

Maladie de Kawasaki (MK)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Télé. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.pcsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par le personnel du PCSP)

Numéro du rapport _____

Mois de déclaration _____

Province _____

Date du jour _____

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données seront traitées confidentiellement.**

DÉFINITION DE CAS DE LA MALADIE DE KAWASAKI

Déclarer tout nouveau patient qui consulte avant l'âge de 18 ans et obtient un diagnostic de MK définitif ou présumé :

- Maladie de Kawasaki (MK) complète**, définie comme une fièvre qui persiste pendant au moins cinq* jours ET la présence d'**au moins quatre** des critères cliniques suivants :
 - Changements aux extrémités périphériques
 - Érythème palmoplantaire, œdème des mains ou des pieds, desquamation péri-unguéale
 - Éruption polymorphe
 - Conjonctivite bilatérale sans exsudat
 - Changements aux lèvres et à la cavité buccale
 - Érythème ou craquelures des lèvres, langue framboisée, érythème diffus de l'oropharynx
 - Lymphadénopathie cervicale : >1,5 cm de diamètre, généralement unilatérale

* On peut poser un diagnostic présomptif et amorcer le traitement avant le cinquième jour de fièvre.
- MK incomplète**, définie comme de la fièvre pendant au moins cinq jours et moins de quatre critères cliniques
- Autre MK**, définie comme une MK qui ne respecte pas les critères de MK complète ou incomplète, mais qui est présumée en raison d'une caractéristique de l'échocardiogramme ou du suivi (c.-à-d., desquamation péri-unguéale) qui incite le médecin traitant à recommander le traitement ou un suivi cardiaque.

Mois de la première consultation : _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

- 1.1 Date de naissance : ____/____/____ 1.2 Sexe : Masculin___ Féminin___
JJ MM AAAA
- 1.3 Ville et province ou territoire de résidence : _____
- 1.4 Trois premiers caractères seulement du code postal à domicile : ____ _
- 1.5 Ethnie (cochez toutes les réponses applicables) : Première Nation___ Innue___ Inuite___ Métisse___
Noire___ Blanche___ Latino-américaine___ Moyen-orientale___ Asiatique (Orientale)___
Sud-asiatique___ Autre (précisez) : _____

SECTION 2 – PRÉSENTATION CLINIQUE

- 2.1 Date d'hospitalisation : ____/____/____ OU Le patient n'a pas été hospitalisé ___
JJ MM AAAA
- 2.2 Date du diagnostic : ____/____/____
JJ MM AAAA
- 2.3 Durée de la fièvre
- 2.3.1 Nombre de jours de fièvre au diagnostic : _____
- 2.3.2 Nombre total de jours de fièvre (début de la fièvre jusqu'à sa résolution complète) : _____ Inconnu ___
- 2.4 Est-ce une récurrence de la MK? Oui___ Non___ Inconnu___
Dans l'affirmative, depuis combien de temps? ____ mois ____ ans
- 2.5 Caractéristiques diagnostiques
- | | Oui | Non | Inconnu |
|---|-----|-----|---------|
| 2.5.1 Changements aux extrémités périphériques? | ___ | ___ | ___ |
| 2.5.2 Éruption polymorphe? | ___ | ___ | ___ |
| 2.5.3 Conjonctivite bulbaire bilatérale sans exsudat? | ___ | ___ | ___ |
| 2.5.4 Changements aux lèvres et à la cavité buccale? | ___ | ___ | ___ |
| 2.5.5 Lymphadénopathie cervicale de plus de 1,5 cm de diamètre? | ___ | ___ | ___ |
- 2.6 Paramètres de croissance (essentiels pour évaluer les résultats de l'écho) : Taille _____ cm Poids _____ kg

SECTION 2 – PRÉSENTATION CLINIQUE (suite)

	Oui	Non	Inconnu
2.7 Confirmation d'une infection			
2.7.1 Études microbiologiques positives?	___	___	___
Dans l'affirmative, précisez : le foyer _____ l'organisme / autre test _____			
2.7.2 Études virales positives?	___	___	___
Dans l'affirmative, précisez : _____			
2.7.3 Le patient a-t-il reçu des antibiotiques pendant sa maladie?	___	___	___
2.7.4 Le patient s'est-il fait vacciner dans les 42 jours précédant l'apparition de la MK?	___	___	___
Dans l'affirmative, précisez le vaccin : _____			

