



Canada Diseases Weekly Report

LABORATORY CENTRE FOR
DISEASE CONTROL LIBRARY

OCT 21 1992

CENTRE DE LUTTE CONTRE
LA MALADIE (BIBLIOTHÈQUE)

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

KAWASAKI DISEASE - NEWFOUNDLAND

Kawasaki disease (KD) which was first described in Japan in 1967⁽¹⁾ has since been reported from many parts of the world⁽²⁾. Canada has reported cases since 1974. The United States' Centre for Disease Control has set diagnostic criteria and described other common findings which have been summarized by Morens and Nahmias⁽²⁾ in Tables 1 and 2.

Table 1/Tableau 1*

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR KAWASAKI DISEASE/ CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA MALADIE DE KAWASAKI

1. Fever of five or more days/
Fièvre d'une durée de 5 jours ou plus*
2. Bilateral conjunctival injection/
Hyperémie conjonctivale bilatérale
3. Changes of the mucous membranes of the upper respiratory tract/Modifications des membranes muqueuses des voies respiratoires supérieures:**
 - Injected pharynx/hyperémie du pharynx
 - Injected lips/hyperémie des lèvres
 - Dry, fissured lips/lèvres sèches et gercées
 - "Strawberry" tongue/langue scarlatinéuse
4. changes of the peripheral extremities/Modifications des extrémités périphériques:**
 - Peripheral edema/oedème périphérique
 - Peripheral erythema/érythème périphérique
 - Desquamation/desquamation
 - Periungual desquamation/desquamation périunguicale
5. Rash, primarily truncal and polymorphous/éruption cutanée, siégeant principalement au tronc et polymorphe
6. Cervical lymphadenopathy/lymphadénopathie cervicale

*The diagnosis of KD is considered confirmed by fever and 4 of the remaining five criteria and if the illness cannot be explained by some other known disease process/On considère que le diagnostic de la MK est confirmé si l'on observe de la fièvre et 4 des 5 autres critères et si la maladie ne peut être expliquée par un autre processus pathologique connu.

**One or more of these findings is sufficient to establish the criterion/Une de ces constatations ou plus suffit pour satisfaire au critère.

Three (3) cases of KD have been reported in Newfoundland since January 1979.

Case 1: A 4-year-old girl was admitted to The Dr. Charles A. Janeway Child Health Centre in St. John's on January 10, 1979 with a 5-day history of fever and a 3-day history of rash. On examination she was found to have fever (39.2°C) and a variegated, non-confluent, maculopapular rash involving the trunk, hands and feet. There was a most striking palmar erythema. Conjunctivae were injected without discharge and the oral mucosa was dry and erythematous. She had a strawberry tongue and dry, cracked lips. There was no lymphadenopathy or hepatosplenomegally. She had minimal painful swelling of her hands, fingers and feet, and refused to bear weight. During the course of her illness the rash at first increased in intensity but gradually faded, and was

MALADIE DE KAWASAKI - TERRE-NEUVE

La maladie de Kawasaki (MK) qui a été décrite pour la première fois au Japon en 1967⁽¹⁾ a, depuis ce temps, été signalée dans plusieurs parties du monde⁽²⁾. Le Canada signale des cas depuis 1974. Le Centre for Disease Control des États-Unis a dressé une liste de critères diagnostiques et a décrit d'autres constatations courantes qui ont été résumées par Morens et Nahmias⁽²⁾ dans les Tableaux 1 et 2.

Table 2/Tableau 2*

OTHER CLINICAL FINDINGS in KD/ AUTRES CONSTATATIONS CLINIQUES LIÉES À LA MK

Relatively Common/Relativement commun

- Pneumonia/pneumonie
- Diarrhea/diarrhée
- Arthralgias/arthritis/arthalgie/artrite
- Tympanitis/tympanite
- Meatitis/méatite
- Photophobia/photophobie
- Meningitis/méningite
- ECG changes/modifications de l'ECG

Relatively Uncommon/Relativement peu commun

- Hydropic gallbladder/hydropisie de la vésicule biliaire
- Severe abdominal pain/douleur abdominale intense
- Coronary artery thrombosis/thrombose de l'artère coronaire
- Aneurysms of the coronary arteries, ventricle, and other parts of the cardiovascular system, with occasional rupture/anévrismes des artères coronaires, des ventricules ou d'autres éléments du système cardio-vasculaire, avec rupture occasionnelle
- Myocarditis/myocardite
- Pericarditis/pericardite
- Cardiac tamponade/tamponade cardiaque
- Cardiac failure/insuffisance cardiaque
- Febrile convulsions/convulsions fébriles
- Pleural or pericardial effusions/épanchements pleuraux ou péricardiques
- Tonsillar exudate/exsudation amygdallienne
- Encephalopathy or ataxia/encéphalopathie ou ataxie
- Unusual rash - vesicular, petechial, or pruritic/éruption cutanée inhabituelle - vésiculaire, pétéchiale ou prurigineuse
- Jaundice/ictere

*From Morens and Nahmias⁽²⁾/de Morens et Nahmias⁽²⁾

Trois (3) cas de MK ont été signalés à Terre-Neuve depuis janvier 1979.

