

Item n° 203 : Fièvre aiguë chez l'enfant et chez l'adulte

OBJECTIFS TERMINAUX

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

INTRODUCTION

Définition

La fièvre se définit comme une élévation de la température centrale, dépassant 37,5 °C le matin et 37,8 °C le soir.

La mesure de la température doit être effectuée à distance des repas et après 20 minutes de repos.

Les valeurs obtenues par voie axillaire ou buccale sont à majorer de 0,4 à 0,6 °C pour apprécier la température centrale, en principe fournie par la température tympanique.

On parle habituellement de **fièvre aiguë récente si elle existe depuis moins de 5 jours.**

Physiopathologie

La fièvre est liée à un dérèglement hypothalamique sous l'effet de facteurs pyrogènes constitués par les agents infectieux notamment bactériens et leurs exotoxines (bactéries à Gram +) ou les endotoxines (lipopolysaccharides des bactéries à Gram -). Ces pyrogènes interagissent avec des cytokines pro-inflammatoires : interleukine 1 surtout, IL-6, IL-11 mais aussi le TNF et les interférons.

La fièvre n'est pas synonyme d'infection, même si en pratique c'est le diagnostic le plus souvent retenu. On rencontre des fièvres métaboliques, inflammatoires ou médicamenteuses.

La fièvre, indépendamment de son étiologie, est potentiellement grave pouvant se compliquer :

- chez le nourrisson et l'enfant de moins de 4 ans : de déshydratation et/ou convulsions. Chez le nourrisson, toute perte de poids supérieure ou égale à 10 % du poids impose l'hospitalisation.
- chez le sujet âgé : de déshydratation et/ou troubles du comportement.

Certaines circonstances ou terrains particuliers (femme enceinte, immunodéprimé notamment neutropénique, opéré récent, nourrisson, sujet âgé, retour de pays tropical) justifient des recherches étiologiques particulières.

I ABORD DIAGNOSTIQUE D'UNE FIÈVRE AIGÜE

1. Fièvre aiguë, situation potentiellement grave pouvant justifier une hospitalisation d'urgence

1-1. En raison de signes cliniques de gravité

- Hypotension artérielle (TA systolique < 90 mmHg), hypoxémie et acidose métabolique avec une polypnée > 24/min, oligurie (< 0,5 ml/kg/h) et troubles de la vigilance (encéphalopathie).
- Signes neurologiques : syndrome méningé, troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma, crise convulsive, déficit neurologique.

Dans ces deux cas, on recherchera un séjour récent dans un pays d'endémie palustre.

- Purpura fulminans.
- Dermohypodermite nécrosante, gangrène gazeuse.
- Colique néphrétique fébrile (pyélonéphrite sur obstacle).
- Syndrome péritonéal fébrile.

1-2. En raison d'un terrain particulier faisant redouter des complications

- Âges extrêmes de la vie : nouveau-né et nourrisson mais aussi personne âgée isolée : risque de déshydratation, de confusion.
- Immunodéprimé : neutropénie, corticothérapie au long cours, transplanté, diabétique, splénectomisé, VIH mal contrôlé, porteur de matériel prothétique.
- Pathologie chronique susceptible d'être décompensée par l'infection : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique préexistante.

2. Éléments cliniques d'orientation diagnostique

2-1. Anamnèse du patient fébrile

- Le contexte : âge, profession, mode de vie, comorbidités, état vaccinal, exposition à un risque (tropical, animal, contagion ou autres malades dans l'entourage), antécédents médicaux et chirurgicaux, traitements suivis et récemment introduits, séjours à l'étranger.
- Caractéristiques de la fièvre et symptômes associés :
 - mode de début (niveau, évolution, sueurs, myalgies, courbatures, céphalées, arthralgies), retentissement sur l'état général, symptômes ou signes d'atteinte d'un ou plusieurs organes.

2-2. Examen clinique

- Préciser l'état de la totalité du revêtement cutané, des muqueuses buccales et génitales, des dents et de la sphère ORL (tympans).
- Rechercher une hépatosplénomégalie, des adénopathies.
- Examiner tous les appareils : auscultation cardiopulmonaire, abdomen, système nerveux, système uro-génital.

3. Examens complémentaires

Certaines circonstances vont justifier la réalisation d'examens à visée diagnostique.

3-1. Examens liés à une situation urgente

- Syndrome méningé (méningite) ou coma fébrile : ponction lombaire et/ou examens neuroradiologiques
- Purpura fulminans : ponction lombaire, hémocultures (qui ne doivent cependant pas retarder le traitement antibiotique).
- Suspicion de paludisme : frottis sanguin, goutte épaisse.
- Dermohypodermite nécrosante, gangrène gazeuse : hémocultures, prélèvements locaux.
- Colique néphrétique fébrile (pyélonéphrite sur obstacle) : hémocultures, ECBU, échographie ou scanner.
- Douleurs abdominales fébriles : échographie ou scanner, avis chirurgical.

