

# Le syndrome de Kawasaki : à propos de deux cas observés à Brazzaville.

A. Mouko (1), J. L. Nkoua (2), C. Louaka-Samba (1), Ball Mamadou (3) & P. Senga (1)

1. Service de pédiatrie "Nourrissons", CHU, B. P. 32, Brazzaville, Congo. Fax : (242) 82 00 08.

2. Service de cardiologie et de médecine interne, CHU, B. P. 32, Brazzaville, Congo.

3. Bureau régional de l'OMS, Brazzaville, Congo.

Manuscrit n°2240. "Clinique". Reçu le 10 octobre 2000. Accepté le 9 février 2001.

**Summary:** Kawasaki syndrome in Congo - Brazzaville : A propos of 2 new cases.

The authors report for first time in Congo two cases of KAWASAKI syndrome. One case from a five years boy carried out a typical form of an adeno-mucocutaneous syndrome; the other from a six month little girl was an incomplete form.

In both cases, the immediate development has been excellent. The scarceness of this syndrome among the blacks and the diagnostic difficulties have been the background of the interest of this work.

**Résumé :**

Les auteurs rapportent pour la première fois au Congo et en Afrique centrale deux cas de syndrome de KAWASAKI. L'un, chez un garçon de cinq ans, réalisait une forme complète d'un syndrome adéno-cutanéomuqueux sans atteinte cardiovasculaire; l'autre, chez une fillette de 7 mois, était une forme incomplète. Dans les deux cas, l'évolution immédiate a été excellente. La rareté de ce syndrome en Afrique noire et les difficultés du diagnostic au début ont constitué l'intérêt de ce travail.

KAWASAKI syndrome  
pediatrics  
Brazzaville  
Congo  
Sub-Saharan Africa

syndrome de KAWASAKI  
pédiatrie  
Brazzaville  
Congo  
Afrique intertropicale

## Introduction

Syndrome fébrile touchant dans 80 % des cas le jeune enfant de moins de 5 ans et d'étiopathogénie encore inconnue, le syndrome de KAWASAKI a été décrit pour la première fois en 1967 (13). Dans sa forme complète, le syndrome de KAWASAKI ou syndrome adéno-cutanéomuqueux associe certains critères dits majeurs utiles au diagnostic. Ce sont une fièvre durant plus de cinq jours et la présence de quatre des six critères suivants : conjonctivite bilatérale, cheilite et/ou pharyngite et/ou langue framboisée, modification des extrémités (érythème et/ou œdèmes des mains et des pieds, desquamation), éruption tronculaire, érythèmes polymorphes, adénopathies cervicales. L'atteinte coronarienne y est éventuellement associée.

Lorsqu'une fièvre évoluant depuis plus de cinq jours est associée à deux ou trois des critères ci-dessus, la forme est dite incomplète (3).

Le syndrome de KAWASAKI sévit à l'état endémique au Japon (14). De nombreux cas ont été décrits en Europe (3, 5, 9, 18) et aux Etats-Unis (19). En Afrique, en l'absence d'enquête multicentrique, seuls des cas sporadiques ont été rapportés (1, 2, 4, 6, 7, 11, 12, 16). Nous rapportons les deux premiers cas du Congo et d'Afrique Centrale.

## Observations

### Observation 1 :

Yannick, garçon de 4 ans sans antécédents particuliers, a été hospitalisé pour tuméfaction latéro-cervicale associée à une fièvre et une altération de l'état général. Ces signes étaient précédés, huit jours avant l'hospitalisation, par une fièvre permanente et une pharyngo-amygdalite, malgré un traitement antibiotique bien conduit.

À l'admission en pédiatrie, on observait une fièvre à 39°C, une adynamie, une hyperhémie conjonctivale, un érythème palmoplantaire et une éruption morbilliforme prédominant sur le thorax, une adénopathie unique latéro-cervicale droite mobile, d'allure non inflammatoire, mesurant deux centimètres environ.

L'examen notait un énanthème diffus avec une langue framboisée. On ne palpait ni gros foie, ni grosse rate et l'auscultation cardio-pulmonaire était normale.

