre du RAA
- données CPS avec le détail des LM et des modalités

d'entrée: première poussée, rechute, découverte au stade de séquelles

Mais aussi:

- envoi systématique des CR au centre du RAA
- discussion avec le groupe de référents

Fiche de déclaration des cas de RAA et de CRC	Le RAA est une maladie à déclaration obligatoire	 
Critères de notification : Critères cliniques et biologiques (critères de Jones) Critères échocardiographiques RAA : Rhumatisme articulaire aigu CRC : cardiopathie rhumatismale chronique	(Loi de pays N° 2019.8 du 01/04/2019 et Arrêté CM N° 00584 du 18/04/2019) Tout cas de RAA doit être signalé en adressant cette fiche au centre du RAA, sous pli confidentiel ou par courriel : raa.dsp@administration.gov.pf	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Ministère chargé de la santé Polynésie française

Médecin déclarant

Nom, prénom : Spécialité : Date de notification : | | | | | | | | | |

Lieu d'exercice : Hôpital/clinique Centre médical / dispensaire Cabinet privé
 Laboratoire Autre, préciser :

Adresse :

Tel/Fax : | | | | | | | | | | Courriel :@.....

Signature : Tampon

Identité du patient

Nom : Prénom : DDN | | | | | | | | | | Sexe : M F

Adresse géographique : Tel : | | | | | | | | | | N° DN | | | | | | | |

Commune de résidence : Ile / Pays :

Ecole et commune : Classe :

Situation sociale

Régime de prise en charge : Sécurité sociale RNS RGS RST Autres :

Nombre de personnes au domicile | | | | | Nombre de pièces d'habitation | | | | |

Pour les enfants de moins de 16 ans : profession du père : profession de la mère :

Antécédents

Allergie à la pénicilline oui non

Antécédents familiaux de RAA : oui non si oui, nombre et parenté :

Diagnostic

1. Circonstances : découverte fortuite grossesse/accouchement signes cliniques évocateurs (préciser) :

2. Stade de la maladie : première poussée rechute découverte au stade de séquelles

3. Statut de la maladie : confirmé probable possible (incertain)

4. Classification : RAA sans cardite cardite légère cardite modérée cardite sévère

Dépistage échographique scolaire : Date | | | | | | | | | | Résultat : CRC certaine (confirmée) CRC limite (borderline)

Données échographiques Echocardiographiste : Dr.....

	Légère	Modérée	Sévère	Retentissement cavitaire
Insuffisance mitrale				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sténose mitrale				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Insuffisance aortique				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Atteinte tricuspideenne				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Conclusions de l'échocardiographie:

Prise en charge initiale

Hospitalisation : oui non Lieu d'hospitalisation : Date d'hospitalisation : | | | | | | | | | |

Antibiothérapie initiale : benzyl benzathine pénicilline IM (BPG) pénicilline V (orale) macrolides

Traitement symptomatique : paracétamol codéine tramadol aspirine ibuprofène
 prednisolone autres (préciser)

Prophylaxie secondaire débutée le : | | | | | | | | | |

benzyl benzathine pénicilline IM (BPG) pénicilline V (orale) macrolides

Lieu de suivi pour la prophylaxie secondaire : dispensaire cabinet médical privé autres Préciser :

Prévention primaire (angines et pharyngites)

Facteurs de risque de RAA à prendre en compte dans la décision de traiter par antibiotiques (RHDAustralia, 2022)

- Résider dans un pays de haute endémie
- Antécédents familiaux de RAA
- Antécédents personnels de RAA/CRC et âge <40 ans
- Conditions sociales précaires ou logement surpeuplé (>2 personnes par chambre) - Origine polynésienne ou mélanésienne

Quels patients traiter par antibiotiques ?

- Patients ayant une angine typique : dysphagie, fièvre, exsudat amygdalien, adénopathie cervicale antérieure douloureuse ou preuve bactériologique/Ag/PCR*
- Patients porteurs de facteurs de risques de RAA à prendre en compte dans la décision de traiter

* en zone d'endémie RAA/CRC, en raison du défaut de sensibilité des streptotests, leur utilisation pour éviter un traitement antibiotique n'est pas recommandée.

