

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Cas Cliniques

Une chorée de Sydenham inaugurant un rhumatisme articulaire aigu.
Acute rheumatoid arthritis revealed by Sydenham chorea.

Auteurs :
Samy ML Dadah[1], Ahmed Jiddou Mohamed Ghadhi[1], Sidi S. Ould Memou[2], Mylène E. Tonga[1], Ahmed Salem Kleib[2], Cheikh Ould El Hacen[3], Abderrahmane Moulaye[1], Mouhamadou Diagana[1].

Auteur correspondant : Dr Samy M L Daddah
Service de Neurologie CHS
Tel : (+222) 44 48 03 33
Email : samimedecin01@yahoo.fr

Services :
[1] Service de Neurologie du CHS de Nouakchott - Mauritanie.
[2] Service de Neurochirurgie du CHN de Nouakchott - Mauritanie
[3] Service de Neurologie de l'hôpital militaire de Nouakchott - Mauritanie.

Article Info

Soumis : le 23/10/2017
Accepté : le 05/04/2018

Résumé

Introduction :

Les mouvements anormaux de l'enfant sont des situations cliniques relativement rares. Elles imposent un examen clinique minutieux et diagnostic étiologique précis pour faciliter la prise en charge et le suivi.

Nous rapportons le cas d'une chorée de Sydenham inaugurale d'un rhumatisme articulaire aigu (RAA) chez l'enfant.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un jeune enfant de 7 ans aux antécédents d'angines à répétition mal traitées. Il a présenté 3 jours avant la consultation des mouvements anormaux, permanents, proximo-distaux à prédominance proximale, avec participation axiale et périorale, bilatéraux asymétriques prédominant à droite. La NFS a montré des leucocytes à 11.000 avec une CRP à 48mg, une VS à 50 et des ASLO à 800UI. L'IRM cérébrale était sans particularités. L'échographie cardiaque était normale. Le diagnostic d'une chorée de Sydenham inaugurant un RAA était retenu. Le patient a reçu une corticothérapie à la base de 1mg/kg/j avec de l'halopéridol à dose progressive avec une dose finale de 0,08mg/jour en 3 prise et de l'extencilline à la posologie de 1.2 millions unités chaque 15 jours. L'évolution était marquée par une disparition progressive et totale des mouvements anormaux. Il fut référé chez un rhumatologue et un pédiatre pour la coordination et le suivi des soins.

Conclusion :

La maladie de Sydenham est une complication de l'infection streptococcique en voie de disparition avec la meilleure prise en charge des angines. Une chorée chez l'enfant doit faire évoquer, rechercher et traiter une maladie rhumatismale.

Mots clés : Chorée de Sydenham • Enfant • Rhumatisme articulaire aigu • Mauritanie

Cas Cliniques

Abstract

Introduction :

Child's movements disorders are relatively rare. They require careful clinical examination and precise etiological diagnosis to facilitate management and follow-up.

We report a case of an inaugural Sydenham chorea of rheumatic fever (RA) in children.

Observation :

We report 7-year-old boy with a history of poorly treated tonsillitis. He presented 3 days ago an involuntary, permanent, movements disorders proximo-distal predominantly proximal, with axial and peri-oral, bilateral asymmetric predominant right. Blood account showed leukocytes at 11,000 with a CRP at 48mg, a SV at 50 and antistreptolysine antibody at 800IU. The brain MRI was without abnormalities. Cardiac ultrasound was normal. Sydenham chorea diagnosis inaugurating an Acute rheumatoid arthritis was retained. The patient received a corticosteroid therapy : 1mg / kg / day with haloperidol in a progressive dose with a final dose of 0.08mg / day taken and exctencillin at a dosage of 1.2 million units each 15 days. Follow up was marked by a gradual then total disappearance of movements disorders. He was referred to a rheumatologist and pediatrician for coordination and follow-up care.

Conclusion :

Sydenham's disease is a complication of endemic streptococcal infection. Chorea in children should evoke, look for and treat a rheumatic disease.

Key words : Sydenham Chorea • childhood • Rheumaticfever • Mauritania

Introduction :

La chorée est un mouvement involontaire, fugace, irrégulier, non rythmique, bref et saccadé de tout ou d'une partie proximale du corps [1]. Décrite par Sydenham en 1685, comme complication du Rhumatisme Articulaire Aigu d'où le nom de chorée rhumatismale. Le RAA étant secondaire à une infection à streptocoque béta-hémolytique du groupe A [2]. En Mauritanie, Le RAA reste un problème de santé publique, mais ses complications sont devenues de plus en plus rares, avec l'antibiothérapie systématique. Il est exceptionnel que cette maladie soit révélée par l'une de ses complications, encore moins la complication neurologique : la chorée. Nous rapportons le cas d'un enfant qui a présenté des mouvements anormaux choréiques révélant un RAA.

