

Critères de Jones modifiés (2015) (Gewitz M, Baltimore R, Tani L, et al. Revision of the Jones Criteria for the Diagnosis of ARF. Circulation 2015) :

Critères majeurs :

Population à faible risque :

- Cardite clinique ou infra clinique
- Arthrite - polyarthrite uniquement
- Chorée
- Erythème marginé
- Nodules sous cutanés

Population à haut risque (cf p16) :

- Cardite clinique ou infra clinique
- Arthrite - monoarthrite ou polyarthrite
- Polyarthralgie
- Chorée
- Erythème marginé
- Nodules sous cutanés

Critères mineurs :

Population à faible risque :

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

Population à haut risque :

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

Diagnostic du RAA :

Il est basé sur les critères de Jones modifiés :

Poussée initiale:

La preuve d'une infection streptococcique récente 3 semaines avant l'épisode

+

2 critères majeurs

ou

1 critère majeur + 2 critères mineurs

Diagnostic de rechute de RAA connu :

La preuve d'une infection streptococcique récente 3 semaines avant l'épisode

+

2 critères majeurs

ou

1 critère majeur + 2 critères mineurs

ou

3 critères mineurs

Bilan de RAA :

Biologie :

NFS, VS, CRP, hémocultures, sérologies ASLO et ASDOR (ou antiDNase B), prélèvements de gorge.

Paraclinique :

- ECG à J1, J15 puis à J60 si trouble du rythme ou espace PR allongé.
- 2 échographies cardiaques à J1 puis J30.
- Radiographie thoracique si cardite clinique ou échographique.

Clinique :

- Rechercher des signes de chorée, des rashes cutanés, des nodules sous-cutanés.
- Surveillance du poids et du bilan entrées/sorties.



Problème de la valeur prédictive positive des anticorps ASLO et ASDOR (ou antiDNasesB) :

L'interprétation de la titration des anticorps ASLO/ASDOR est à manier avec prudence car ce test est sensible mais peu spécifique.

De plus le titre d'ASLO/ASDOR varie selon l'âge de l'individu.

A titre indicatif le tableau ci-dessous montre dans une population aborigène, les taux moyens par tranche d'âge à distance d'une infection par streptocoque. Ces taux plus élevés par rapport aux seuils européens montrent une exposition régulière à un environnement streptococcique et devraient permettre une meilleure interprétation des taux ASLO/ASDOR en Nouvelle-Calédonie.

Tableau 1 : ASLO/ASDOR dans une population aborigène non infectée par du SBHA récemment :

Ages (ans)	ASLO (u/ml)	ASDOR (u/ml)
1-4	170	366
5-14	276	499
15-24	238	473
25-34	177	390
≥ 35	127	265

(source : Steer AC et al. Clin. Vaccine Immunol. 2009;16(2):172-5)

Les ASLO se positivent avant les ASDOR, avec un maximum entre 6 et 8 semaines et décroissent lentement au-delà de 16 semaines. Les ASDOR croissent vers la septième semaine pour atteindre leur maximum vers la seizième semaine puis décroissent lentement.