Traitement antibiotique des angines et pharyngites (HAS, 2021) (RHDAustralia, 2022)

MOLÉCULES	ENFANTS	ADULTES	COMMENTAIRES
Amoxicilline	Enfant de plus de 36 mois 75 mg/kg/j en 2 prises max. 2g/j pdt 6 jours	2 g/j en deux prises 6 jours	
Macrolides	Azithromycine 20 mg/kg/j en 1 prise par jour, 3 jours ou Clarithromycine 15mg/kg/j 5 jours	Azithromycine 500 mg/j en 1 prise par jour, 3 jours ou Clarithromycine 500 mg/j en 1 prise par jour, 5 jours	Si allergie aux pénicillines
BPG injection IM	<30 kg 0,6 MUI ≥30 kg 1,2 MUI	1,2 MUI en 1 injection IM	Si doute sur l'observance

Prévention primaire

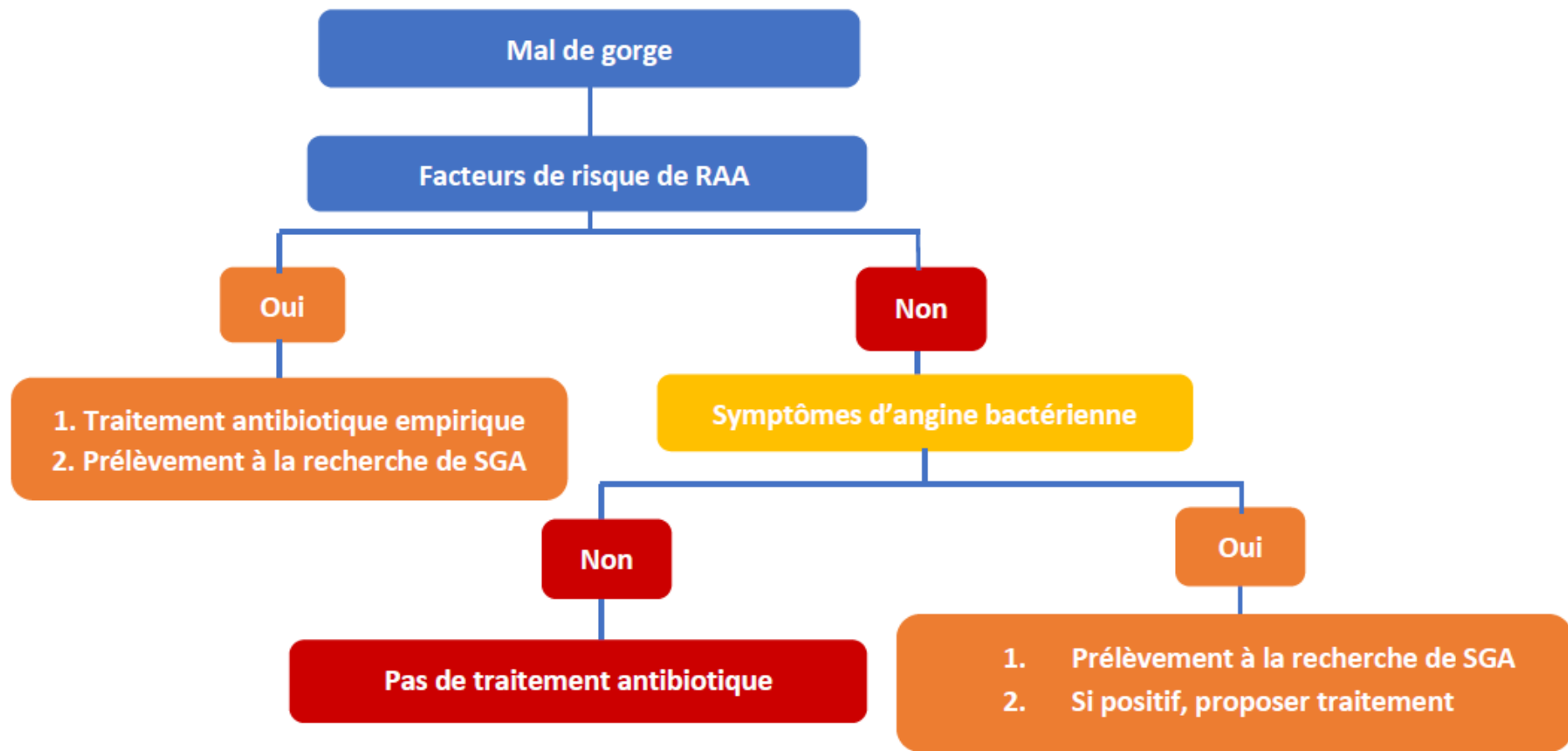


Figure : algorithme de décision pour le traitement d'une pharyngite en zone d'endémie de RAA (RHDAustralia, 2022)

Prévention primaire (infections cutanées)

PATHOLOGIES	TRAITEMENT	DURÉE
<p>Impétigo étendu</p>	<p>Spiramycine : 6 à 9 MUI /j ou Clindamycine Enfants : 40 mg/kg/j en 3 prises Adultes < 100 kg : 600 mg x 3 Adultes ≥ 100 kg : 600 mg x 4 ou Cotrimoxazole 30 mg/kg/jour en 2 prises</p>	<p>7 jours</p>
<p>Gale impétiginisée</p>	<p>Traitement spécifique de la gale + Spiramycine ou Cotrimoxazole ou Clindamycine</p>	<p>7 jours</p>
<p>Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN, ex érysipèle)</p>	<p>Amoxicilline 50 mg/kg/j en 3 prises sans dépasser 6g/j En cas d'allergie ou de suspicion de staphylocoque (évolution défavorable, atteinte mixte) : Spiramycine ou Clindamycine</p>	<p>7 jours</p>
<p>Abcès</p>	<p>Traitement local/incision +/- clindamycine ou cotrimoxazole</p>	<p>5 jours</p>

Symptômes évocateurs

Rhumatisme articulaire aigu :

- Fièvre