SECTION 3 – TRAITEMENT

3.1 Le patient a-t-il reçu un traitement à l'aspirine (ASA)?	___	___	___
3.1.1 Dans l'affirmative, dose utilisée à l'apparition de la maladie :			
≥ 80 mg/kg/j ___ 20 mg/kg/j à 80 mg/kg/j ___ 10 mg/kg/j à 20 mg/kg/j ___			
3 mg/kg/j à 10 mg/kg/j ___ Autre, précisez : _____			
3.1.2 Moment du passage à une dose antiplaquettaire (3 mg/kg/j à 10 mg/kg/j) :			
une fois afebrile ___ 48 h après le retour à l'état afebrile ___ 2 semaines plus tard ___			
Inconnu ___ Autre, précisez _____			
3.2 Le patient a-t-il été traité à l'aide d'immunoglobuline par voie intraveineuse (IgIV)?	___	___	___
3.2.1 Dans l'affirmative, date de la première infusion : ___ / ___ / ___			
JJ MM AAAA			
3.2.2 Dose : 2g/kg ___ Autre, précisez : _____			
3.2.3 Marque de commerce de l'IgIV : Gammagard Liquide (10 %) ___ Privigen ___			
Gammunex ___ Octagam ___ Gammagard S/D (5 %) ___			
Autre, précisez : _____ Inconnu ___			
3.2.4 Nombre de doses administrées : ___			
Si >1 dose, a-t-on utilisé la même marque? ___	___	___	___
Dans la négative, précisez la marque : _____			
3.3 Des effets secondaires ont-ils été attribués au traitement d'IgIV?	___	___	___
Dans la négative, passez à la question 3.4.			
Dans l'affirmative , précisez : réaction allergique ___ céphalée légère à modérée ___			
méningite aseptique présumée ___ atteinte rénale ___ thrombose ___ hémolyse ___			
Autre, précisez : _____			
En cas d'hémolyse, précisez :			
3.3.1 Hémoglobine (Hgb) avant le <u>premier</u> traitement par IgIV : ___ g/L			
Hgb la plus basse après le <u>dernier</u> traitement par IgIV : ___ g/L			
Hgb la plus basse après le congé : ___ g/L			
3.3.2 Dans les deux semaines suivant le dernier traitement par IgIV,			
l'Hgb a-t-elle baissé de ≥20 g/L? ___	___	___	___
3.3.3 Autres examens (cochez toutes les réponses applicables et précisez les résultats, le cas échéant)			
• frottis de sang périphérique ___			
• numération des réticulocytes ___ (10 ⁷ /L)			
• déshydrogénase lactique (LDH) ___ (U/L)			
• bilirubine indirecte ___ (µmol/L)			
• haptoglobine ___ (g/L)			
• test de Coombs direct ___ S'il est positif, anti-IgG : complément ___ anti-complément ___ inconnu ___			
• éluat ___ S'il est positif, précisez la spécificité des anticorps : _____			
• autre (incluant des anticorps spécifiques), précisez : _____			
3.3.4 A-t-il été nécessaire d'administrer des traitements contre l'anémie? Oui ___ Non ___ Inconnu ___			
Dans l'affirmative, précisez : _____			
3.3.5 Groupe sanguin du patient : A ___ B ___ AB ___ O ___ Inconnu ___			
RhD + ___ RhD - ___ Inconnu ___			

SECTION 3 – TRAITEMENT (suite)

- 3.4 Le patient a-t-il reçu d'autres traitements? Oui Non Inconnu
- 3.4.1 Corticoïdes – voie orale ___ voie intraveineuse ___ les deux ___ ___ ___ ___
- 3.4.2 Corticoïdes – après le congé ___ ___ ___
- 3.4.3 Infliximab ___ ___ ___
- 3.4.4 Agents antiplaquettaires ou anticoagulants systémiques ___ ___ ___
- Dans l'affirmative, précisez : Clopidogrel___ Dipyrimidole___ Warfarine___
- Héparine de faible poids moléculaire___ Abciximab___ Autre _____
- 3.4.5 Autres (inotropes, diurétiques, etc.), précisez : _____

SECTION 4 – RÉSULTATS DE L'ÉCHOCARDIOGRAMME (ÉCHO)

- 4.1 A-t-on fait une écho? ___ ___ ___

Dans la négative ou si la réponse est inconnue, passez à la section 5. Dans l'affirmative, remplissez le tableau :

	Première écho	Pire écho (dans les 3 mois)	Dernière écho (si même date que la première ou que la pire écho, inscrivez seulement la date)
	___/___/___ JJ MM AAAA	___/___/___ JJ MM AAAA	___/___/___ JJ MM AAAA
Présence d'un anévrisme coronarien? Dans l'affirmative , dimension du plus gros anévrisme?	O ___ N ___ I ___ * _____ mm	O ___ N ___ I ___ _____ mm	O ___ N ___ I ___ _____ mm
Présence d'ectasie ou de dilatation coronarienne? Dans l'affirmative , dimension de la dilatation la plus importante? Précisez le diamètre maximal de l'artère coronaire gauche principale l'artère intraventriculaire antérieure l'artère circonflexe l'artère coronaire droite	O ___ N ___ I ___ _____ mm	O ___ N ___ I ___ _____ mm Diamètre maximal : _____ mm ou I ___ _____ mm ou I ___ _____ mm ou I ___	O ___ N ___ I ___ _____ mm

* O=oui; N=non; I=inconnu

- 4.2 Autres observations cardiaques : myocardite___ effusion péricardique ___ insuffisance valvulaire___
Autre, précisez : _____

SECTION 5 – ISSUE

- 5.1 Précisez quelle définition s'applique à votre patient :
MK complète ___ MK complète, diagnostic posé avant le 5^e jour de fièvre ___ MK incomplète ___ Autre MK___
- 5.2 Date du congé : ___/___/___
JJ MM AAAA
- Au moment de la dernière évaluation du patient, celui-ci était :
- entièrement rétabli___ ou inconnu___
 - rétabli, mais conservait des séquelles cardiaques___ précisez : _____
 - rétabli, mais conservait d'autres séquelles ___ précisez : _____
 - décédé___ précisez la cause du décès : _____ âge au décès : ___ans ___ mois
- 5.3 Indiquez les renseignements supplémentaires que vous jugez importants :

___ J'accepte que le personnel du PCSP communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.

___ Je préfère que le personnel du PCSP ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.

SECTION 6 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.