



Rhumatisme articulaire aigu

Investigatrice principale

Christina G. Templeton, MD, FRCPC

Janeway Children's Health & Rehabilitation Centre, 300, chemin Prince Philip,
St. John's (Terre-Neuve) A1B 3V6; tél. : (709) 777-4462; téléc. : (709) 777-4747;
courriel : christina.templeton@hccsj.nl.ca

Co-investigateurs

Austin Rick Cooper, MD, FRCPC, chef, département de pédiatrie, Janeway Children's Health & Rehabilitation Centre

Derek G. Human, BM, MRCP (R.-U.), FRCPC, chef, unité de cardiologie, département de pédiatrie, université de la Colombie-Britannique

Proton Rahman, MD, FRCPC, professeur agrégé de médecine, université Memorial de Terre-Neuve

Historique

Le rhumatisme articulaire aigu est une collagénose postinfectieuse avec manifestations vasculaires qui touche le cœur, les articulations et le système nerveux central. Il suit une pharyngite à streptocoque de groupe A (SGA) non traitée, après une période de latence d'environ trois semaines, mais il ne survient pas après les autres infections à SGA, telles qu'une infection cutanée (impétigo). De par le monde, le rhumatisme articulaire aigu demeure la principale cause de maladie cardiaque acquise chez l'enfant, mais son incidence varie énormément d'une région à l'autre; la majorité des cas se produisent maintenant dans les pays en voie de développement.

Bien que l'incidence de rhumatisme articulaire aigu ait diminué de manière remarquable dans les pays industrialisés depuis le dernier pic des années 1970, cette maladie n'a pas disparu et, en fait, demeure un important problème de santé publique puisque des flambées se sont manifestées chez des enfants d'âge scolaire pas plus tard que dans les années 1990. La raison de cette diminution n'est pas entièrement claire, car cette incidence avait déjà commencé à fléchir au début du XX^e siècle, avant la découverte d'antimicrobiens efficaces. Il se peut que l'usage courant de la pénicilline pour soigner les maux de gorge symptomatiques ait plus ou moins contribué à cette diminution.¹ On sait que des facteurs socioéconomiques, tels que l'entassement et le faible revenu, constituent des facteurs de risque significatifs.² La majorité des cas de rhumatisme articulaire suivent des cas de pharyngite causés par les sérotypes M spécifiques du SGA, généralement les sérotypes 1, 3, 5, 6, 18, 19 et 24, et on sait qu'une fluctuation spontanée de prévalence de ces sérotypes est possible.^{3,4}

Le rhumatisme articulaire n'est pas une maladie à déclaration obligatoire au Canada. C'est pourquoi, dans l'ère actuelle d'utilisation judicieuse des antibiotiques, fondée

PROTOCOLES



sur des faits probants, la surveillance constante de cette maladie devenue rare, mais qui demeure grave, est essentielle. Le rhumatisme cardiaque est une complication permanente de cette maladie, qui peut nécessiter des besoins médicaux et chirurgicaux continus et entraver le travail, ce qui a des répercussions socioéconomiques marquées. Cependant, le risque de rhumatisme articulaire doit être soupesé par rapport au risque de favoriser l'antibiorésistance, un problème croissant ayant ses propres répercussions dans tous les pays industrialisés.

Il n'existe aucune donnée d'incidence courantes au Canada, mais des rapports américains récents laissent supposer que 240 cas seront prévus par année au Canada.⁵ C'est une maladie assez rare pour que seul un système national de déclaration puisse permettre de colliger des chiffres statistiquement significatifs.

Méthodologie

Les pédiatres et les pédiatres avec surspécialité, y compris la rhumatologie, la neurologie et la cardiologie, seront invités à déclarer les cas de nouvelles apparitions de rhumatisme articulaire aigu par l'entremise du formulaire mensuel du PCSP. Les médecins déclarants seront ensuite appelés à remplir un questionnaire simple et concis dans lequel ils fourniront des détails non nominatifs précis sur le diagnostic, le traitement et l'issue de chaque cas.