Cas n° 1: Une fillette de 4 ans a été admise au Dr. Charles A. Janeway Child Health Centre de St. John's le 10 janvier 1979 après avoir présenté pendant 5 jours une fièvre et, pendant 3 jours, une éruption cutanée. L'examen a révélé une fièvre (39.2°C) et une éruption cutanée multicolore, non-confluente et maculo-papuleuse siégeant au niveau du tronc, des mains et des pieds. Il y avait également un érythème palmaire des plus frappants. Les conjonctives étaient hyperémies sans écoulement et, la muqueuse bucale, desséchée et érythémateuse. La malade présentait une langue scarlatineuse et des lèvres sèches et gercées. Il n'y avait ni lymphadénopathie ni hépatosplénomégalie. Elle présentait une légère tuméfaction douloureuse au niveau des mains, des doigts et des pieds et elle a refusé de porter un poids. Au cours de l'évolution de la maladie, l'intensité



followed by peeling of her hands, feet, fingers and toes. There was residual red staining of the palms and soles. The fever subsided after a total of 12 days and she continued to recover.

The only positive laboratory findings included: elevated WBC with shift to the left; elevated ESR; and first degree block on EKG.

Case 2: A 4-year-old female presented with a 6-week history of cough, and a 2-day history of sore throat followed by a rash. She was admitted to the Central Newfoundland Hospital in Grand Falls on January 31, 1980 with a provisional diagnosis of scarlet fever. On examination the child was found to be febrile (39°C) with a red, rough to touch, maculopapular rash on her trunk, face, arms and legs. The pharynx was red and the tonsils were enlarged and red with a white exudate. There was bilateral cervical lymphadenopathy with large, tender, firm submandibular nodes on the right. During hospitalization the child remained febrile despite antibiotic therapy, and the rash became more pronounced with erythema of the palms and soles. By the fifth hospital day the child's PIP joints of both hands had become swollen and tender. Her feet were edematous and discolored and she refused to bear weight. There was peeling of the skin on her legs and feet. On the sixth day her fever began to subside, her condition improved markedly and continued to do so until her discharge on February 13.

Laboratory investigations were all negative or within normal limits with the following exceptions: there was a rapid fall in Hgb followed by a slow rise; WBC was elevated with a shift to the left; ERS was elevated; and EKG showed sinus tachycardia.

Case 3: On February 27, 1980 a 2-year-old female presented with a 3-day history of upper respiratory tract infection, fever, and vomiting, followed by a rash. She was admitted to The Dr. Charles A. Janeway Child Health Centre with a tentative diagnosis of Stevens-Johnson syndrome. On examination she was found to be febrile (38.5°C) and jaundiced. She had bilateral conjunctivitis, pharyngeal erythema, strawberry tongue, and hyperemia and swelling of the lips and buccal mucosa. Anterior and posterior cervical nodes were large and tender bilaterally. An erythematous maculopapular rash extended over her trunk, neck, scalp and legs, and her palms and soles were red and swollen. Her liver was soft and palpable below the right costal margin. During the early part of her hospitalization the jaundice and rash faded, but she developed painful swelling of the extremities with discoloration of the fingertips. She developed buccal and labial ulceration. By the fourteenth day of hospitalization the fever subsided and there was improvement in her condition. She was discharged on the twentieth hospital day.

Positive laboratory findings included: elevated ESR; thrombocytosis; and sinus tachycardia with right axis deviation on EKG.

The etiology of Kawasaki disease has not been determined although several theories have been proposed. Therefore, the diagnosis of KD has been one of exclusion in each of the cases above.

In this small sample all 3 cases have occurred in females and in the winter months. This does not appear to support the reported findings of a M:F of 1.5:1 or a higher

de l'éruption cutanée a d'abord augmenté, puis a diminué graduellement pour faire place à une desquamation de la peau des mains et des pieds, des doigts et des orteils. Une coloration rougeâtre a persisté au niveau des régions palmaires et plantaires. La fièvre a cédé après 12 jours et la malade a continué à se rétablir.

Les seules constatations de laboratoire positives ont été une élévation de la numération leucocytaire avec déviation vers la gauche, une augmentation de la VSG et un bloc A-V du premier degré observé sur l'ECG.

Cas n° 2: Une fillette de quatre ans qui avait souffert de toux pendant six semaines et qui présentait depuis deux jours un mal de gorge suivi d'une éruption cutanée, a été admise au Central Newfoundland Hospital à Grand Falls le 31 janvier 1980 en raison d'un diagnostic provisoire de fièvre scarlatine. À l'examen, on a observé de la fièvre (39°C) et une éruption cutanée rougeâtre, rugueuse et maculopapuleuse siégeant au tronc, à la face, aux bras et aux jambes. Le pharynx était rougeâtre et les amygdales, hypertrophiées et rougeâtres, présentaient un exsudat blanchâtre. Il y avait lymphadénopathie cervicale bilatérale avec présence de gros ganglions submandibulaires fermes et douloureux au toucher du côté droit. Au cours de l'hospitalisation, l'enfant est demeurée fébrile malgré l'antibiothérapie, l'éruption cutanée est devenue plus prononcée et un érythème est apparu à la paume des mains et à la plante des pieds. Au 5^e jour d'hospitalisation, les articulations interphalangiennes périphériques des deux mains sont devenues enflées et sensibles au toucher. Les pieds étaient œdémateux et décolorés et la malade a refusé de supporter un poids. Il y a eu desquamation de la peau au niveau des jambes et des pieds. Le 6^e jour de l'hospitalisation, la fièvre a commencé à céder, l'état de la malade s'est beaucoup amélioré et il en a été ainsi jusqu'à son départ le 13 février.