Trois jours plus tard, le tableau clinique devint plus riche : l'enfant était prostré, la fièvre persistait, les lèvres étaient sèches, fissurées et saignotantes, la région péri-anale érythémateuse. On notait des œdèmes des mains et des pieds, une tuméfaction chaude des genoux avec impotence fonctionnelle. Ultérieurement, est apparue une diarrhée. L'adénopathie restait identique.

Le bilan biologique montrait une leucocytose (20 320 globules blancs/mm<sup>3</sup>) avec polynucléose neutrophile (12 000/mm<sup>3</sup>), une hyperplaquetose à 702 000, puis 925 000 plaquettes/mm<sup>3</sup>, un syndrome inflammatoire avec vitesse de sédimentation globulaire augmentée : 45 mm à la première heure. Les hémocultures étaient négatives, de même que la recherche d'hématozoaires.

Ce tableau clinique et biologique nous a fait évoquer le syndrome de KAWASAKI. La radiographie pulmonaire et l'examen ophtalmologique se sont révélés normaux, comme l'échocardiographie réalisée le 24<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, soit au plus tôt le 34<sup>ème</sup> jour de la maladie. Un traitement à base d'acide acétylsalicylique à la dose initiale de 75mg/kg/jour a été institué. L'apyrexie ayant été obtenue dix jours plus tard, cette dose a été ramenée à 5 mg/kg/jour. L'évolution a été marquée par la régression des œdèmes, la survenue d'une desquamation au niveau des aisselles et des extrémités. L'enfant est sorti en excellente santé le 25<sup>ème</sup> jour.

#### Observation 2:

Séphora, âgée de 7 mois, née prématurée à 36 semaines (PN = 1800 g) a été admise pour une fièvre prolongée et intermittente depuis 10 jours. Dans les antécédents, on notait un accès palustre convulsif à l'âge de 4 mois et un épisode récent de diarrhée.

À l'admission, l'enfant était fébrile à 40 °C. L'examen montrait un mauvais état général, une conjonctivite, une rhinorrhée, une pharyngite et un érythème sans signe de KOPLICK.

L'auscultation cardio-respiratoire était normale en dehors d'une tachycardie à 160/minute. La radiographie pulmonaire était normale, de même que l'électrocardiogramme. La ponction lombaire était stérile et la protéinorachie de 0,50 g/l. Aucune hémoculture n'a pu être faite. L'hémo-gramme a montré une anémie microcytaire hypochrome probablement d'origine inflammatoire, une hyperplaquetose à 660 000 plaquettes/mm<sup>3</sup>. La vitesse de sédimentation était augmentée (37 mm à la première heure). Une antibiothérapie probabiliste a été prescrite: ceftriaxone à la dose de 100mg/kg/24 heures et nétilmicine (6 mg/kg/24 h IM) pendant sept jours.

L'évolution a été marquée par une adynamie importante, la persistance de la fièvre, de la conjonctivite, de l'érythème et l'apparition d'une desquamation palmo-plantaire en lambeaux.

Ce tableau clinique, évoluant depuis 16 jours, associé à une hyperplaquetose et à un syndrome inflammatoire, nous a fait discuter le diagnostic de syndrome de KAWASAKI dans sa forme incomplète. Pour des raisons techniques, l'échocardiogramme n'a pu être obtenu. Un traitement à base d'acide acétylsalicylique, à la dose initiale de 75 mg, a été institué le 13<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, permettant l'obtention rapide d'une apyrexie, la reprise de l'appétit et l'amélioration de l'état général. La posologie de l'acide acétylsalicylique a été alors réduite à 5 mg/kg/24 heures. Le nourrisson est sorti du service le 26<sup>ème</sup> jour.

## Discussion

Le Japon est le pays où le syndrome de KAWASAKI est le plus fréquent. Des enquêtes nationales dans divers pays européens (5, 18), et notamment en France (3,9), ont permis d'y retrouver quasiment les mêmes caractéristiques de ce syndrome qu'au Japon. En Afrique, seuls quelques cas sporadiques ont été rapportés, principalement en Afrique du Nord (6, 7, 11, 16) et en Afrique Australe (2, 17). En Afrique noire, trois cas ont été rapportés, en Côte d'Ivoire (4) en 1981, au Sénégal (1) en 1987 et au Nigeria (12) en 1989.

