

Maladie de Kawasaki et manifestations buccales chez un enfant malgache

Rabesandratana N. (1), Ralison F. (2), Rakotoarison R.A. (3), Andrianarimanana D. (4), Ralison G. (3)

- (1) Complexe mère-enfant CHU de Mahajanga – Faculté de Médecine Université de Mahajanga Madagascar
- (2) Service de Médecine Interne CHU de Mahajanga – Faculté de Médecine Université de Mahajanga Madagascar
- (3) Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar Université de Mahajanga Madagascar
- (4) Service de Pédiatrie CHU de Mahajanga – Faculté de Médecine Université de Mahajanga Madagascar

Auteur correspondant : Docteur Norotiana Rabesandratana

Unité de Néonatalogie – Complexe mère-enfant – CHU de Mahajanga

B.P. 73 MAHAJANGA MADAGASCAR

Email : fidynororal@yahoo.fr

Résumé :

La maladie de Kawasaki est la principale vascularite chez l'enfant. Le diagnostic est clinique avec un syndrome adéno-cutanéomuqueux. Les manifestations buccales nous incitent à éliminer les autres causes. Nous rapportons un cas chez un enfant malgache.

Il s'agit d'un garçon de 7 ans fébrile au début, qui avait présenté des éruptions cutanées sur le tronc et les membres (microvésicules puis micropustules prurigineuses), une chéilite (lèvres rouges et fissures des commissures labiales), une langue framboisée avec dépôts blanchâtres pseudomembraneux. Il avait une rougeur diffuse des muqueuses bucco-jugales et une pharyngite avec rougeur du fond de la gorge. Ce garçon n'avait ni gingivite ni carie dentaire, mais des adénopathies sous-angulo-maxillaires bilatérales. Il avait présenté d'autre part une conjonctivite bilatérale avec larmoiements, pyurie aseptique et hépatomégalie. Le bilan avait retrouvé une hyperleucocytose avec polynucléose, une élévation de la protéine C-réactive. La vitesse de sédimentation était normale. Le dosage de l'ASLO était à 200 UI/ml. Le bilan cardio-vasculaire (ECG et échographie cardiaque) était normal.

L'enfant avait reçu comme traitement de l'aspirine à dose anti-inflammatoire pendant 2 mois. Il n'avait pas reçu de traitement par immunoglobuline. Après sept jours de traitement, l'enfant avait présenté une desquamation cutanée des membres inférieurs puis supérieurs. Les autres signes buccaux et les adénopathies avaient régressé progressivement jusqu'au vingtième jour. Un nouveau bilan cardio-vasculaire de contrôle n'avait pas trouvé de complication.

Les manifestations buccales et cutanées de la maladie de Kawasaki nous incitent à rechercher les autres causes infectieuses (bactériennes, virales ou fongiques), carencielles, iatrogènes, inflammatoires ou par irritations locales même dans le contexte tropical à Madagascar.

Mots-clés : maladie de Kawasaki, manifestations buccales, Madagascar

Summary :

The Kawasaki disease is the main child vascularitis. The diagnosis is clinical with adeno-mucocutaneous syndrome. The oral appearances incite us to eliminate the other causes. We report a Malagasy child case.

It is about a 7-years-old boy who had a fever at the beginning. Then, he had presented skin rashes on the trunk and the members as microvesicles then micropustules pruritus. He presented a cheilitis (red lips and fissures of the labial corners). His tongue was with pseudomembraneous whitish deposits. There were a diffuse red patch spread in the mouth and cheek mucous membrane and a pharyngitis with redness of the throat back. This child had neither gingivitis nor tooth decay but there were bilateral ganglions under-angulo-jaws. He also had presented a bilateral conjunctivitis with lacrimation, an aseptic pyuria and hepatomegaly. There were in the biology a hyperleukocytosis with polynucleose, a high C-reactive protein, a normal sedimentation rate, and ASLO was 200 UI/ml. The cardiovascular exploration (ECG and cardiac echography) was normal.