- Douleurs articulaires migratrices, en particulier les genoux, les chevilles, les coudes et les poignets
- Asthénie
- Chorée: mouvements saccadés et incontrôlables
- Nodules sous-cutanés indolores à proximité des articulations et/ou éruption cutanée constituée d'anneaux roses avec un centre clair (tous deux rares)

Maladie cardiaque rhumatismale :

- Douleur ou gêne thoracique
- Dyspnée
- Œdème des mains ou des pieds
- Asthénie
- Tachycardie +/- irrégulière
- Asymptomatique ou pauci symptomatique pendant longtemps

Diagnostic du RAA: critères de Jones

Recommandations australiennes 2020 alignées sur les **critères de Jones révisés en 2015** par l'AHA et reprises par la WHF.

Population à haut risque :

Critères majeurs :

1. Cardite clinique ou infra clinique
2. Monoarthrite ou polyarthrite
3. Polyarthralgie
4. Chorée de Sydenham
5. Erythème margine
6. Nodules sous cutanés

Critères mineurs :

1. Mono arthralgie
2. **Fièvre ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$)**
3. $\text{VS} \geq 30 \text{ mm/h}$ et/ou $\text{CRP} \geq 3,0 \text{ mg/dl}$
4. Allongement du PR (prendre en compte l'âge ; s'il n'y a pas de cardite comme critère majeur)

Population à faible risque :

Critères majeurs :

1. Cardite clinique **ou infra clinique**
2. Polyarthrite uniquement
3. Chorée de Sydenham
4. Erythème margine
5. Nodules sous cutanés

Critères mineurs :

1. Polyarthralgie
2. **Fièvre ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$)**
3. **$\text{VS} \geq 60 \text{ mm/h}$** et/ou $\text{CRP} \geq 3,0 \text{ mg/dl}$
4. Allongement du PR (prendre en compte l'âge s'il n'y a pas de cardite comme critère majeur)

