

# MALADIE DE KAWASAKI

04/2020

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Kawasaki démontré : IVIG 2g/kg et aspirine 80mg/kg/J jusqu'à la fin de la fièvre. Ensuite relais par aspirine low doses

5-6 semaines minimum (cf Guidelines, mais 1 an aux CUSL)

Kawasaki atypique et CRP > 3mg/dl ou VS > 40mm/hr: IVIG 2g/kg

Atteinte coronaire : aspirine, clopidogrel, warfarin, LMW heparin (long terme) - cf algorithme

## CRITERES DE GRAVITE / FACTEURS DE RISQUES

Atteinte coronaire démontrée, et *a fortiori* anévrysmes coronaires géants (>8mm).

Enfant < 6 mois en phase aiguë, surtout chez le garçon.

Délais avant le diagnostic > 10 jours.

Persistance de fièvre malgré traitement adapté.

Niveau initial d'IgM ou d'albumine sérique bas.

**Attention** aux formes atypiques observées dans le contexte de la pandémie COVID-19; risque d'hypotension / dysfonctionnement du VG avec tableau clinique suggestif de toxic shock syndrome.

## COMPLICATIONS POSSIBLES – A SURVEILLER

Récidive; atteinte coronaire possible dans les 6 premiers mois.

Ischémie coronaire à terme (sténoses pré et post anévrysmales).

## PROPOSITION DE SUIVI AMBULATOIRE

Suivi ambulatoire dans le Réseau si absence d'atteinte coronaire.

Suivi rapproché aux CUSL pendant 6 mois en phase aiguë puis au moins 1x/an si atteinte coronaire confirmée (coronarographie à 6 semaines post-diagnostic, IRM, coronarographie, stress test,...).

Insister sur une bonne hygiène de vie (diététique, tabagisme,...).

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Son MB, Newburger JW. *Pediatr Rev.* 2013 Apr; 34(4):151-62.

McCrinkle B et al. 2007 *Circulation* 116: 174-179.

Newburger JW. *Circulation* 2004 110:17, 2747-2771.

Newburger J et al. *Pediatrics* 2004; 114; 1708-1733.

McCrinkle B et al 2017 *Circulation*; 135(17): e927-e999.