

Évolution de l'atteinte cardiaque dans la maladie de Kawasaki



M.M. BEKKAR (1), C. Mesdour (1), A. Tari (1), S. Zoubir (1), L. Cheriet (1), S. Niar (1)
 (1) Service de pédiatrie A « Marfan », CHU Oran

INTRODUCTION

La maladie de Kawasaki (MK) bien connue des pédiatres, est une vascularite multi-systémique aiguë touchant les vaisseaux de moyens calibres avec une prédominance pour les artères coronaires [1,2]. Elle peut entraîner des anévrysmes des artères coronaires (AAC) pouvant toucher jusqu'à 20 % des patients non traités [3]. Elle demeure l'une des principales causes des cardiopathies acquises l'enfant [1-3].

Les modifications morphologiques des AAC sont marquées durant la première année, en particulier après le début de la maladie aiguë de la MK. La plupart des petits AAC régressent, tandis que les grands AAC persistent souvent (4). Friedman et al ont rapporté que la régression AAC s'est produite dans 75% des cas dans la population américaine (5). La régression des AAC est l'une des caractéristiques due à la vascularite de la MK. La régression de la AAC peut être causée par l'atténuation de l'inflammation aiguë et l'épaississement de la paroi de l'artère coronaire (6).

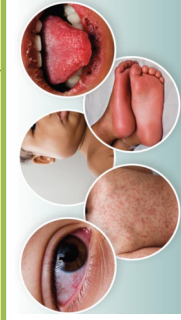
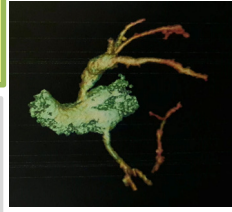
Dans le suivi de cette population, il est important de savoir quand les AAC atteignent leurs diamètres maximums, puis quand ils se normalisent en taille. Les changements dans les diamètres internes maximums des AAC après une année du début de la MK ont été étudiés rétrospectivement par échocardiographie bidimensionnelle (E2D).

PATIENTS ET MÉTHODES

* Etude rétrospective menée au service pédiatrie CHU Oran sur une période de 5 ans (2017-2022), qui a inclus 75 enfants atteints de la MK avec atteinte coronaire.

* Le but est de déterminer le délai dans lequel les AAC causés par la MK atteignent leurs diamètres maximums, le délai dans lequel ils régressent vers un calibre normal et le seuil du diamètre pour la régression du AAC.

Nous avons examiné 75 AAC de l'artère coronaire gauche, l'artère interventriculaire antérieure, la circonférence et l'artère coronaire droite, mesurées par échocardiographie ≥ 4 fois pendant 1 an après la MK. Les diamètres maximums des AAC ont été étudiés rétrospectivement. Le temps de régression AAC en utilisant à la fois le diamètre absolu et le Z-score a été étudié. Un an après la MK, un AAC < 3 mm de diamètre absolu et un Z-score < 2.5 ont été définis comme une régression du AAC.



14èmes Journées Pédiatriques de Sétif

06-07 mai 2022

AAC	Médiane	Min - max
Le temps d'atteinte diamètre maximal des AAC	35 jours	10 jours - 85 jours
Le temps de régression des AAC	132 jours	46 - 370 jours
Le seuil de régression des AAC à un an		
Diamètre absolu	5,8 mm	(P < 0,0001 ; n = 72)
Z-score	8,5	(P < 0,0001 ; n = 75)



DISCUSSION

Cette étude a montré que les modifications des diamètres des artères coronaires pendant la première année après la MK dépendaient du degré du diamètre maximal du pic AAC dans les 100 jours après la MK. Il a été rapporté que le moment de l'apparition d'un AAC était de 11e jour en 1981 (7). Dans notre étude, le jour médian d'apparition du AAC était de 12 jours. La présente étude a montré que le temps de détection du pic de AAC était d'environ 35 jours.

Les AAC apparaissent généralement dans la 2e semaine après le début de la MK, et les diamètres des AAC peuvent encore augmenter après la régression de la fièvre. Sur le plan pathologique, la vasculite aiguë se terminerai au cours de la 7e semaine après le début de la MK.

D'autre part, le moment de la régression AAC a été clarifié en utilisant E2D dans la présente étude. La régression des AAC dépendait du plus grand diamètre de chaque AAC dans les 100 jours suivant la MK. Les petites AAC ont régressé plus tôt. Le temps de régression du AAC était d'environ 140 jours, et la plupart des AAC ont régressé environ 6 mois.

Le seuil de régression des AAC à un an (le cutoff) du diamètre absolu était de 5,8 mm et celui du Z-score était de 8,5.

La plupart des AAC de moins de 6 mm peuvent régresser environ 6 mois après le début de la MK. Nous devrions évaluer cette population sur la base de ces connaissances. L'existence d'une calcification de l'artère coronaire par angio-TDM (Coro-scanner) à la fin de la période serait utile pour différencier les anomalies de la paroi de l'artère coronaire (8).

Les modifications morphologiques des AAC sont les plus importants dans l'année suivant la MK. Bien que la plupart des AAC régressent dans l'année qui suit l'apparition de la MK, d'autres peuvent régresser quelques années après l'apparition de la MK (2, 5). Les AAC régressés doivent également être étudiés à long terme et les modifications de leurs artères coronaires avec l'âge doivent continuer à être observées.

CONCLUSION

- Les AAC de plus petit diamètre ont régressé plus tôt, et la plupart des AAC < 6 mm ont régressé 6 mois après la MK.

RÉFÉRENCES

- [1] Singh S et al. The epidemiology of Kawasaki disease: a global update. Arch Dis Child 2015.
- [2] Kato H et al. Longterm consequences of Kawasaki disease. A 10- to 21-year follow-up study of 594 patients. Circulation 1996.
- [3] Eliegherou D et al. Management of Kawasaki disease. Arch Dis Child 2014.
- [4] Tsuda E et al. Incidence of stenotic lesions predicted by acute phase changes in coronary arterial diameter during Kawasaki disease. Pediatr Cardiol 2005.
- [5] Friedman KG et al. Coronary artery aneurysms in Kawasaki disease: Risk factors for progressive disease and adverse cardiac events in the US population. JAMA. 2016
- [6] Saaguri T, Kato H. Regression of aneurysms in Kawasaki disease: a pathological study. J Pediatr. 1982.
- [7] Fusa S et al. Standard method for ultrasound imaging of coronary artery in children. Pediatr Int. 2010.
- [8] Tsuji N et al. Late wall thickening and calcification in patients after Kawasaki disease. J Pediatr 2017