



La maladie qui «mord le cœur et lèche les articulations»

Un rapport publié récemment sur le rhumatisme articulaire aigu en Nouvelle-Écosse¹ rappelle que cette maladie, que l'on a déjà crue à peu près disparue de l'Amérique du Nord, sévit encore parmi nous et peut présenter un défi pour les médecins qui cherchent à la diagnostiquer.

Au début de juillet 1997, en Nouvelle-Écosse, une fillette âgée de 10 ans a eu des symptômes des voies aériennes supérieures, suivis une semaine plus tard par l'apparition d'arthrite dans la première articulation métacarpophalangienne droite. On lui a administré des antibiotiques après avoir diagnostiqué une arthrite aiguë suppurée présomptive, mais la patiente a ressenti par la suite une arthrite migratoire aux deux genoux, aux deux chevilles et au pied droit. Lorsqu'elle a été hospitalisée le 21 juin, elle souffrait d'arthrite aiguë aux deux genoux et aux deux chevilles, de tachycardie et elle avait un souffle systolique. L'électrocardiographie a révélé un intervalle PR prolongé et une échocardiographie a confirmé une insuffisance de la valvule mitrale et de la valvule aortique. Le taux d'antistreptolysine-O était élevé (à 600 IU/mL) et le taux de sédimentation des érythrocytes s'établissait à 119 mm/heure. La maladie de la patiente correspondait à la définition actuelle du rhumatisme articulaire aigu² parce qu'elle présentait au moins deux critères importants (polyarthrite migratoire et cardite) et qu'il y avait des preuves d'une infection streptococcique antérieure (même si un écouvillonnage de la gorge effectué au moment de l'admission n'a pas révélé la présence de streptocoques, probablement à cause de l'antibiothérapie récente). Deux autres cas ont été confirmés en Nouvelle-Écosse au cours du même mois¹.

Le rhumatisme articulaire aigu demeure un important problème de santé dans les pays en développement³. En Amérique du Nord, son incidence a diminué de façon spectaculaire après la Seconde Guerre mondiale³. Au milieu des années 80, on a toutefois signalé plusieurs poussées importantes, comme celle qui est survenue dans l'Ouest des États-Unis en 1985-1986⁴.

On ne sait pas trop pourquoi le rhumatisme articulaire aigu est réapparu en Amérique du Nord. Même si l'on a déjà établi un lien solide entre la maladie et le surpeuplement, les logements insalubres et la pauvreté, le rhumatisme articulaire aigu se manifeste désormais sans distinction de classes sociales^{2,4}. À peu près au même moment où la maladie a commencé à réapparaître, on a signalé de nombreux cas de «syndrome streptotoxique» (infection générale causée par le

streptocoque, qui peut être mortelle)⁵. Il est probable que ces événements représentent une évolution fondamentale de la virulence de ce genre de bactérie².

Les enfants et les adolescents sont les plus susceptibles d'être victimes de pharyngite streptococcique aiguë (qui peut être asymptomatique) et, comme on peut s'y attendre, ils sont les plus exposés au rhumatisme articulaire aigu². La maladie se manifeste habituellement de 3 à 4 semaines après une pharyngite streptococcique aiguë. Chez environ 70 % des patients, une arthrite migratoire fait son apparition, habituellement aux grosses articulations des extrémités, et est parfois accompagnée de signes et de symptômes de maladie fébrile. La plupart des patients qui n'ont pas d'arthrite ont des arthralgies, considérées comme une manifestation mineure. De 50 % à 60 % environ des sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu présentent des signes de péricardite, de myocardite ou d'endocardite. Ce dernier cas constitue la manifestation la plus grave du rhumatisme articulaire aigu et touche habituellement les valvules mitrale ou aortique. Les symptômes articulaires sont plus bénins que les problèmes cardiaques chez les enfants, chez qui l'on dit que la maladie «mord le cœur et lèche les articulations»². C'est le contraire qui se passe chez les adultes, chez lesquels la maladie est en général rare et plus bénigne. D'autres manifestations moins communes sont l'érythème marginé, les nodosités sous-cutanées et la chorée (majeure), ainsi que la fièvre et une élévation du taux de protéines C-réactives (mineures).

Il faut traiter l'infection aiguë des voies respiratoires pour prévenir une première attaque de rhumatisme articulaire aigu. Un moyen clinique de diagnostiquer correctement une pharyngite streptococcique aiguë³ devrait être utile à cet égard. Lorsque le diagnostic a été posé, on peut administrer des salicylates pour gérer la fièvre et les symptômes articulaires. Les patients atteints au niveau du cœur peuvent avoir besoin de repos au lit². Le rhumatisme articulaire aigu a 50 % de chances de réapparaître et c'est pourquoi il faut poursuivre le traitement prophylactique aux antibiotiques appropriés pendant au moins 5 ans après la crise aiguë². — JH

Références

1. Écllosion de rhumatisme articulaire aigu en Nouvelle-Écosse. *Can Commun Dis Rep* 1998;24(6):45-7.
2. Harris ED, Ruddy S. Section 15:VII. Acute rheumatic fever. Dans : Dale DC, Federman DD, sous la direction de. *Scientific American medicine* [CD-ROM]. New York: Scientific American; 1997.
3. Streptococcal diseases caused by group A (beta-hemolytic) streptococci. Dans : Benenson AS, sous la direction de. *Control of communicable diseases in man*. 16^e éd. Washington: American Public Health Association; 1995; p. 438-45.
4. Veasy LG, Wiedmeier SE, Orsmond GS, Ruttenberg HD, Boucek MM, Roth SJ, et al. Resurgence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States. *N Engl J Med* 1987;316(8):421-7.
5. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ* 1998;158(1):75-83.