The child had received anti-inflammatory dose of aspirin during 2 months. He had got no immunoglobulin. After seven days of treatment, he had presented a cutaneous desquamation of the superior then lower limbs. Other oral signs and ganglions had declined gradually until the twentieth day. A new cardiovascular exploration control had not found complication.

The oral and cutaneous appearances of Kawasaki disease incite us to look for the other infectious causes (bacterial, viral or fungal), nutritional deficiency, iatrogenic, inflammatory or local irritations even in the tropical context in Madagascar.

Key words: Kawasaki disease, oral manifestations, Madagascar

Introduction

La maladie de Kawasaki est la vascularite la plus fréquente chez l'enfant. Elle se manifeste cliniquement sous forme d'un syndrome adéno-cutanéomuqueux. Elle est beaucoup plus décrite au Japon et aux

Etats-Unis [1,2]. Elle est très peu décrite à Madagascar [3]. Les manifestations muqueuses, en particulier buccales sont différenciées d'autres étiologies infectieuses ou inflammatoires. Nous décrivons un cas observé en Pédiatrie au CHU de Mahajanga (Madagascar).

Observation

Il s'agissait d'un garçon âgé de 7 ans, vu en consultation pour un état fébrile ayant évolué depuis une semaine auparavant, et étant rebelle aux antipyrétiques (aspirine et paracétamol).

Le premier jour, ce garçon présentait avec sa fièvre une éruption cutanée prurigineuse sous forme de microvésicules érythémateuses et prurigineuses au niveau des membres inférieurs. Puis, sont apparues progressivement une rougeur des lèvres, une conjonctivite bilatérale avec larmoiements, des adénopathies cervicales et une pyurie. Les microvésicules cutanées ont évolué en micropustules.

Le jour de sa consultation, l'enfant présentait une fièvre à 39°5C et était irrité avec altération de l'état général, asthénie et anorexie. L'examen physique avait montré au niveau abdominal une hépatomégalie

sensible à la palpation et sans splénomégalie.

Nous notons la présence d'adénopathies cervicales bilatérales et inflammatoires, d'arthralgie, de conjonctivite, et de chéilite associées aux éruptions érythémateuses cutanées généralisées. Il n'y avait ni purpura ni pétéchie, mais des œdèmes des extrémités des membres supérieurs et inférieurs, fermes, indolores et ne prenant pas le godet.

A l'examen de la sphère buccale et ORL, nous avons constaté la présence de chéilite avec rougeur des lèvres et fissures des commissures labiales, une langue framboisée avec dépôts blanchâtres pseudomembraneux (figure 1), une rougeur diffuse des muqueuses bucco-jugales et une pharyngite avec rougeur du fond de la gorge. L'enfant n'avait présenté ni

gingivite ni carie dentaire mais des adénopathies cervicales sous angulo-maxillaires bilatérales, sensibles,

inflammatoires et non suppurées. Les tympons étaient normaux.



Figure 1 : maladie de Kawasaki chez un enfant de 7 ans: chéilite et dépôts membraneux blanchâtres de la langue. (Photo prise par F. Ralison)

L'examen cardio-vasculaire était normal ainsi que l'auscultation cardiaque.

Les examens complémentaires nous ont fait constater les résultats suivants :

- A l'hémogramme : une hyperleucocytose ($26\ 000/\text{mm}^3$) avec polynucléose neutrophile ($20\ 000/\text{mm}^3$), un taux d'hémoglobine à 12g/dL et un taux de plaquettes à $430\ 000/\text{mm}^3$.
- Le taux de Protéines C-réactives (CRP) était élevé à 104 mg/L. La

vitesse de sédimentation des hématies (VSH) était normale à la première heure, soit 2 mm. La recherche de plasmodium était négative.

- Nous avons noté une leucocyturie isolée (6660/min) sans germe retrouvé à l'étude cyto-bactériologique des urines, ni protéinurie, ni hématurie.
- Le dosage de l'Anti-Streptolysine O (ASLO) était à 200 UI/mL

- La radiographie du thorax était normale
- L'électrocardiogramme était normal, ainsi que l'échographie cardiaque.