Les examens de laboratoire ont tous été négatifs ou normaux, à l'exception des résultats suivants: chute rapide de l'hémoglobine suivie d'une augmentation lente, numération leucocytaire élevée avec déviation vers la gauche, VSG élevée et tachycardie sinusale observée sur l'ECG.

Cas n° 3: Le 27 février 1980, une fillette de 2 ans qui avait présenté pendant 3 jours une infection des voies respiratoires supérieures, de la fièvre, des vomissements et une éruption cutanée, a été admise au Dr Charles A. Janeway Child Health Centre en raison d'un diagnostic provisoire de syndrome de Stevens-Johnson. L'examen a révélé que l'enfant était fiévreuse (38.5°C) et icterique. Elle présentait également une conjonctivite bilatérale, un érythème pharyngé, une langue scarlatineuse ainsi qu'une hyperémie et une tuméfaction des lèvres et de la muqueuse buccale. Les ganglions cervicaux antérieurs et postérieurs étaient hypertrophiés et sensibles au toucher et ce, des deux côtés. Une éruption cutanée érythémateuse et maculopapuleuse siégeait au tronc, au cou, au cuir chevelu et aux jambes et on pouvait constater que les régions palmaires et plantaires étaient rougeâtres et tuméfiées. Le foie était mou et palpable sous le rebord costal droit. Dans les premiers jours d'hospitalisation, l'ictère et l'éruption cutanée ont disparu, mais la malade a présenté une tuméfaction douloureuse au niveau des extrémités, accompagnée d'une dyschromodermie du bout des doigts. Elle a présenté également une ulcération buccale et labiale. Au 14^e jour d'hospitalisation, la fièvre a céde et son état s'est amélioré. Elle a reçu son congé après 20 jours d'hospitalisation.

Parmi les constatations de laboratoire positives, on note une VSG élevée, une thrombocytose ainsi qu'une tachycardie sinusale avec déviation axiale droite sur l'ECG.

L'étiologie de la maladie de Kawasaki n'a pas été établie, bien que plusieurs théories aient été proposées. Par conséquent, dans chacun des cas cités ci-dessus, le diagnostic de MK a été établi par un processus d'élimination.

Dans le petit échantillon présenté ici, la maladie est survenue chez 3 sujets de sexe féminin et au cours des mois d'hiver, ce qui ne semble pas concorder avec les observations présentées dans la

incidence in warmer months⁽¹⁾. Other cases reported in Canada⁽³⁾ appear to support a higher incidence in the colder months. An epidemiologic comparison of all cases occurring in Canada may be worthwhile.

References:

1. Pediatrics, 54: 271, 1974.
2. Hosp. Pract., 13: 109, 1978.
3. CDWR, Vol. 4-16, 1978.

SOURCE: F. Stratton, M.D., Field Epidemiologist (L.D.C.D.), C. Hobeika, M.D., W. Sprague, M.D. and A. Kantak, M.D., The Dr. Charles A. Janeway Child Health Centre, St. John's; and T. Rosales, M.D., Central Newfoundland Hospital, Grand Falls, Newfoundland.

documentation médicale selon lesquelles le rapport homme:femme serait de 1.5:1 et la fréquence serait plus élevée au cours des mois chauds⁽¹⁾. D'autres cas signalés au Canada⁽³⁾ semblent indiquer une fréquence plus élevée au cours des mois froids. Une comparaison épidémiologique de tous les cas survenus au Canada serait peut-être utile.

Références:

1. Pediatrics, 54: 271, 1974.
2. Hosp. Pract., 13: 109, 1978.
3. R.H.M.C., vol. 4-16, 1978

SOURCE: Dr F. Stratton, épidémiologiste régional (L.L.C.M.), Dr C. Hobeika, Dr W. Sprague, et Dr A. Kantak, The Dr. Charles A. Janeway Child Health Centre, St. John's; Dr T. Rosales, Central Newfoundland Hospital, Grand Falls, Terre-Neuve.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF KAWASAKI DISEASE FROM STEVENS-JOHNSON SYNDROME AND SCARLET FEVER/ DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL POUR LA MALADIE DE KAWASAKI LE SYNDROME DE STEVENS-JOHNSON ET LA SCARLATINE

