

1. Item 203

FIÈVRE AIGUË CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE. CRITÈRES DE GRAVITÉ D'UN SYNDROME INFECTIEUX

MODULE 11. SYNTHÈSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE - DE LA PLAINTÉ DU PATIENT À LA DÉCISION THÉRAPEUTIQUE - URGENCES

N° 203 - Fièvre aiguë chez l'enfant et chez l'adulte. Critères de gravité d'un syndrome infectieux :

- Diagnostiquer une fièvre aiguë chez l'enfant et chez l'adulte
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge
- Identifier les critères de gravité d'un syndrome infectieux

Le conseil avant d'aborder la question

Question qui balaye presque toute la pathologie infectieuse: peut paraître rébarbative, voire « catalogue », mais les éléments se mettront en place progressivement, avec l'apprentissage des autres items.

Sont à connaître particulièrement bien :

- les situations où des examens complémentaires sont indiqués
 - les critères d'hospitalisation
 - les critères de gravité
-

- + On entend par fièvre aiguë une température centrale > 37,8 °C le matin ou > 38 °C le soir, depuis moins de 5 jours.
- + L'enquête diagnostique s'attache à reconnaître une de ces 3 situations :
 1. les urgences diagnostiques et/ou thérapeutiques,
 2. les fièvres avec point d'appel,
 3. les fièvres isolées.

I. RECONNAÎTRE LES SITUATIONS D'URGENCE

- Le premier réflexe est de dépister les urgences suivantes :
 - neurologiques : troubles des fonctions supérieures, syndrome méningé ;
 - hémodynamiques : hypotension artérielle (TA < 90/40 mmHg), marbrures, état de choc ;
 - digestives : péritonite ;
 - uro-génitales : pyélonéphrite en amont d'un obstacle ;
 - respiratoires : insuffisance respiratoire (FR > 25/mn, cyanose, tirage) ;
 - tropicales : notion de voyage récent en zone d'endémie palustre (cf. chapitre 19) ;
 - dermatologiques : purpura, dermo-hypodermite bactérienne nécrosante, gangrène gazeuse.



N'importe lequel de ces tableaux implique

une hospitalisation en urgence à visée diagnostique et thérapeutique.

- Une hospitalisation d'emblée peut également découler d'une indication de terrain :
 - **Immuno-déprimé**
 - Traitement immuno-suppresseur (chimiothérapie récente, corticothérapie prolongée, anti-TNF, greffe d'organe).
 - Diabète déséquilibré.
 - Splénectomie.
 - Infection VIH avec lymphocytes CD4 < 200/mm³.
 - **Pathologie chronique évoluée à risque de décompensation**
 - Insuffisance cardiaque.
 - Insuffisance respiratoire.
 - Insuffisance rénale.
 - Cirrhose.
 - **Retour d'un séjour en zone tropicale**



Marbrures.

Signe de gravité (état de choc)

II. RECHERCHER UN POINT D'APPEL PERMETTANT LE DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

A. Interrogatoire

1. Antécédents

- Vaccinations
- Corps « étranger » : prothèse de hanche, chambre implantable, pace maker, défibrillateur, prothèse valvulaire.
- Interventions chirurgicales: appendicectomie, cholecystectomie.
- Immuno-dépression: infection VIH, splénectomie, diabète, insuffisance rénale, cirrhose, transplantation, cancer.
- Maladie systémique: lupus, rhumatisme articulaire aigu, maladie périodique.
- Maladie thrombo-embolique: embolie pulmonaire, thrombophlébite.
- Maladie métabolique: goutte, chondrocalcinose.
- Maladie respiratoire: asthme, BPCO, mucoviscidose, emphysème.
- Infection sexuellement transmissible.

2. Contage

- Rapport sexuel non protégé à risque faisant évoquer :
 - l'infection VIH (incubation de la primo-infection : 4-8 semaines) ;
 - une syphilis secondaire (2 mois à 1 an après contage) ;
 - une hépatite virale B (fièvre parfois isolée à la phase pré-ictérique).

Syphilis primaire et tertiaire ne sont pas fébriles.