Diagnostic du RAA: critères de Jones

<p>1^{ere} poussée de RAA confirmée</p>	<p>2 critères majeurs ou 1 critère majeur et 2 critères mineurs</p>	<p>et la preuve d'une infection antérieure à SGA</p>
<p>Rechute de RAA confirmée</p>	<p>2 critères majeurs ou 1 critère majeur et 2 critères mineurs ou 3 critères mineurs</p>	<p>et la preuve d'une infection antérieure à SGA</p>
<p>RAA probable ou RAA possible</p>	<p>RAA probable (<i>anciennement hautement suspecté</i>) : situation pour laquelle il manque un critère majeur ou mineur, ou des résultats sérologiques streptococciques, mais RAA considéré comme diagnostic le plus probable.</p> <p>RAA possible (<i>anciennement incertain</i>) RAA est considéré comme incertain mais ne peut être exclu.</p>	

Diagnostic du RAA: critères de Jones

<i>Mesure d'un taux élevé ou croissant d'anticorps streptococciques</i>		
	Limites supérieures normales des titres d'anticorps streptococciques	
Age	ASLO	ASDOR
1 à 4 ans	170	366
5 à 14 ans	276	499
15 à 24 ans	238	473
25 à 34 ans	177	390
≥35 ans	127	265

Dans les populations à haut risque:

Il est généralement admis que si le titre initial est supérieur à la limite supérieure, il n'est pas nécessaire de répéter la sérologie.

Si le titre initial est inférieur à la limite supérieure pour l'âge, le test doit être répété 10 à 14 jours plus tard



Diagnostic différentiels

Polyarthrite fébrile	Cardite	Chorée de Sydenham
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arthrite réactive post-streptococcique ▪ Arthrite septique (y compris gonococcique disséminée) ▪ Maladies du tissu conjonctif et autres maladies auto-immunes ▪ Arthrite virale ▪ Maladie de Lyme ▪ Anémie drépanocytaire ▪ Endocardite infectieuse ▪ Leucémie ou lymphome ▪ Goutte et pseudo-goutte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Souffle innocent ▪ Prolapsus de la valve mitrale ▪ Maladie cardiaque congénitale ▪ Endocardite infectieuse ▪ Cardiomyopathie hypertrophique ▪ Myocardite : virale ou idiopathique ▪ Péricardite : virale ou idiopathique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lupus érythémateux disséminé ▪ Intoxication médicamenteuse ▪ Maladie de Wilson ▪ Troubles involontaires compulsifs (Tics) ▪ Paralysie cérébrale choréoathétosique ▪ Encéphalite ▪ Chorée familiale (y compris la maladie de Huntington)

Si l'organisation du service le permet ou si l'état clinique du patient le justifie.

Objectifs: confirmation du diagnostic, mise en route du traitement, déclaration du cas, et éducation thérapeutique.

Examens complémentaires :

- VS, NFSplaq, CRP, CPK, ASLO ASDOR, ECG
- **Echocardiographie +++**
- Bilans des foyers infectieux, radio sinus, panorex dentaire, thorax,
- Bilan du diagnostic différentiel : bactério, sérologies virales ...

Apport de l'interrogatoire

- Atcd familiaux de RAA, Atcd d'épisodes identiques
- Date de début des symptômes
- Etat dentaire, cutané, histoire d'infection ORL
- Accès aux soins, conditions de logement...

Examen clinique

Articulations (+ muscles et neuro) ,cœur, et le reste

Traitement de la douleur lors de la poussée de RAA

Médicament	Posologie	Durée
Paracétamol, PO	Enfants : 60 mg/kg/jour (max 3 g) en 4 à 6 prises Adultes : <60 kg : 3 g/jour ≥60 kg : 4g/jour	Jusqu'à disparition des symptômes
Codéine, PO à partir de 12 ans	Enfant 0.5–1 mg/kg/dose Adultes 15–60 mg/dose Toutes les 4 à 6 heures	
Tramadol, PO à partir de 3 ans	Chlorhydrate de Tramadol gouttes, 1 mg/kg par prise Enfants : 1 prise toutes les 6 à 8 heures	
Ibuprofène PO	Enfants : 30 mg/kg/jour (max 1200 mg) en trois prises Adultes : 1200 mg par jour en trois prises	
Prednisolone	Enfants : 1 mg/kg/j en cure courte si échec des AINS	