Cet enfant a reçu comme traitement de l'acide acétylsalicylique dosé à 100 mg/kg/jour pendant 2 mois et une antibiothérapie associant amoxicilline et acide clavulanique pendant 7 jours.

La température est revenue à la normale après 7 jours de traitement. Il y a eu une desquamation cutanée au niveau des cuisses.

Au dixième jour, la desquamation cutanée s'est étendue jusqu'aux

paumes des mains. Il y a eu régression des conjonctivites et de la glossite. L'hépatomégalie persistait.

Tous les signes cliniques ont complètement régressé après un mois de traitement. Une échographie cardiaque de contrôle était toujours normale.

La maladie de Kawasaki était retenue comme diagnostic chez ce garçon qui avait présenté un syndrome adéno-cutanéomuqueux fébrile associé à un syndrome inflammatoire biologique majeur (hyperleucocytose et CRP élevée).

Commentaires

La maladie de Kawasaki est une maladie systémique à l'issue de vascularite touchant les artères de moyens et de gros calibres. Elle touche surtout les enfants de moins de 5 ans avec prédominance masculine. Le mécanisme physiopathologique est encore mal connu. Les manifestations cliniques sont multiples et variables [1,4]. Il n'existe pas de signe clinique

ni biologique pathognomonique de la maladie. Le diagnostic est essentiellement clinique à partir de l'association de critères majeurs. Il faudra éliminer les éventuelles autres causes possibles de ces signes cliniques constituant les critères proposés puis établis par le *Mucocutaneous Lymph Node Syndrome Recherche Committee* et le *Center for Disease Control*. Ces

critères étaient tirés du rapport de description du syndrome selon Kawasaki en 1967 au Japon [5,6]. Les critères les plus utilisés sont ceux de l'American Heart Association Committee on Rheumatic Fever Endocarditis and Kawasaki Disease en 1990 [7] ou de l'American Heart Association en 1993 [8,9]:

- Fièvre évoluant depuis au moins 5 jours résistant aux antipyrétiques et antibiotiques et pouvant se prolonger jusqu'à 5 semaines;
- Au moins quatre des cinq critères suivants :
 - o Modification des extrémités des membres avec, en phase aiguë, un érythème et un œdème des mains et des pieds et, à la phase de convalescence, une desquamation en « doigts de gant » ;
 - o Exanthème polymorphe du tronc dans son aspect clinique ;
 - o Conjonctivite sous forme d'hyperhémie conjonctivale bilatérale indolore et non purulente ;

- o Modification des lèvres et de la cavité buccale : chéilite (érythème et sécheresse des lèvres), langue dépapillée et rarement précédée de la présence d'enduits blanchâtres, érythème diffus des muqueuses orale et pharyngée (parfois lésion érythémato-pultacée);
- o Adénopathies cervicales, non purulentes, de plus de 1,5 cm de taille, en général unilatérales, et d'apparition aiguë.

L'association de la fièvre à quatre des cinq critères, en l'absence d'étiologie décelable, permet d'établir le diagnostic.

Dans notre cas clinique, nous avons évoqué la maladie de Kawasaki à partir du jour de la consultation de l'enfant. L'évolution des signes avait complété tous les critères pour argumenter le diagnostic. La prescription d'antibiotique chez ce patient nous faisait émettre des réserves avec les diagnostics différentiels dans un contexte de nos limites pour les examens biologiques, en particulier à la recherche d'une étiologie bactérienne ou virale.

Les manifestations bucco-pharyngées, même associées avec les autres signes cutanés et adénopathies, nous ont fait penser à rechercher les autres étiologies. Ceci nous amène à en citer les principaux diagnostics différentiels [2,6,10]:

- La scarlatine streptococcique ou staphylococcique se manifeste chez les enfants de 2 à 8 ans. La durée de la fièvre est variable. Il n'y a pas chéilite. Il peut y avoir une conjonctivite purulente en cas d'infection staphylococcique. La présence des autres signes cutanés et des adénopathies est possible et d'aspect variable.
- Certaines toxidermies cutanéomuqueuses du type syndrome de Stevens-Johnson.
- Certaines affections virales telles que la rougeole ou les infections à Epstein-Barr Virus.
- Certaines causes de glossite, en particulier les carences en vitamine B12, B1, PP ou C ou en fer ou en acide folique. Nous citons également la candidose.
- Certaines causes de chéilite, en particulier iatrogènes ou de contact (pâtes dentifrices, aliment sucré).