	Kawasaki disease/ Maladie de Kawasaki	Stevens-Johnson syndrome/ Syndrome de Stevens-Johnson	Scarlet fever/ Scarlatine
Age/Age	Under 5 years/ Moins de 5 ans	3 to/à 30 years/ans	2 to/à 8 years/ans
Eyes/Yeux	Congestion of ocular conjunctivae without pus and pseudomembrane formation/Congestion des conjonctives sans formation de pus et de pseudomembrane	Shut with thick pus and pseudomembrane formation/Ternés avec formation d'un pus épais et de pseudomembrane	No change/ Aucune modification
Lips/Lèvres	Marked redness/ Rougeur prononcée	Black with crusted blood/ Noirâtres avec croûte de sang	No marked redness/ Aucune rougeur prononcée
Oral cavity/ Cavité buccale	Strawberry tongue and diffuse reddening of oral cavity/Langue scarlatinéuse et rougeur diffuse dans la cavité buccale	Vesicles, ulceration and pseudomembrane/vésicules, ulcération et formation d'une pseudomembrane	Strawberry tongue and streptococcal tonsillitis/ Langue scarlatinéuse et amygdalite streptococcale
Peripheral extremities/ Extrémités périphériques	Pronounced reddening of palms and soles/Rougeur prononcée des régions palmaires et plantaires	Not described/Non décrit	None/Rien
	Indurative edema/Oedème induré Membranous desquamation from fingertips/ Desquamation membraneuse du bout des doigts	Not described/Non décrit Not described/Non décrit	None/Rien Similar desquamation/ Desquamation semblable
Exanthema/Exanthème	Polymorphous erythema/ érythème polymorphe	Polymorphous erythema with vesicles and crusts/ érythème polymorphe avec vésicules et croûtes	Diffuse, finely papular and bright red erythema/ érythème diffus, finement papuleux et rouge vif
Swelling of cervical lymph nodes/ Hypertrophie des ganglions lymphatiques cervicaux	Frequent, not purulent/ fréquente, non purulente	Occasionally/occasionnelle	Occasionally, sometimes purulent/ occasionnelle, parfois purulente
Genitals/Organes génitaux	Not remarkable/rien de notable	Vesicles and ulceration sometimes/parfois, vésicules et ulcération	None/rien
Penicillin therapy/ Pénicillinothérapie	Not effective/inefficace	Not effective/inefficace	Effective/efficace
Throat culture/ Prélèvement de gorge	Indefinite/indéfini	Indefinite/indéfini	Hemolytic streptococcus group A (+ +)/ streptocoque hémolytique du groupe A (+ + +)
Seasonal variation of occurrence/Variation saisonnière	Not clear but slightly high high in summer/Incertaine, mais fréquence légèrement plus élevée en été	Not described/non décrite	Higher in winter and spring/ fréquence plus élevée en hiver et au printemps
Autopsy findings of coronary artery/ Constatations à l'autopsie (artère coronaire)	Remarkable/notable	None/rien	None/rien

NOTIFIABLE DISEASES SUMMARY

SOMMAIRE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

DISEASE - MALADIE	ICD9 — CIM9	CANADA		NFLD.-T.-N.		P.E.I.-I.P.-É.		N.S.-N.-É.		Current Période cour.	
		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		
			1980	1979		1980	1979		1980	1979	
Anthrax - Charbon	022	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botulism - Botulisme	005.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chancroid - Chancré mou	099.0	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Cholera - Choléra	001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diphtheria - Diphthérie	032	8	23	33	-	-	-	-	-	-	-
Food Poisoning - Toxi-infection alimentaire	*1	71	133	116	-	-	-	-	-	2	-
Gonococcal Infections	Ophthalma Neonatorum	098.4	2	5	5	-	-	-	-	-	-
Infections gonococciques	Ophthalme du nouveau-né										
	Others - Autres	*2	3802	15270	13933	51	215	162	9	43	46
Total Gonococcal Infections		098	3804	15275	13938	51	215	162	9	43	46
Toutes infections gonococciques		*3									
Hepatitis A - Hépatite virale A	070.0 070.1	109	453	530	1	3	2	1	3	2	5
Hepatitis B - Hépatite virale B	070.2 070.3	81	369	218	-	3	1	-	-	-	1
Lassa Fever - Fièvre de Lassa	078.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leprosy - Lèpre	030	2	7	3	-	-	-	-	-	-	-
Measles - Rougeole	055	2433	5234	9690	12	142	8	-	-	8	74
Meningitis	Haemophilus - à Haemophilus	320.0	11	61	48	-	1	3	-	-	1
Encephalitis	Bacterial	320.1	1	15	23	-	-	1	-	-	1
Méningite	Pneumococcal - à Pneumocoques										
Encéphalite	Others - Autres	*4		9	32	17	1	3	5	-	-
Bactérienne											
Meningitis/Encephalitis Viral											
Méningite/Encéphalite virale		*5		9	50	58	-	-	6	-	1
Meningococcal Infections											3
Infections à méningocoques											1
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1- 002.9	2	6	18	-	-	1	-	-	-	-
Pertussis - Coqueluche	033	118	658	838	11	34	22	-	11	2	1
Plaque - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomyélite - Poliomyélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubella - Rubéole	056	379	1528	3189	8	26	2	-	-	3	6
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	6	8	-	-	-	-	-	40	-
Salmonellosis - Salmonellose	*6	003	448	2003	1564	11	45	26	1	13	37
Shigellosis - Shigellose	004	132	593	293	-	1	9	-	-	-	2
Smallpox - Variole	050	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis Early (Primary and Secondary)											
Syphilis récente (Primaire et secondaire)		091	91	370	320	-	1	1	-	-	5
Syphilis (Other) - Syphilis (autre)		090, 092-097	154	628	490	-	-	-	-	-	2
Total Syphilis - Syphilis (toutes)		090-097	245	998	810	-	1	1	-	-	4
Trichinosis - Trichinose		124	-	1	8	-	-	-	-	-	1
Primary Tuberculosis - Primo-infection tuberculeuse		010	9	24	65	3	3	2	-	2	-
T.B. - Bactériologiquement Confirmed	Respiratory - Respiratoire	011,012	69	279	276	7	15	2	-	1	4
	Non-Respiratory Non respiratoire	013-018	9	63	77	1	2	1	-	-	1
T.B. - Not Bacteriologically Confirmed	Respiratory - Respiratoire	011,012	31	160	128	1	1	8	-	1	-
	Non-Respiratory Non respiratoire	013-018	5	31	38	1	1	2	-	1	2
Typhoid - Typhoïde		002.0	12	25	32	-	-	-	-	-	-
Viral Haemorrhagic Fever (excluding Lassa Fever 078.8)		065,078	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fièvre hémorragique à virus (sauf de Lassa 078.8)											
Yellow Fever - Fièvre jaune		060	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1. (excluding Botulism 005.1; Salmonellosis 003 and Shigellosis 004) (including Staphylococcal 005.0; Clostridium perfringens 005.2; other Clostridia 005.3; Vibrio parahaemolyticus 005.4; Bacillus cereus 005.8; unspecified 005.9)

