



<https://printo.it/pediatric-rheumatology/NL/intro>

De ziekte van Kawasaki

Versie 2016

1. WAT IS KAWASAKI

1.1 Wat is het?

De ziekte werd voor het eerst in de Engelse medische literatuur beschreven in 1967 door de Japanse kinderarts Tomisaku Kawasaki (naar wie de ziekte genoemd is); hij identificeerde een groep kinderen met koorts, huiduitslag, conjunctivitis (rode ogen), enantheem (rode keel en mond), gezwollen handen en voeten en vergrote lymfeklieren in de nek. In het begin werd de ziekte "mucocutaan lymfklier syndroom" genoemd. Een paar jaar later werden ook hartcomplicaties, zoals aneurysma's van de hartarteriën (grote verwijding van deze bloedvaten) gemeld.

De ziekte van Kawasaki (KD) is een acute systemische vasculitis, wat betekent dat de wand van de bloedvaten ontstoken is. Dit kan leiden tot verwijdingen (aneurysma's) van alle arteriën (slagaderen) van gemiddelde afmeting en vooral van de arteriën rond het hart. De meeste kinderen hebben echter alleen de acute symptomen zonder hartcomplicaties.

1.2 Hoe vaak komt het voor?

De ziekte van Kawasaki is een zeldzame aandoening, maar is samen met Henoch-Schoenlein purpura de meest voorkomende vasculitis bij kinderen. De ziekte van Kawasaki komt in de hele wereld voor, maar in Japan meer frequent. Het is een aandoening die bijna alleen maar bij kinderen voorkomt. 85% van de kinderen met KD zijn jonger dan 5, met een piek bij een leeftijd van 18-24 maanden; patiënten jonger dan 3 maanden of ouder dan 5 jaar worden minder vaak gezien, maar hebben

een verhoogd risico op aneurysma's van de hartarteriën (Coronary Artery Aneurysms CAA). Het komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes. Hoewel KD gedurende het hele jaar tot uiting kan komen wordt het vooral gezien aan het einde van de winter en in het voorjaar.

1.3 Wat zijn de oorzaken van de ziekte?

De oorzaak van KD blijft onduidelijk, maar er wordt gedacht dat een infectie de aandoening kan uitlokken. Een overgevoelige of afwijkende afweerreactie, wordt waarschijnlijk uitgelokt door een infectie (bepaalde virussen of bacteriën), die het ontstekingsproces aanzwengelt en ontsteking en schade aan de bloedvaten bij bepaalde personen met erfelijke aanleg kan veroorzaken.

1.4 Is het erfelijk? Waarom heeft mijn kind deze aandoening? Kan het voorkomen worden? Is het besmettelijk?

KD is geen erfelijke ziekte, maar er wordt gedacht dat er een erfelijke aanleg voor bestaat. Het komt maar heel zelden voor dat er meer dan een persoon binnen de familie de aandoening heeft. Het is niet besmettelijk en kan niet van kind op kind worden overgedragen. Op dit moment is er niets bekend over mogelijke preventie. Het is mogelijk, maar zeer zeldzaam, dat dezelfde patiënt een tweede episode van de ziekte doormaakt.

1.5 Wat zijn de belangrijkste symptomen?

De ziekte gaat gepaard met onverklaarbare hoge koorts. Het kind is vaak zeer geïrriteerd. De koorts kan gepaard gaan met of gevolgd worden door een oogontsteking (rode ogen) met pus of afscheiding. Het kind kan verschillende soorten huiduitslag hebben, zoals mazelen, roodvonk, netelroos, papels etc. De huiduitslag komt vooral voor op de borstkas, de extremiteiten en in het luiergebied en leidt tot een rode schilferige huid.

De mond kan fel rood zijn met rode gebarsten lippen, een rode tong (aardbeitong) en er kan roodheid zijn in de keelholte (faryngale roodheid) De handen en voeten kunnen ook gezwollen zijn en het kind kan rode palmen en zolen hebben. De vingers en tenen kunnen er dik en gezwollen uitzien. Deze kenmerken worden gevolgd door schilfering

van de huid rond de vinger- en teentoppen (rond de tweede tot derde week). Meer dan de helft van de patiënten heeft vergrote lymfeklieren in de nek, vaak een enkele lymfeklier van tenminste 1,5 cm. Soms kunnen er ook andere symptomen gezien worden, zoals pijnlijke en gezwollen gewrichten, buikpijn, diarree, geïrriteerdheid of hoofdpijn. In landen waar het BCG vaccin gegeven wordt (bescherming tegen tuberculose) kan het litteken hiervan bij jongere kinderen rood worden. Het ernstigste symptoom van KD is de hartcomplicatie, vanwege de mogelijkheden op complicaties op lange termijn. Er kunnen hartruis, ritmestoornissen en afwijkingen op de echo gezien worden. De verschillende lagen van het hart kunnen in verschillende mate ontstoken zijn, wat inhoudt dat er pericarditis (ontsteking van het hartzakje), myocarditis (ontsteking van de hartspier) en ontstoken kleppen kunnen optreden. Het belangrijkste symptoom van deze aandoening blijft echter de ontwikkeling van aneurysma's aan de coronaire arteriën (CAA).

1.6 Verloopt de ziekte bij ieder kind hetzelfde?

De ernst van de ziekte verschilt per kind. Niet ieder kind heeft hetzelfde klinische beeld en de meeste patiënten ontwikkelen geen hartcomplicaties. Aneurysma's komen slechts bij 2 tot 6 op de 100 kinderen die behandeld worden voor. Sommige kinderen (vooral jonger dan 1 jaar) hebben onvolledige vormen van de ziekte, wat inhoudt dat ze niet alle symptomen hebben, waardoor het stellen van de diagnose lastiger is. Sommige van deze jonge kinderen kunnen aneurysma's ontwikkelen. Zij krijgen de diagnose "atypische ziekte van Kawasaki".

1.7 Is de ziekte bij kinderen anders dan bij volwassenen?

Dit is een kinderziekte, al zijn er ook zeldzame gevallen van Kawasaki bekend bij volwassenen.