Traitement de la chorée

- Pas de traitement spécifique dans la plupart des cas
- Si traitement nécessaire : carbamazépine ou acide valproïque
- Formes sévères : corticothérapie 1-2mg/kg/j
- Immunoglobulines IV en cas d'échec

Traitement des cardites

- Traitement symptomatique des complications cardiaques
 - Pas de traitement spécifique de l'atteinte cardiaque du RAA mais les glucocorticoïdes peuvent être indiqués
- dans la prise en charge des cardites graves, notamment avec péricardite

Médicament	Indication	Posologie	Durée
Prednisolone	Cardite grave	1-2 mg/kg/jr (max 80 mg)	1-3 semaines

Traitement préventif de l'anguillulose avant mise sous traitement corticoïde chez l'enfant :
si prednisolone > 0.5 mg/kg/j pendant plus de deux semaines

Stromectol 200 µg/kg dose unique

Benzathine Benzylpénicilline G ou Extencilline[®], en injection IM profonde :

< 30 kg : 600.000 UI

≥ 30 kg : 1.200.000 UI

Une injection toutes les 4 semaines soit 13 injections par an

- toutes les 3 semaines (soit 17 injections/an) en cas de RAA avec cardite sévère ou d'Antécédents de chirurgie valvulaire ou de rechute sous traitement toutes les quatre semaines

Phenoxyméthylpénicilline ou Oracilline[®], par voie orale :

< 40 kg : 500.000 UI Deux fois par jour

≥ 40 kg : 1.000.000 UI Deux fois par jour

En cas d'allergie confirmée à la pénicilline : Spiramycine, 1,5MUI/10 kg chez l'enfant (max 6 MUI), 3 MUI matin et soir chez l'adulte

NB: en raison de la moindre efficacité de la voie orale, la préférence doit être donnée à la voie injectable

Prévention secondaire

RAA/CRC connu ou situation clinique évoquant un RAA

RAA possible (sans cardite)	1 an puis réévaluation
RAA probable ou RAA certain sans cardite	5 ans minimum ou jusqu'à l'âge de 21 ans
RAA + cardite légère	10 ans minimum ou jusqu'à l'âge de 21 ans
RAA + cardite modérée	10 ans minimum ou jusqu'à l'âge de 35 ans
RAA + cardite sévère	10 ans minimum ou jusqu'à l'âge de 40 ans

RAA non connu : découverte fortuite au stade de séquelles ou suite à un dépistage (patients âgés de moins de 35 ans)

CRC légère	5 ans minimum ou jusqu'à l'âge de 21 ans
CRC modérée*	5 ans minimum ou jusqu'à l'âge de 35 ans
CRC sévère*, chirurgie valvulaire	5 ans minimum ou jusqu'à l'âge de 40 ans
CRC limite (borderline) (<20 ans uniquement)	Prophylaxie secondaire (PII) à discuter en fonction du contexte**

Accueil +++ (rassurer le patient)

Petits moyens et bonnes pratiques

- patchs anesthésiants

- application de froid en regard de la zone d'injection

- injecter le produit très lentement

Lidocaïne 1% peut être utilisée sous la responsabilité du médecin prescripteur

Protoxyde d'azote

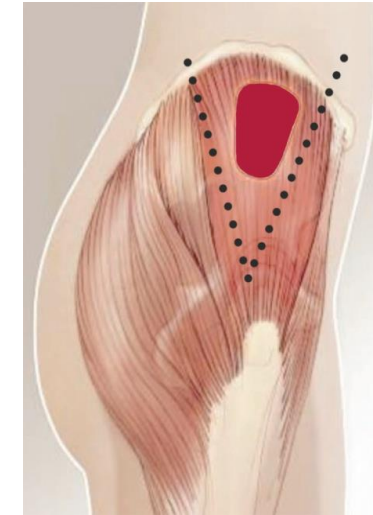
Projet: hypnose conversationnelle

(cycle de formation en cours)