Les deux cas de ce travail sont les premiers rapportés au Congo-Brazzaville et en Afrique Centrale. Plusieurs raisons expliquent cette situation: le polymorphisme du syndrome de KAWASAKI, la variabilité de son expression sémiologique, l'absence d'un critère biologique ou radiologique de certitude diagnostique, les difficultés d'accès du plus grand nombre de malades à l'échocardiographie et l'information probablement insuffisante du personnel de santé, celle-ci ne favorisant pas l'identification et le signalement des cas (3). Ainsi, devant une atteinte conjonctivo-oculaire ou oro-labiale, un exanthème et une atteinte des extrémités, nous discutons plus souvent une scarlatine, une rougeole, un syndrome de LYELL staphylococcique ou une ectodermose érosive péri-orificielle de STEVENS-JOHNSON. Comme cela fut le cas en France (3, 9), l'aspect du syndrome de KAWASAKI en Afrique, ou du moins sous-région par sous-région, ne pourra être réellement approché que par une enquête systématique multicentrique.

L'atteinte cardiaque à type d'anévrisme coronarien, mais aussi de myocardite, de péricardite (9, 6) fait la gravité du syndrome de KAWASAKI. Le risque coronarien est d'autant plus grand que l'enfant est un garçon de moins d'un an, que le niveau d'hyperplaquetose est élevé, que le syndrome inflammatoire est important et persistant, et le traitement retardé (3, 9, 10, 15). Dans nos deux cas, on aurait pu craindre cette atteinte cardiovasculaire dont on sait le caractère asymptomatique (3, 9). Le premier enfant a pu bénéficier d'une échographie bidimensionnelle et TM avec une sonde de 3 MHz. Cependant, non seulement une sonde de 5 voire de 7,5MHz aurait été plus performante et l'identification d'éventuels anévrismes coronariens plus aisée, mais encore cet examen n'a pas pu être répété. Le deuxième enfant, une fillette de sept mois, fébrile pendant plus de 15 jours, avait jusqu'à 660 000 plaquettes/mm<sup>3</sup> et a été traitée par l'acide acétylsalicylique seul, sans immunoglobulines: cette fillette a été manifestement à risque coronarien. L'évolution a été favorable dans nos deux cas, grâce à un traitement salicylé biphasique, seul disponible. On sait (8), en réalité, que l'administration d'immunoglobulines par voie intraveineuse, à la dose totale de 2 g/kg en dose unique ou sur le mode de 1 g/kg pendant deux jours, a transformé la phase aiguë du syndrome de KAWASAKI et le pronostic lié à l'incidence des anévrismes coronariens.

## Conclusion

Comme dans d'autres régions du monde avant les enquêtes multicentriques, le syndrome de KAWASAKI est sous-diagnostiqué au Congo et plus généralement en Afrique, en raison de son caractère protéiforme. Une meilleure information des cliniciens permettrait d'en connaître l'incidence réelle et de prendre promptement en charge les malades, gage d'un meilleur pronostic.