(sauf Botulisme 005.1; Salmonellose 003 et Shigellose 004) (incluant Staphylocoques 005.0; Clostridium perfringens 005.2; autres Clostridia 005.3; Vibrio parahaemolyticus 005.4; Bacillus cereus 005.8; sans précision 005.9)

2. (all 098 categories excluding 098.4) - (toutes les rubriques de 098 sauf 098.4)

3. (all 098 categories including 098.4) - (toutes les rubriques 098, y compris 098.4)

4. (all other categories excluding Meningococcal 036 and Tuberculous 013.0) - (toutes les autres rubriques sauf à Méningocoques 036 et Tuberculeuse 013.0)

5. (all categories except Measles 055; Poliomyelitis 045; Rubella 056; Viral Haemorrhagic Fever 078; Yellow Fever 060) - (toutes les rubriques sauf Rougeole 055; Poliomyélite 045; Rubéole 056; Fièvre hémorragique à virus 078; et Fièvre jaune 060)

6. (excluding Typhoid 002.0; Paratyphoid 002.1-002.9) - (sauf Typhoïde 002.0; Paratyphoïde 002.1-002.9)

New cases reported for the 4-week period ending April 19, 1980/Nouveaux cas déclarés pour la période de 4 semaines se terminant le 19 avril 1980

.B.		QUÉBEC		ONTARIO		MANITOBA		SASKATCHEWAN		ALBERTA		B.C.-C.-B.		YUKON		N.W.T.-T.N.-O.				
TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		
1980	1979		1980	1979		1980	1979		1980	1979		1980	1979		1980	1979		1980	1979	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	6	32	8	9	-	
-	-	-	2	20	-	55	69	-	3	-	-	27	-	-	-	-	71	71	-	
-	-	-	2	1	-	1	3	-	-	1	-	-	-	-	2	2	-	-	-	
95	82	377	1296	1316	1038	4581	4828	390	1152	1041	190	715	820	795	3318	2241	660	2947	2513	
95	82	377	1298	1317	1038	4582	4831	390	1152	1042	190	715	820	795	3318	2241	662	2949	2513	
-	2	1	1	16	36	135	110	18	53	99	9	73	59	20	75	117	17	90	113	-
1	-	8	9	38	49	264	126	4	7	11	12	55	21	6	20	12	1	5	1	1
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	2	7	7	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	
2	20	458	942	57	1850	3590	1946	16	62	91	22	232	461	36	147	6259	30	85	758	-
-	-	-	1	2	6	33	31	1	2	2	1	7	4	-	9	3	-	-	2	
-	-	-	-	2	-	12	16	-	1	1	-	1	-	1	1	1	-	-	-	
-	-	-	3	1	1	7	6	1	3	-	6	13	3	-	3	-	-	-	1	
-	2	-	3	-	6	23	35	-	1	-	1	15	9	-	1	-	1	4	4	
5	3	4	18	6	9	30	35	-	1	4	1	4	6	4	17	20	8	26	25	
-	-	-	3	5	1	2	4	-	-	2	-	-	-	1	1	-	-	6	-	
-	2	1	2	15	56	279	657	-	2	13	4	80	17	4	37	38	40	200	59	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
-	1	36	90	214	187	543	742	5	33	707	30	261	358	90	519	1010	18	42	109	-
-	-	-	-	-	-	4	6	-	-	2	-	1	-	-	1	-	-	-	-	
49	9	61	261	270	224	964	692	9	70	63	12	47	75	45	208	141	58	212	231	-
2	1	5	50	46	32	141	104	18	112	64	9	65	6	35	121	30	20	72	19	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1	2	17	62	57	48	228	174	2	4	6	2	6	3	9	20	25	12	47	46	-
-	1	49	177	69	86	341	295	-	3	26	3	9	5	4	42	38	12	52	54	-
1	3	66	239	126	134	569	469	2	7	32	5	15	8	13	62	63	24	99	100	-
-	-	-	-	4	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
-	3	1	2	2	-	3	10	3	3	21	-	1	1	-	1	12	2	8	10	-
11	11	23	59	42	-	74	104	6	17	17	4	8	9	-	12	25	19	64	50	1
5	3	5	12	10	-	29	37	2	5	9	-	2	2	-	-	6	1	5	7	-
7	5	16	51	21	-	39	53	3	9	3	2	6	2	-	3	5	7	40	23	-
-	1	-	1	-	-	7	17	1	8	4	-	-	-	-	3	2	12	10	-	-
-	-	1	1	10	8	17	18	1	1	1	-	-	-	-	3	2	-	-	-	1
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Data for this table were retrieved from CANSIM,
Statistics Canada's machine-readable data base.

Les données pour le présent tableau ont été obtenues de CANSIM,
la base de données ordinolingué de Statistique Canada.