- Toxicomanie intra-veineuse, facteur de risque de :
 - l'infection VIH;
 - l'hépatite virale B ou C;

- endocardite (*Staphylococcus aureus*, *Candida* sp.) ;
- fièvre liée à l'injection de « poussières » pyrogènes.
- Voyage en zone tropicale (cf. chapitre 19).
- Repas suspect :
 - toxi-infection alimentaire ;
 - salmonellose (incubation 12 à 36 heures) ;
 - *Campylobacter jejuni* (incubation 1 à 3 jours) ;
 - shigellose (incubation 2 à 5 jours) ;
 - *Escherichia coli* entéro-pathogènes.



Les toxi-infections alimentaires responsables de syndromes cholériques (*Staphylococcus aureus*, principalement) ne sont pas fébriles.

- Griffure ou morsure animale :
 - pasteurellose ;
 - infection à germes anaérobies ;
 - maladie des griffes du chat.
 - Contact avec sujets potentiellement contagieux en période d'épidémie :
 - grippe (incubation 48 heures) ;
 - gastro-entérite virale
 - viroses éruptives (varicelle, rougeole)
 - scarlatine
3. Mode de vie
- Tabagisme :
 - infections respiratoires hautes ou basses ;
 - certaines complications de la maladie athéromateuse peuvent être fébriles (infarctus du myocarde, infarctus mésentérique).
 - Éthylisme (chronique ou aigu) :
 - hépatite alcoolique aiguë ;
 - abcès pulmonaire ;
 - pneumopathie d'inhalation.
4. Traitement en cours
- Immuno-suppresseurs (corticoïdes, chimiothérapies, traitement anti-rejet chez les transplantés...).
 - Antibiothérapie pouvant négativer d'éventuels prélèvements à visée bactériologique.



Tout traitement récemment instauré est suspect d'être à l'origine de la fièvre (médicamenteuse).

5. Signes associés à la fièvre

- Respiratoires:
 - toux, expectoration muco-purulente, douleurs thoraciques:
 - pneumopathie.
- ORL:
 - otalgie, otorrhée:
 - otite;
 - rhinorrhée, obstruction nasale, céphalées:
 - sinusite;
 - odynophagie, dysphagie:
 - angine.
- Digestifs:
 - diarrhée, douleur abdominale, vomissements:
 - gastro-entérite, toxi-infection alimentaire, urgence chirurgicale abdominale.
- Urinaires:
 - brûlures mictionnelles, pollakiurie, urines troubles:
 - infection urinaire fébrile (pyélonéphrite, prostatite).
- Génitaux:
 - ulcérations:
 - habituellement non fébriles, sauf en cas de primo-infection VIH ou HSV-2;
 - leucorrhées:
 - salpingite.
- Rhumatologiques:
 - mono-arthrite:
 - arthrite septique,
 - arthrite micro-cristalline (goutte, chondrocalcinose);
 - polyarthrite ou oligoarthrite:
 - hépatite virale,
 - endocardite,
 - septicémie,
 - gonococcie,
 - rubéole,
 - maladie de Still de l'adulte.

B. Examen clinique

Doivent être systématiquement relevés:

- Température, fréquence cardiaque, pression artérielle.
- Examen cardio-pulmonaire à la recherche:
 - d'un souffle cardiaque +++ :
 - si non connu antérieurement, peut évoquer une endocardite (rarement diagnostiquée à l'occasion d'une fièvre aiguë: dans ce contexte, le souffle est souvent fonctionnel, témoin de l'hyperdébit cardiaque),
 - si souffle ancien connu, recherche de modifications
 - de râles bronchiques:
 - bronchite;

- de signes localisés en foyer(s) à l'auscultation pulmonaire :
 - pneumopathie infectieuse.
- Examen ORL systématique à la recherche :
 - d'une angine ;
 - d'une otite ;
 - d'une douleur à la pression des sinus
- Examen des téguments, à la recherche d'arguments pour :
 - une virose :
 - rougeole,
 - rubéole,
 - parvovirus B19,
 - primo-infection VIH,
 - hépatite virale (urticaire à la phase pré-ictérique) ;
 - une fièvre médicamenteuse :
 - sulfamides,
 - bêta-lactamines ;
 - une allergie :
 - alimentaire,
 - produits chimiques ;
 - une maladie inflammatoire :
 - maladie de Still (urticaire fugace)
- Examen de l'abdomen, recherchant :
 - une hépatosplénomégalie :
 - paludisme,
 - mononucléose infectieuse,
 - primo-infection VIH,
 - hémopathie ;
 - une douleur provoquée de l'hypochondre droit :
 - cholécystite,
 - angiocholite,
 - hépatite,
 - syndrome de Fitz-Hugh-Curtis ;
 - une douleur provoquée de la fosse iliaque droite :
 - appendicite,
 - yersiniose,
 - maladie de Crohn ;
 - une douleur provoquée de la fosse iliaque gauche :
 - sigmoïdite.
- Examen uro-génital recherchant :
 - la présence de leucocytes et de nitrites à la bandelette urinaire (BU) ;
 - une douleur à la palpation des fosses lombaires :
 - pyélonéphrite ;
 - des leucorrhées, un écoulement urétral, des ulcérations génitales (pas toujours signalées à l'interrogatoire).
- Palpation des aires ganglionnaires afin de dépister :
 - une adénopathie localisée impliquant la recherche d'une infection dans le territoire de drainage :
 - pasteurellose,
 - maladies des griffes du chat,