Définition de cas

Déclarer tout enfant jusqu'à 18 ans inclusivement, qui respecte les modifications les plus récentes des critères de Jones pour diagnostiquer une première crise de rhumatisme articulaire, comme suit :^{6,7}

Manifestations majeures	Manifestations mineures
Cardite Polyarthrite Chorée Eczéma marginé Nodules sous-cutanés	Cliniques Arthralgie Fièvre Découvertes de laboratoire Accroissement des réactants de phase aiguë : Accroissement de la vitesse de sédimentation globulaire Accroissement de la protéine C réactive Intervalle P-R prolongé
<p>Tous les cas, à l'exception de la chorée de Sydenham, devront être corroborés par une documentation d'infection à streptocoque de groupe A antérieure par un prélèvement de gorge positif, une épreuve d'antigène rapide ou un titre d'anticorps élevé ou à la hausse. La mesure des antistreptolysines O est l'épreuve favorisée pour distinguer une récente infection à streptocoque d'un portage pharyngé chronique.</p> <p>En cas d'indication d'infection à streptocoque récente, la présence de deux manifestations majeures ou de une manifestation majeure et de deux manifestations mineures sera considérée constituer un diagnostic.</p>	



Rhumatisme articulaire aigu (suite)

La définition de cardite exige des éléments probants d'atteinte clinique qui prend la forme d'un murmure pathologique, d'une péricardite ou d'une insuffisance cardiaque congestive. Dans la documentation médicale actuelle, il n'est pas tranché si les observations échocardiographiques silencieuses devraient être incluses.⁸ L'information sera demandée dans le questionnaire, mais la définition de cas demeurera fidèle au consensus international actuel selon lequel des manifestations cliniques doivent être présentes.

Objectifs

1. Déterminer l'incidence de rhumatisme articulaire chez les enfants canadiens.
2. Établir la relation entre le rhumatisme articulaire moderne et des caractéristiques démographiques comme l'entassement et le faible revenu de la maisonnée.
3. Décrire les pratiques de traitement courantes au Canada.
4. Déterminer la morbidité et la mortalité du premier épisode de rhumatisme articulaire au Canada.

Durée de l'étude

Avril 2004 à mars 2007

Nombre prévu de cas

D'après des rapports américains récents et la population pédiatrique actuelle au Canada, le nombre prévu de cas pourrait atteindre 240 par année.

Approbation éthique

Comité des recherches effectuées sur l'homme, université Memorial de Terre-Neuve

Données pour analyse et publication

Les investigateurs analyseront les données et déclareront rapidement toute observation importante au PCSP. Des rapports trimestriels des progrès et des sommaires annuels seront soumis en vue d'être distribués. Les données seront publiées dans un journal révisé par des pairs à la fin de l'étude.

Références

1. Massell BF, Chute CG, Walker AM et coll. Penicillin and the marked decrease in morbidity and mortality from rheumatic fever in the United States. *N Engl J Med* 1988; 318: 280.
2. Organisation mondiale de la santé. Rheumatic fever and rheumatic heart disease. Série de Rapports techniques de l'OMS 764. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998.
3. Schwartz B, Facklam RR, Breiman RF. Changing epidemiology of group A streptococcal infection in the USA. *Lancet* 1990; 336: 1167.



4. Colman G, Tanna A, Efstatiou A et coll. The serotypes of *Streptococcus pyogenes* present in Britain during 1980-1990 and their association with disease. *J Med Microbiol* 1993; 39: 165.
5. Veasy GL, Tani LY, Hill HR. Persistence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States. *J Pediatr* 1994; 124: 9-16.
6. Dajani AS, Ayoub E, Bierman FZ et coll. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever: Jones criteria, updated 1992. *Circulation*. 1993;87:302-7.
7. Ferrieri P pour le groupe de travail des critères de Jones. Proceedings of the Jones criteria workshop. *Circulation* 2002; 106: 2521-3.
8. Ozkutlu S. Can subclinical valvitis detected by echocardiography be accepted as evidence of carditis in the diagnosis of acute rheumatic fever? *Cardiol Young* 2001; 11(3): 255-60.