NOTE - NOTA

Cumulative total includes amendments to previously published figures
Le total cumulatif comprend les révisions dans les chiffres déjà publiés

.. Not available

- No cases reported

.. Non disponible

- Aucun cas déclaré

Editorial Comment: The diagnosis of KD can only be made on the basis of clinical findings (Table 1 in the above article). These findings are usually quite distinctive but occasionally the disease can be difficult to diagnose because a variety of other illnesses such as scarlet fever, staphylococcal scalded skin syndrome, leptospirosis, various viral exanthems, drug reactions, juvenile rheumatoid arthritis, Stevens-Johnson syndrome, and infantile polyarteritis nodosa can cause similar signs and symptoms. The following table taken from a paper presented by Dr. Itsuzo Shigematsu, Director, Department of Epidemiology, Institute of Public Health, Tokyo, Japan, at the WHO/USSR Ministry of Health Consultation on the Management of Emergencies Caused by "Unusual" Diseases in Moscow, October 1-6, 1979, shows the differential diagnosis of KD from Stevens-Johnson syndrome and scarlet fever.

The Bureau of Epidemiology would be interested in receiving any information on other cases that have been seen in Canada.

KAWASAKI DISEASE - ONTARIO

(Mucocutaneous Lymphnode Syndrome (MCLS))

Toronto: The following case history describes one of several cases of KD that have been seen recently at the Hospital for Sick Children, Toronto.

This patient was a 27-month-old Caucasian male admitted to the hospital early in January following 1 week's duration of temperature elevation, rash and stomatitis. The illness was preceded by a bout of diarrhea. On examination in hospital the patient had a temperature of 40°C, nasal catarrh, conjunctivitis and a confluent erythematous rash behind the ears and around the eyes. The child exhibited malaise and was anorexic due to a sore, reddened mouth. In addition, there were small vesicles on the lip, and a macular rash on the trunk. Later there was desquamation of the skin behind the ears, around the scrotum and his "suckling" thumb. He showed edema of the hands and feet and groin plus cervical lymphadenopathy. There was cardiomegaly and a gallop rhythm. Some observers thought that the patient had arthritis. Proteinuria was found and the bilirubin was elevated to 7.1 mg/dl. The liver was tender and 1.5 cm below the costal cartilage. His platelet count was within the normal range but the hemoglobin was depressed (9.4 gm/dl) and the ESR elevated to 62 mm/h. Twenty-one (21) days after admission the patient became afebrile but he then had peeling of both feet and hands. His serum albumin was depressed.

This patient exhibited all the principal signs and symptoms of MCLS and in addition many of the other significant findings as set out by the Japan MCLS Research Committee.

Kawasaki disease occurs more frequently in males (M:F=1.5:1); 80% of patients are less than 5 years of age. The fatality rate is 1-2%. Sudden death occurs as a result of coronary aneurysm and thrombosis. The disease has a recurrence rate of 2-3%.

Kitchener-Waterloo Area: Five (5) cases of KD were diagnosed and treated during January and February, 1980 in the Waterloo Regional Health Unit area. Information on these 5 cases is presented in the following Table.

SOURCE: Peter J. Middleton, M.D., Hospital for Sick Children, Toronto; D. Bastedo, M.D., Paediatric Consultant and G.P.A. Evans, M.D., Medical Officer of Health, Waterloo Regional Health Unit, Kitchener.

Note de la rédaction: Le diagnostic de la MK ne peut être posé qu'à partir des constatations cliniques (Tableau 1 de l'article précédent). Ces constatations sont habituellement assez distinctives, mais la maladie peut parfois être difficile à diagnostiquer parce que plusieurs autres maladies, comme la scarlatine, l'épidermolyse bulleuse staphylococcique, la leptospirose, divers exanthèmes d'origine virale, les intoxications médicamenteuses, la polyarthrite rhumatoïde juvénile, le syndrome de Stevens-Johnson et la périartérite noueuse infantile peuvent présenter des signes et des symptômes semblables. Le tableau suivant qui présente les traits diagnostiques permettant de différencier la MK du syndrome de Stevens-Johnson et de la scarlatine a été tiré d'un exposé présenté par le Dr Itsuzo Shigematsu, Directeur, Département d'épidémiologie, Institut d'hygiène publique, Tokyo, Japon, à la Consultation parrainée par l'OMS et le Ministère de la santé de l'URSS sur le traitement des urgences causées par des maladies "inhabituelles" qui a eu lieu à Moscou du 1er au 6 octobre 1979.

Par ailleurs, le Bureau d'épidémiologie aimerait recevoir tout renseignement concernant d'autres cas observés au Canada.

MALADIE DE KAWASAKI - ONTARIO

(Syndrome cutanéo-muqueux des ganglions lymphatiques (SCMGL))

Toronto: L'exposé suivant décrit l'un des cas de MK observés récemment au Hospital for Sick Children, à Toronto.

Le malade, un enfant âgé de 27 mois, de sexe masculin et de race blanche, a été admis à l'hôpital au début de janvier après avoir présenté pendant une semaine une température élevée, une éruption cutanée et une stomatite. La maladie avait été précédée d'une poussée de diarrhée. À l'examen, le malade présentait une température de 40°C, une rhinite, une conjonctivite ainsi qu'une éruption cutanée érythémateuse confluente derrière les oreilles et autour des yeux. L'enfant éprouvait visiblement du malaise et était anorexique, la bouche étant endolorie et rougeâtre. On pouvait également noter la présence de petites vésicules sur les lèvres et d'une éruption cutanée maculaire sur le tronc. Plus tard, il y a eu desquamation de la peau autour des oreilles, autour du scrotum et sur le pouce qu'il avait l'habitude de sucer. Il a présenté un oedème aux mains, aux pieds et à l'aïne ainsi qu'une lymphadénopathie cervicale. On a également observé une cardiomégalie et un bruit de galop. Certains observateurs ont pensé que l'enfant souffrait d'arthrite. On a constaté une protéinurie et le taux de bilirubine était élevé (7.1 mg/dl). Le foie était sensible au toucher et était situé à 1.5 cm en-dessous du cartilage costal. La numération des plaquette sanguines se situait dans l'étendue normale, mais l'hémoglobine était abaissée (9.4 g/dl) et la VSG élevée (62 mm/h). Après 21 jours d'hospitalisation, la fièvre a cédé, mais il y a eu desquamation au niveau des mains et des pieds. Le taux d'albumine sérique était abaissé.