La chéilite granulomateuse ou la sarcoïdose sont plus rares chez l'enfant.

Cet enfant avait présenté d'autre part d'autres manifestations cliniques et biologiques décrites dans la littérature, non pathognomoniques, telles que l'hépatomégalie, les arthralgies, la pyurie aseptique, l'hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile, l'élévation de la CRP.

L'antibiothérapie par amoxicilline et acide clavulanique était finalement empirique, vus les éléments inflammatoires cliniques et biologiques pouvant faire suspecter une infection bactérienne à Streptocoque au niveau buccal et ORL. (le taux d'ASLO étant modérément élevé)

Le traitement de fond de la maladie de Kawasaki devrait associer l'acide acétylsalicylique dosé à 30-50 mg/kg par jour avec de l'immunoglobuline dosée à 2 g/kg en dose unique [4,9]. Cette dernière n'est pas disponible à Madagascar. Il n'y avait pas de complication cardio-vasculaire chez cet enfant, malgré le traitement restreint à l'aspirine à dose anti-inflammatoire. En effet, la maladie de Kawasaki est connue de se compliquer par

l'apparition d'une cardiopathie acquise (par coronaropathie ou troubles du rythme) avec séquelles chez l'enfant

dans 25% des cas en l'absence du traitement adéquat.

Conclusion

Nous avons décrit un cas de la maladie de Kawasaki dans un contexte avec des investigations limitées pour éliminer les autres causes probables des manifestations cutanéomuqueuses et en particulier buccales. L'évolution

puis la régression des manifestations cliniques nous ont permis d'établir le diagnostic. Il s'agit ici d'une cause plus rare de stomatite chez l'enfant dans le milieu médical malgache.

Références

1. Aouba A, Mahr A. Maladie de Kawasaki. In Guillevin L, Meyer O, Sibilia J. *Traité des maladies et syndromes systémiques*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2008. pp 642-7.
2. Rybojad M, Brydy L. Maladie de Kawasaki. *Encycl Méd Chir (Editions scientifiques et Médicales Elsevier, SAS, Paris, tous droits réservés)*, Dermatologie, 98-515-A-10, 2001,8p.
3. Rakotovao DN, Miandrisoa RM, Ramanitrarivo VL, Rakotonirina G, Rakotomamonjy SP, Imbert P. Maladie de Kawasaki : une observation à Madagascar. *Médecine Tropicale* 2008;6:637-9.
4. Burns JC, Glodé MP. Kawasaki syndrome. *Lancet*, 2004, 364 :533-44.
5. Kawasaki T. Acute febrile mucocutaneous syndrome with lymphoid involvement with specific desquamation of the fingers and toes in children [en japonais]. *Arerugi*, 1967, 16 :178-222.
6. Burns JC. Commentary: translation of Dr Tokimasu Kawasaki's original report of fifty patients in 1967. *Pediatr Infect Dis J* 2002;21: 993-5.
7. American and Heart Association Committee on Rheumatic Fever Endocarditis and Kawasaki Disease. Diagnostic guidelines for Kawasaki's disease. *Am J Dis Child* 1990; 144:1218.
8. Witt MT, Minich LL, Bohnsack JF, Young PC. Kawasaki disease: more patients are being diagnosed who do not meet American Heart Association criteria. *Pediatrics* 1999;104 :e10.
9. Wood LE, Tulloh RM. Kawasaki disease in children. *Heart* 2009;95:787-92.
10. Arlet JB. Visage et cavité buccale en médecine interne. In Rousset H, Vital Durand D, Dupond JL, Pavic M. *Diagnostics difficiles en médecine interne*. Paris : Maloine, 2008. pp 943-9.