

Relation entre les angines et la survenue du RAA

Dans les pays industrialisés, le nombre annuel des angines à SBHA est stable. Simultanément, le RAA ne s'explique plus que dans un bruit de fond résiduel faible. Pourtant la relation intime entre SHBA et RAA est le résultat pathologique de l'interférence immunitaire de l'hôte avec le streptocoque. Cependant, les résultats de notre étude comme ceux de la littérature montrent que l'angine initiale est inconstante (50 à 70 % des cas de RAA). Seules certaines de ces angines avaient reçu des antibiotiques sans que puissent être évaluées la qualité de l'antibiothérapie, la durée de la prescription ou l'observance des patients.

Eu égard à l'implication du streptocoque du groupe A dans moins du tiers des angines aiguës, à la très faible incidence du RAA chez l'enfant en France métropolitaine, au caractère inconstant de l'angine initiale et/ou de son traitement et aux incertitudes sur la nature exacte et la durée des traitements reçus, il est légitime de remettre en question le bien-fondé du traitement systématique de toutes les angines aiguës et que soit suggéré de ne traiter par antibiotiques que les angines streptococciques confirmées. Des recommandations récentes d'experts [6] ont proposé de développer l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR) du streptocoque A avec un contrôle des tests négatifs chez l'enfant et l'adulte jeune (< 25 ans) par un prélèvement de gorge avec culture. La sensibilité attendue des TDR (> 90 %) et les données apportées par ce travail sur l'incidence du RAA suggèrent que ces précautions peuvent être abandonnées dans un contexte épidémiologique tel que le risque de RAA apparaît négligeable. Compte tenu de l'absence de notion d'angine dans certains RAA, et des variations de virulence et de fréquence des souches rhumatogènes du SHBA, cette démarche clinique et thérapeutique devrait

être accompagnée d'une démarche microbiologique ciblée sur le suivi de ces souches et leur sérotypage.

Remerciements : Nous sommes très reconnaissants à l'ensemble des services de pédiatrie générale ayant répondu à l'enquête, au Laboratoire Glaxo-Wellcome et à l'Institut National d'Études démographiques pour les données qu'il nous a fournies. Nous leur adressons nos remerciements.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] DENNY Jr F.W. A 45-year perspective on the streptococcus and rheumatic fever : The Edward H. Kass lecture in infectious disease history. *Clin. Infect. Dis.* 1994, 19 : 1110-22.
- [2] VEASY L.G., WIEDMEIER S.E., ORSMOND G.S. et al. Resurgence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States. *N. Engl. J. Med.* 1987, 316 : 421-7.
- [3] OLIVIER C. Le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant aujourd'hui. *Presse Med.* 1998, 27 : 1159-1167.
- [4] Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales 1995. OMS Genève 1996.
- [5] COHEN R., CHAUMETTE L., BINGEN E., DE GOUELLO A., DE LA ROCQUE F. L'avenir dans l'angine : les tests de diagnostic rapide. *Med. Mal. Infect.* 1997, 27 (spécial) : 424-33.
- [6] 10^e Conférence de Consensus en thérapeutique anti-infectieuse. Les infections ORL, Lyon, 19 juin 1996. *Med. Mal. Infect.* 1996, 26 : 1-8.

INFORMATION

2 CAS DE DIPHTÉRIE À COPENHAGUE

Extraits de l'information publiée dans le EPI-NEWS danois le 5-01-1999

Un jeune homme de 18 ans est admis à l'hôpital le 23 décembre 1998 pour tableau associant mal de gorge, œdème du cou, amygdalite nécrosante avec fausses membranes du pharynx et du larynx. Le diagnostic de diphtérie est évoqué ainsi que celui d'une angine nécrosante à streptocoque bêta hémolytique. Un traitement antibiotique et une antitoxine antidiphtérique sont débutés. Une corynébactérie diphtérique productrice de toxine est mise en évidence le 27/12.

La sœur du patient, âgée de 23 ans, est décédée le 7 décembre après une histoire ayant débuté par une angine 2 semaines plus tôt. Elle avait été traitée par des antibiotiques après le résultat positif d'un test streptocoque A hémolytique. Elle avait été admise à l'hôpital le 6 décembre et est décédée le lendemain dans un tableau de défaillance multiviscérale, comportant une insuffisance cardiaque secondaire à une myocardite. Le sérum prélevé le 7 décembre a secondairement révélé des taux élevés d'antitoxine diphtérique. La malade n'avait jamais été vaccinée en raison de séquelles neurologiques secondaires à une méningite dans l'enfance, d'après la mère. Le frère aurait reçu le programme de vaccination habituel de l'enfance comportant 3 DTPolio, sans preuve documentée. Il n'existe pas de notion de voyage récent dans la famille.

Des mesures immédiates ont été prises le 28 et 29 décembre : prélèvement

de gorge à tous les membres de la famille et aux proches, puis traitement antibiotique par zithromax et vaccination si pas de revaccination dans l'année précédente. Tous les laboratoires de microbiologie ont été informés ainsi que les services de maladies infectieuses et les départements de santé publique.

Commentaires : Il est très vraisemblable que la sœur du patient soit décédée de diphtérie, dont l'évolution a été particulièrement grave en l'absence de vaccination. Le frère était partiellement immunisé par la vaccination mais a été probablement exposé massivement. L'origine de l'infection chez la sœur n'a pas été retrouvée. 3 semaines se sont écoulées entre les 2 maladies, ce qui est un peu long et pourrait être dû soit à une protection partielle par la vaccination, soit à la transmission par une troisième personne. Le dernier cas de diphtérie au Danemark remonte à 1985 chez une fillette de 8 ans, incomplètement vaccinée, qui est décédée. Des enquêtes récentes de couverture vaccinale ont montré des taux de protection assez bas chez l'adulte particulièrement chez les femmes d'âge moyen, comme dans d'autres pays européens. Les 2 cas rapportés ici montrent l'importance d'observer les recommandations vaccinales et de maintenir la vigilance pour faire un diagnostic rapide et traiter les cas.