## Références bibliographiques

1. BARABE P, MBAYE E, PEGHINI M, BRULLARD B & GUEYE M - Premier cas sénégalais de la maladie de KAWASAKI. *Presse Méd*, 1987, **16**, 1977-1978.
2. BENATAR A, BERNSTEIN HM & LEVIN SE - KAWASAKI disease. *S Afr Med J*, 1988, **79**, 138-139.
3. BORDERON JC, GRIMPEL E & BEGUE P - Le syndrome de KAWASAKI en France. Enquête prospective sur 1 an. *Méd Mal Infect*, 1998, **28**, Spécial, 550-559.
4. CONDAT JM, CHAUVET J & MOURRIERAS Ph - Syndrome de KAWASAKI chez un nourrisson ivoirien: premier cas africain. *Nouv Presse Méd*, 1981, **10**, 25.
5. DHILLON R, NEWTON L, RUDD PT & HALL SM - Management of KAWASAKI disease in the British Isles. *Arch Dis Child*, 1993, **63**, 631-638.
6. ELAMIN A - KAWASAKI disease in an Egyptian boy. *Ann Trop Paediatr*, 1992, **12**, 230.
7. ELAMIN A - KAWASAKI disease in a Sudanese family. *Ann Trop Paediatr*, 1993, **13**, 263-268.
8. FURUSHO K, SATO K, SOEDA T, MATSUMOTO H, OKABE T *et al.* - High dose intravenous gammaglobulin for KAWASAKI disease. *Lancet*, 1983, **ii**, 1359.
9. GAUDELUS J, GUILLOIS B, PARIÉS J *et al.* - Le groupe de pathologie infectieuse pédiatrique - Le syndrome de KAWASAKI en France. Enquête rétrospective sur 5 ans. *Méd Mal Infect*, 1998, **28**, spécial, 542-548.
10. GRIMPEL E, NAJIB J, BEGUE P & TILLOUS-BORDE I - Complications cardiaques du syndrome de KAWASAKI: étude rétrospective effectuée à l'hôpital Trousseau 1987-1993. A propos de 38 cas. In: *Journées Parisiennes de Pédiatrie*. Ed Flam Méd Sc Paris, 1995, 151-158.

11. HEDOUÏ MM, SAMOUD A, ZAÏMI I, BEN DRIDI MF, SADDEM TA *et al.* – Le syndrome de KAWASAKI en Tunisie. A propos de deux nouveaux cas. *Tunis Méd*, 1987, **65**, 343-347.
12. IKPATT NW & IBIA EO - Mucocutaneous lymph node syndrome in Calabar: A case report. *East Afr Med J*, 1989, **66**, 776-781.
13. KAWASAKI T – Acute fébrile mucocutaneous syndrome with lymphoïde involvement with specific desquamation of the fingers and toes in children. Clinical observation of 50 patients. *Jpn J Allergy*, 1967, **16**, 178-222.
14. KAWASAKI T, KOSAKI F, OKAWA S, SHIGEMA T & YAMAGAWA H - A new infantile acute fébrile mucocutaneous lymph node syndrome in Japan. *Pediatrics*, 1974, **54**, 271-276.
15. KOREN G, LAVI S, ROSE V & ROWE R – KAWASAKI disease: review

- of risk factors for coronary aneurysm. *J Pediatr*, 1986, **108**, 388 - 392.
16. MALLOUH AA, MANASRA K & ARDATI K – KAWASAKI disease in an Egyptian boy. *Ann Trop Paediatr*, 1986, **6**, 295-298.
17. SAXE N, HORAK A & GOLDBLATT J – Mucocutaneous lymph node syndrome in a young adult. A case report. *S Afr Méd J*, 1980, **58**, 1011-1013.
18. SHILLER B, FASTH A, BJORKHEM G & ELINDER G – KAWASAKI disease in Sweden: incidence and clinical features. *Acta Paediatrica*, 1995, **84**, 769-674.
19. TAUBERT KA, ROWLEY AH & SHULMAN ST – Seven years national survey of KAWASAKI disease and acute rheumatic fever. *Pediatr Infect Dis J*, 1994, **13**, 704-708.

## RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

**T**out article adressé pour publication à la revue est enregistré et soumis pour avis à deux lecteurs spécialisés.

Il est indispensable de préciser les coordonnées complètes du correspondant (téléphone, fax, E-mail éventuellement) et de rappeler le numéro d'enregistrement de l'article dans toute correspondance ultérieure.

Lorsque l'article comporte plusieurs auteurs, l'accord de tous les cosignataires doit être confirmé par écrit lors du premier envoi. Il doit être également certifié que l'article n'a été soumis à aucune autre publication.

Il est demandé aux auteurs de joindre une disquette informatique comprenant le texte (intégrant tableaux et figures) et les fichiers d'origine des figures.