IM dans le moyen fessier: voie ventro-glutéale

Contrôler la douleur de l'injection: c'est primordial

Le patient est placé en
décubitus latéral



Injection IM au niveau de la
hanche (ventroglutéale) : muscle
fessier antérieur (moyen et
petit fessier)



La prophylaxie antibiotique lors des soins dentaires est recommandée uniquement aux personnes qui réunissent les deux conditions suivantes :

ANTECEDENTS CARDIAQUES à HAUT RISQUE de développement d'une endocardite infectieuse :

- prothèses valvulaires (homogreffe, bioprothèse, valve mécanique, plasties)
- antécédents d'endocardite infectieuse
- cardiopathie congénitale cyanogène non opérée, dérivations et shunts, cardiopathie congénitale cyanogène opérée avec persistance de séquelle hémodynamique
- **cardiopathie rhumatismale** dans toutes les populations

PROCEDURES DENTAIRES liées à un risque élevé de bactériémie : celles nécessitant une manipulation du tissu gingival ou péri apical ou la perforation de la muqueuse buccale (par exemple extraction, biopsie, ablation de tissus mous ou osseux, détartrage et traitement canalaire sur dent à pulpe vitale).

PROCEDURES DENTAIRES contre indiquées :

- traitement canalaire sur dent à pulpe nécrosée
- retraitements endodontiques
- chirurgie implantaire,
- résection apicale et amputation radiculaire.

Prévention de l'Endocardite infectieuse

Situation	Antibiotiques	Dose unique	
		Adulte	Enfant
Pas d'allergie à la pénicilline ou l'amoxicilline	Amoxicilline (60 minutes avant la procédure)	2 g per os ou IV	50 mg/kg per os ou IV (max. 2g)
Allergie à la pénicilline ou l'amoxicilline	Clindamycine (120 min avant la procédure)	600 mg per os ou IVL (20 min)	20 mg/kg per os ou IVL (max. 600 mg)
Traitement récent par amoxicilline ou une autre bêtalactamine non BPG	Clindamycine (120 min avant la procédure)	600 mg par voie orale ou IVL (20 min)	20 mg/kg per os ou IVL (max. 600 mg)

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR REDUIRE LE RISQUE D'EI CHEZ LES PERSONNES A RISQUE :

- hygiène buccodentaire et cutanée
- examen dentaire régulier, réalisation des soins dentaires
- désinfection des plaies, antibiothérapie curative de tout foyer infectieux,
- éviter les cathéters intravasculaires et procédures invasives, sauf si nécessaire
- respect strict des protocoles de gestion des dispositifs intraveineux centraux et périphériques
- dissuasion active du tatouage et du piercing

Suivi des patients atteints de RAA/CRC

Modalités de suivi	Injections de BPG	Consultation de médecine polyvalente	Consultation de cardiologie et échocardiographie	Consultation dentaire	Vaccination contre la grippe**
RAA sans cardite	13 injections par an	Deux consultations par an	Une consultation avec échographie tous les deux ans	Une fois par an	/
RAA avec cardite légère	13 injections par an	Deux consultations par an	Une consultation avec échographie tous les deux ans	Dans les trois mois après le diagnostic puis deux fois par an	/
RAA avec cardite modérée	13 ou 17 injections par an	Deux consultations par an	Une consultation avec échographie par an	Dans les trois mois après le diagnostic puis deux fois par an	Une fois par an
RAA avec cardite sévère ou antécédents de chirurgie valvulaire	17 injections par an*	Quatre consultations par an	Deux consultations avec échographie par an	Dans les trois mois après le diagnostic puis deux fois par an	Une fois par an
Antécédents de RAA P2 interrompue		Une fois par an	En fonction de la situation clinique	Une fois par an	/

A photograph of a sunset over the ocean. The sun is low on the horizon, casting a golden glow across the sky and reflecting on the water. The sky transitions from a deep blue at the top to a bright orange near the horizon. There are some clouds, including a few wispy ones in the upper left and a larger, darker cloud bank on the right. In the foreground, the water is dark blue with some ripples. A small, dark object, possibly a buoy or a piece of driftwood, is visible in the water on the right side. The overall mood is peaceful and serene.

Merci pour
votre
attention!