- lymphogranulomatose vénérienne,
- abcès sous-cutané;
- une polyadénopathie:
 - mononucléose infectieuse,
 - primo-infection VIH,
 - syphilis secondaire,
 - rubéole,
 - toxoplasmose,
 - primo-infection à cytomégalovirus (CMV).

III. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Schématiquement, après l'examen clinique, 2 situations sont possibles:

A. Il existe un point d'appel pour un foyer infectieux

La prescription des examens complémentaires dépend du foyer infectieux supposé

- ✚ Certaines infections peuvent être traitées sans examen complémentaire chez le sujet sain, en l'absence de signe de gravité :
 - sinusite aiguë ;
 - otite aiguë ;
 - bronchite aiguë ;
 - pneumopathie aiguë.
- ✚ D'autres infections nécessitent des prélèvements avant traitement pour documentation bactériologique (adaptation secondaire de l'antibiothérapie) :
 - urinaire (contrairement aux cystites, les infections urinaires fébriles nécessitent toujours un ECBU) ;
 - articulaire ;
 - abcès profond ;
 - endocardite ;
 - pleurésie purulente.
- ✚ On réalisera alors des prélèvements locaux orientés et des hémocultures avant de débiter l'antibiothérapie.

B. Il n'existe aucun point d'appel pour un foyer infectieux

1. Examens complémentaires
 - Devant une fièvre aiguë isolée, la prescription d'examens complémentaires n'est pas systématique et dépend de :
 - la tolérance de la fièvre ;
 - le terrain sous jacent ;
 - l'intensité de la fièvre (à explorer si supérieure à 41 °C) ;
 - la situation épidémique locale (exemple : contexte d'épidémie de grippe).

Examens complémentaires de première intention (non systématiques si fièvre aiguë sans signe de gravité)

- + NFS + Plaquettes ;
- + hémocultures ;
- + ionogramme sanguin ;
- + transaminases ;
- + C Réactive Protéine (CRP) – peu de valeur pour différencier pathologies infectieuses et non-infectieuses, mais intérêt pour le suivi
- + examen cyto-bactériologique des urines (selon la BU) ;
- + radiographie thoracique (face + profil).

2. Traitement

- Il est souvent licite de temporiser :
 - en réexaminant régulièrement le patient en cas de persistance de la fièvre ou d'éléments nouveaux ;
 - en évitant le traitement antibiotique d'épreuve ;
 - sans prescrire d'antipyrétique de manière systématique afin de pouvoir surveiller l'évolution de la fièvre.

C. Fièvre aiguë d'origine non infectieuse

- Toute fièvre aiguë n'est pas synonyme d'infection et peut être le symptôme inaugural d'une pathologie :
 - thrombo-embolique :
 - thrombophlébite profonde,
 - embolie pulmonaire ;
 - d'hypersensibilité :
 - fièvre médicamenteuse,
 - vascularite ;
 - inflammatoire :
 - maladie de Still de l'adulte,
 - lupus érythémateux systémique,
 - endocrinienne :
 - hyperthyroïdie,
 - insuffisance surrénale aiguë ;
 - micro-cristalline :
 - goutte,
 - chondrocalcinose ;
 - néoplasique :
 - leucémie aiguë,
 - lymphome,
 - adénocarcinome hépatique ou rénal.
- Il est cependant très rare que les pathologies néoplasiques ou auto-immunes soient diagnostiquées dès le stade de fièvre aiguë.