### Articles

**Seuls sont acceptés des articles originaux.** Ils doivent être adressés sur format A4 en triple exemplaire. Chaque page sera dactylographiée avec un maximum de 30 lignes par page. Une disquette sera jointe à l'envoi de la deuxième version (sous word ou format RTF).

**Le nombre de pages dactylographiées attribué à chaque article proposé à la revue est limité à 12** (illustrations, bibliographie et résumés compris).

**Sur une feuille à part, on joindra un résumé, les mots-clés, et la traduction en anglais du titre, du résumé** (qui doit être plus long que le résumé français), **des mots-clés et des titres des figures et tableaux.** Titres et résumés en espagnol ou en portugais peuvent en outre être joints pour publication.

• **Tableaux.** Ils sont à la charge du Bulletin et ne peuvent excéder le nombre de 4. Ils sont numérotés en chiffres romains, comportent obligatoirement un titre et si nécessaire une légende.

• **Figures.** Elles sont numérotées en chiffres arabes, doivent être d'excellente qualité pour une bonne reproduction et comporter un titre.

• **Photographies.** Elles doivent comporter une légende. Elles seront publiées en noir et blanc, sauf accord particulier.

### Tirés à part

Ils font l'objet d'une demande écrite : ils sont adressés aux auteurs par l'imprimeur qui les facture à la Société. Les frais supplémentaires engagés pour des corrections surnuméraires ou une iconographie particulière sont à la charge des auteurs. L'ensemble de ces frais doit donc être remboursé à la Société au reçu de la facture que celle-ci envoie aux auteurs.

• **Bibliographie.** Elle est limitée aux auteurs cités et établie par ordre alphabétique. Chaque référence comporte un numéro d'ordre rapporté dans le texte entre parenthèses, le nom des auteurs avec l'initiale de leurs prénoms, le titre de la publication, l'abréviation du nom du périodique (en italique), l'année, le tome (en caractères gras), la première et la dernière page (cf. modèle ci-dessous\*). Indiquer tous les auteurs lorsqu'il y en a 6 ou moins ; sinon, indiquer les cinq premiers suivis de *et al.*

### Courtes notes

Elles sont de 80 lignes dactylographiées (moins de 7000 caractères), non compris le résumé et les mots-clés, dans l'autre langue, quatre références bibliographiques, éventuellement un tableau : elles bénéficient d'une procédure de publication accélérée.

### Articles sollicités

Ils font l'objet d'un accord spécial entre le comité de rédaction et le (ou les) auteur(s).

### Tribunes libres

Elles peuvent être publiées sous la seule responsabilité de l'auteur, éventuellement avec un avis joint du comité de rédaction.

\* modèle de bibliographie :

- **Articles de revue** :
  1. COLUZZI M, SABATINI A, PETRARCA V & DI DECO MA - Chromosomal differentiation and adaptation to human environments in the *Anopheles gambiae* complex. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1979, **73**, 483-497.
- **Thèses, livres, congrès et rapports** (titre en italique) :
  2. BARBIE Y & SALES P - *Rapport sur les sondages paludomériques effectués dans la région de Zinder du 16 au 20 octobre 1962.* Rapport n° 1796, OCCGE, Bobo-Dioulasso, 1962.
- **Articles de livres** (titre de l'ouvrage en italique) :
  3. NELSON GS - Human behaviour and the epidemiology of helminth infections: cultural practices and microepidemiology. In: BARNARD CJ & BEHNKE JM (Eds), *Parasitism and Host Behaviour.* Taylor & Francis, Londres, 1990, pp. 234-263.

*Pour plusieurs références du même auteur, l'ordre alphabétique des auteurs suivants entre en compte, puis la date de publication.*

NB : Veuillez éviter les points après initiales et abréviations.

Le **tarif** des tirés à part est le suivant :

(TVA 5,5 % et frais d'envoi non compris)

- de 1 à 4 pages composées : 25 : 200 F ; 50 : 225 F ; 100 : 240 F
- de 5 à 8 pages composées : 25 : 330 F ; 50 : 350 F ; 100 : 370 F