Ce malade a présenté tous les principaux signes et symptômes de la MK ainsi que plusieurs autres manifestations importantes notées par le Comité de recherche japonais sur la MK.

La maladie de Kawasaki survient le plus souvent chez les hommes (H:F=1.5:1) et 80% des malades sont âgés de moins de 5 ans. Le taux de mortalité est de 1-2%. La mort soudaine survient à la suite d'un anévrysme coronarien et d'une thrombose. La maladie présente un taux de rechute de 2-3%.

Région de Kitchener-Waterloo: Cinq cas de MK ont été diagnostiqués et traités au cours des mois de janvier et février 1980 dans la région desservie par le Bureau de santé régional de Waterloo. Des renseignements concernant ces 5 cas sont présentés dans le tableau suivant.

SOURCE: Dr Peter J. Middleton, Hospital for Sick Children, Toronto; Dr D. Bastedo, Consultant en pédiatrie et Dr G.P.A. Evans, médecin-hygieniste, Bureau de santé régional de Waterloo, Kitchener.

KAWASAKI DISEASE, KITCHENER - WATERLOO AREA,
JANUARY-FEBRUARY 1980/

MALADIE DE KAWASAKI, RÉGION DE KITCHENER-WATERLOO,
JANVIER-FÉVRIER 1980

	Age and Sex/ Âge et sexe	6 yr 6 ans	M/ H	14 mo 14 mois	M/ H	2 1/2 yr 2 1/2 ans	F/ F	2 1/2 yr 2 1/2 ans	M/ H	4 yr 4 ans	F/ F
SIGNS/ SIGNES	Fever/Fièvre	11 Days/jours		7 Days/jours		7 Days/jours		10 Days/jours		11 Days/jours	
AND/ ET	Eye/Yeux	Conjunctivitis/ Conjonctivite		Conjunctivitis/ Conjonctivite		Conjunctivitis/ Conjonctivite		Conjunctivitis/ Conjonctivite		Conjunctivitis/ Conjonctivite	
SYMPTOMS/ SYMPTÔMES	Mouth/Bouche	Dry, Fissured/ sèche, gercée		Dry, Fissured/ sèche, gercée							
LABORATORY/ LABORATOIRE	Lymph Glands/ Ganglions lymphatiques	Enlarged/ hypertrophiés		Enlarged/ hypertrophiés		Enlarged/ hypertrophiés		Enlarged/ hypertrophiés		Enlarged/ hypertrophiés	
Rash/ Éruption cutanée	Scarlatina -like/ scarlatiniforme		Macular Papular/ maculo-papuleuse		Scarlatina -like/ scarlatiniforme		Macular Papular/ maculo-papuleuse		Scarlatina -like/ scarlatiniforme		
Arthritis/ Arthrite	Negative/ négative		Negative/ négative		Negative/ négative		Positive/ positive		Positive/ positive		
Edema/ Oedème	Positive/ positif		Negative/ négatif		Negative/ négatif		Negative/ négatif		Positive/ positif		
Respiratory/ Système respiratoire	Pneumonia Effusion/ pneumonie, épanchement										
Cardiac/ Fonction cardiaque	Gallop Rythm/ bruit de galop		Negative/ négatif		Negative/ négatif		Negative/ négatif		Negative/ négatif		
G.I./ Gastro-intestinaux	Negative/ négatif		Positive/ positif		Positive/ positif		Negative/ négatif		Negative/ positif		
G.U./ Génito-urinaires	Negative/ négatif		Pyuria/ pyurie		Dysuria/ dysurie		Dysuria/ dysurie		Dyuris/ dysurie		
	W B C/ Formule leucocytaire	36,000		13,000		21,000		11,000		18,000	
	Platelet/ Plaquettes	800,000		632,000		726,000		Negative/négatif		600,000	
	Sed Rate/ Vitesse de sédimentation	123		72		54		38		45	
	Protein/ Protéines	1.9		2.9		Negative/ négatif		Negative/ négatif		Negative/ négatif	
	Electrolyte/ Électrolytes	Normal/ normaux		Normal/ normaux		Normal/ normaux		Normal/ normaux		Normal/ normaux	
	E K G/E C G	PR 0.2		PR 0.18		Normal/ normal		Normal/ normal		Normal/ normal	

International Notes

KAWASAKI DISEASE - UNITED STATES

Editorial Note: From July 1976 -July 1978, 261 cases of KD were reported to CDC⁽²⁾. As in Japan, where KD is endemic, the disease in the United States does not appear to be associated with geographic area, season of the year, socioeconomic status, or environmental factors. Most cases reported to CDC have occurred sporadically, but clusters have been reported in the United States, Japan, and Greece.