Observation :

Il s'agissait d'un jeune enfant de 7 ans aux antécédents d'angines à répétition mal traitées. Il a présenté 3 jours avant la consultation des mouvements anormaux involontaires, permanent, proximo-distaux à prédominance proximale, avec participation axiale et péri-orale, bilatéraux asymétriques prédominant à droite. Il ne présentait pas d'hypotonie axiale ni de syndrome pyramidal. La NFS a montré des leucocytes à 11.000 avec une CRP à 48mg, une VS à 50 et des ASLO à 800UI. L'IRM cérébrale était sans particularités. L'échographie cardiaque était normale. L'enfant a reçu une corticothérapie à la base de 1mg/kg/j pour une durée 2 mois avec dégression progressive. Il a reçu aussi de l'halopéridol à dose progressive ascendante jusqu'à stabilisation des mouvements anormaux avec une dose finale de 0,08mg/jour en 3 prises par jour et de l'extencilline à la posologie de 600.000 UI à 1.200.000 UI chaque 15 jours. L'évolution était marquée par une disparition progressive et complète des mouvements anormaux. Il fut référé chez un rhumatologue et un pédiatre pour la coordination

et le suivi des soins. A 2 mois de suivi, l'évolution a été marquée par une stabilisation avec une récupération d'une vie normale sans troubles cognitifs apparents.

Discussion :

Notre cas illustre l'importance de penser à une RAA devant toute chorée chez l'enfant, cette dernière pouvant inaugurer la maladie. Le diagnostic d'une chorée de Sydenham inaugurant un RAA était retenu chez notre patient suivant les critères de Jones modifiés. Il présentait un critère majeur et 2 critères mineurs. La chorée de Sydenham est une des manifestations du rhumatisme articulaire aigu, affection post streptococcique. Elle survient dans près de 10% des crises rhumatismales. La maladie est probablement induite par voie immunitaire ; les antigènes streptococciques rassemblent aux antigènes des tissus neuronaux. Les anticorps dirigés contre ces antigènes se lient aux tissus nerveux, en provoquant une cascade d'inflammation et de lésions tissulaires. La pathogénie est encore discutée. La recherche dans sa relation avec l'infection streptococcique a permis de montrer que la protéine M, facteur majeur de virulence du streptocoque A, constituent des épitopes qui ont une réactivité croisée avec le tissu cérébral [3]. Les patients atteints seraient génétiquement prédisposés, et l'antigène D8 / 17, exprimé par les lymphocytes B, pourrait servir de marqueur de susceptibilité de cette maladie. Cette atteinte survient tardivement, parfois après plusieurs années de l'infection initiale et de l'évolution de la maladie. Le caractère inaugural de la chorée est rarement rapporté dans la littérature [3]. Le caractère pronostic reste discuté. Notre patiente avait un syndrome inflammatoire et des ASLO élevées, en faveur d'une maladie débutante.

La recherche des autres complications s'impose pour une meilleure prise en charge précoce. La surveillance cardiaque s'impose avec une échocardiographie cardiaque annuelle, la cardite rhumatismale étant la complication la plus redoutable. Elle était absente chez notre patient. L'antibiothérapie est systématique même en l'absence de signe d'infection [4]. Les mouvements anormaux sont habituellement sensibles à l'halopéridol, ce qui a été le cas de notre patient. Le suivi devra être rapproché pendant 2 à 5 ans. Quelques cas de récidives ont été rapportés dans la littérature [4]. Ce risque est maximal surtout la première année et à l'arrêt du traitement.

Plusieurs pays limitrophes, en particulier ceux du Maghreb, ont mis en place des programmes nationaux pour lutter contre le RAA, chose qui a réduit significativement l'incidence de cette pathologie et de ses complications. Ces programmes sont basés entre autres sur un traitement précoce, correct et intensif des angines. Notre patient avait des angines répétitives mal traités. La sensibilisation doit occuper une place importante dans le processus de prévention de cette atteinte post-infectieuse.

Conclusion :

La chorée de Sydenham, devenue moins fréquente est de pronostic presque toujours favorable. Elle peut s'associer à une cardite rhumatismale faisant la gravité de l'atteinte. Seule une prophylaxie primaire par le traitement systématique des angines streptococciques permettra une réduction de son incidence et de ses conséquences.

Références

[1]. Delawaide PG., schoenen J., Gonce M. Les chorées. EMC -Paris- Neurologie 17-059A- 1987 ; 05 :104-105.

[2]. Eshel G., Lahat E., Aziz E., Gross B., Aladjem M. Chorea as a manifestation of rheumatic fever.A 30 Year-survey (1960-1990).Eur J Pediatr.1993 ; 152 :645-646.

[3]. Bronze MS., Dale JB. Epitopes of stretococcal M proteins that evoke antibodies that cross-react with human brain.J Immunol. 1993; 151: 2820-2828.

[4]. Ghram N., Allani C., Oudali B., Fitouri Z., Ben Bechu S. Chorée de Sydenham de l'enfant.ArchPédiatr Tunis . 1999;6: 1048-1052.

[5]. Benhamida M., Hamza F. La chorée de Sydenham en Tunisie : étude de 65 observations. Ann Med Intern. 1979 ; 130 : 359-364.