Japanese studies using contrast angiography have shown that as many as 30% of KD patients may develop coronary artery aneurysms⁽³⁾. Recently, the less-invasive technique of 2-dimensional echocardiography has been used to demonstrate these aneurysms⁽⁴⁾. Studies from Japan indicate that 1%-2% of all reported KD patients die of complications of coronary aneurysms, including myocardial infarction, arrhythmias, and, rarely, aneurysm rupture. Of these fatal cases, 50%, 75% and 95% die within 1, 2 and 6 months, respectively, of their acute illness.

Treatment of KD, aside from being supportive in nature, is primarily intended to minimize the incidence of cardiac complications. One study has suggested that aspirin, 30 mg/kg/day, may be effective in reducing the incidence of coronary aneurysm formation⁽⁵⁾. Other children have used doses up to 100 mg/kg/day, following blood levels to avoid toxicity. However, no drug or combination of drugs has been conclusively proven effective in reducing the incidence or severity of cardiac complications of KD.

To date, there is no evidence for person-to-person transmission of KD, although this issue has not been extensively studied. Nor has an infectious agent been shown to cause the disease, even though the clinical illness is strongly suggestive of a microbial etiology. Therefore, it is uncertain whether isolation precautions are necessary for hospitalized KD patients once other infectious diseases in the differential diagnosis have been ruled out. Analysis of data collected in this investigation may permit testing of the hypothesis that KD may be an unusual sequel of a common viral illness.

References:

1. Hosp. Pract., 13: 109, 1978.
2. Pediatrics, 65: 21, 1980.
3. J. Pediatr., 86: 892, 1975.
4. Am. J. Dis. Child., 133: 1244, 1979.
5. Pediatrics, 63: 175, 1979.

SOURCE: Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 29, No. 6, 1980.

The Canada Diseases Weekly Report presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available free of charge upon request. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. The Department of National Health and Welfare does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Editor: Dr. S.E. Acres
Managing Editor: Eleanor Paulson

Bureau of Epidemiology,
Laboratory Centre for Disease Control,
Tunney's Pasture,
OTTAWA, Ontario,
Canada K1A 0L2

Notes internationales

MALADIE DE KAWASAKI - ÉTATS-UNIS

Note de la rédaction: De juillet 1977 à juillet 1978, 261 cas de MK ont été signalés au CDC⁽²⁾. Comme au Japon où elle est endémique, la maladie aux États-Unis ne semble pas liée à des régions géographiques, à une saison de l'année, aux conditions socio-économiques ou aux facteurs environnementaux. La plupart des cas signalés au CDC sont survenus isolément, mais des groupes de cas ont été signalés aux États-Unis, au Japon et en Grèce.

Des études japonaises réalisées avec l'aide de l'angiographie de contraste ont démontré que 30% des sujets atteints de la MK peuvent présenter des anévrismes de l'artère coronaire⁽³⁾. Récemment, la technique moins effractive de l'échocardiographie en deux dimensions a été utilisée pour mettre en évidence ces anévrismes⁽⁴⁾. Des études faites au Japon indiquent que 1 à 2% de tous les malades déclarés meurent à la suite des complications de ces anévrismes coronariens, dont l'infarctus du myocarde, l'arythmie et, beaucoup plus rarement, la rupture de l'anévrisme. Dans ces cas mortels, on a constaté que la mort survenait au cours du premier mois de la phase aiguë de la maladie dans 50% des cas, au cours des 2 premiers mois dans 75% des cas et au cours des 6 premiers mois dans 95% des cas.

Le traitement de la MK, à part le fait qu'il s'agit d'un traitement de soutien, vise principalement à minimiser la fréquence des complications cardiaques. Une étude a laissé entendre que l'administration de 30 mg/kg/jour d'aspirine pouvait réduire la fréquence de l'anévrisme coronarien⁽⁵⁾. Des doses allant jusqu'à 100 mg/kg/jour ont été utilisées chez d'autres enfants en surveillant la concentration dans le sang pour éviter l'intoxication. Toutefois, aucun médicament ou aucune association médicamenteuse ne se sont révélés vraiment efficaces pour réduire la fréquence ou la gravité des complications cardiaques liées à la MK.

Jusqu'à présent, il n'y a aucune preuve de la transmission de la MK de personne à personne, bien que cette question n'ait pas été étudiée à fond. On n'a pas non plus démontré le rôle d'un agent infectieux dans l'étiologie de cette maladie, même si les manifestations cliniques de la maladie évoquent fortement une étiologie microbienne. Par conséquent, on ignore si des mesures d'isolement s'imposent pour les cas de MK hospitalisés, une fois écartées les autres maladies infectieuses envisagées dans le diagnostic différentiel. L'analyse des données obtenues au cours de cette enquête permettra peut-être de tester l'hypothèse selon laquelle la MK serait une séquelle inhabituelle d'une maladie virale commune.

Références:

1. Hosp. Pract., 13: 109, 1978.
2. Pediatrics, 65: 21, 1980.
3. J. Pediatr., 86: 892, 1975.
4. Am. J. Dis. Child., 133: 1244, 1979.
5. Pediatrics, 63: 175, 1979.

SOURCE: Morbidity and Mortality Weekly Report, vol. 29 no 6, 1980.

Le Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, qui fournit des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, peut être obtenu gratuitement sur demande. Un grand nombre d'articles ne contiennent que des données sommaires mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus en s'adressant aux sources citées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exhaustivité, ni de l'authenticité des articles. Toute personne oeuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Rédacteur en chef: Dr. S.E. Acres
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson

Bureau d'épidémiologie
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2