T203-1 : Principales situations d'urgence en pathologie infectieuse et leur traitement

Infections	Traitements
Purpura fulminans, état septique grave	Ceftriaxone ou céfotaxime
Paludisme	Quinine, artéméter-luméfantrine ou atovaquone-proguanil
Méningite purulente	Ceftriaxone ou céfotaxime
Méningo-encéphalite	Aciclovir et amoxicilline
Érysipèle Cellulite extensive	Pénicilline ou amoxicilline

3-2. Examens orientés sur un foyer infectieux

Examens bactériologiques nécessaires avant l'antibiothérapie : ECBU, hémocultures, examen du LCR, ponction d'abcès.

3-3. Examens liés à un terrain particulier

- Femme enceinte : hémocultures, ECBU, avis obstétrical.
- Sujet porteur d'une valvulopathie ou d'une prothèse valvulaire : hémocultures (Cf. endocardite).

3-4. Examens liés à la persistance de la fièvre

Au-delà de 2 à 5 jours de fièvre (permettant d'écartier la plupart des viroses banales) et sans orientation, on réalisera :

- hémogramme, CRP, transaminases, ECBU, radiographie thoracique
- recherche d'une cause non infectieuse : maladie thromboembolique, hémopathie, maladie inflammatoire.

II DÉFINITIONS DES ÉTATS INFECTIEUX (CF. ITEM N° 200)

1. Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS)

C'est la réponse inflammatoire systémique à certaines agressions cliniques graves (pas forcément infectieuses).

2. Sepsis

C'est un SRIS associé à une infection documentée cliniquement ou microbiologiquement. La mortalité est estimée à 10-15 %.

3. Syndrome septique grave

Sepsis associé à une altération des fonctions vitales : hypotension (l'hypotension se définit comme une TA systolique < 90 mmHg ou une réduction d'au moins 40 mmHg des chiffres tensionnels habituels en l'absence d'autres causes connues d'hypotension, médicaments hypotenseurs, choc cardiogénique, hémorragique, hypovolémique), acidose lactique, oligurie, encéphalopathie aiguë, hypoxémie inexpliquée, coagulopathie. La mortalité est estimée à 20-30 %.

4. Choc septique

Il associe sepsis et hypotension artérielle persistante malgré un remplissage vasculaire adéquat et/ou la nécessité de drogues inotropes ou vasopresseurs. La mortalité est estimée à 40-50 %.

En présence d'un sepsis grave ou d'un choc septique, l'hospitalisation en unité de réanimation est la règle.

III IDENTIFIER LES CRITÈRES DE GRAVITÉ D'UN SYNDROME INFECTIEUX

Cf. Item n°200 et Chap. 12, E. PILLY 2012.

IV TRAITEMENT D'UNE FIÈVRE AIGÜE

1. Traitement symptomatique

1-1. Traitement antipyrétique pour une fièvre mal tolérée ou supérieure à 40 °C (38,5 °C chez le nourrisson)

1-1-1. Médicaments antipyrétiques

- Paracétamol sans dépasser 4g/j chez l'adulte et 80 mg/kg/j chez l'enfant.
- Aspirine (non recommandé chez l'enfant, risque de survenue de syndrome de Reye en cas de virose).

1-1-2. Mesures physiques

- Hydratation.
- Baisse du chauffage, retrait des couvertures.

1-2. Traitement d'une crise convulsive hyperthermique chez le nourrisson et le jeune enfant de 2 à 5 ans : diazépam *per os* (solution buvable) ou par voie intra-rectale (solution injectable) à l'aide d'une canule adaptée à la seringue.

2. Antibiothérapie

- Elle n'est pas systématique : la majorité des infections, notamment chez le nourrisson et le jeune enfant, est d'origine virale.
- Elle est impérative en cas de suspicion d'infection bactérienne, d'autant plus urgente que l'état du patient est grave. Elle sera adaptée à l'étiologie suspectée ou documentée.

V FIÈVRE AIGÜE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

1. Gravité potentielle

La fièvre élevée peut, en elle-même, être cause d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Certaines pathologies infectieuses bénignes pour la mère peuvent avoir un retentissement néfaste pour l'enfant : embryopathie avec malformations lorsque l'infection survient au premier trimestre, fœtopathie avec atteintes viscérales ou retard de croissance, avortement précoce ou tardif (mort fœtale), accouchement prématuré, infection néonatale.

La fièvre survenant dans les jours précédant l'accouchement est toujours considérée comme un facteur de risque septique pour le nouveau-né.

2. Limitations de prescriptions pour certains antibiotiques

Antibiotiques autorisés pendant toute la grossesse : pénicillines, céphalosporines, macrolides (sauf clarithromycine), pristinamycine.

3. Principales infections à risque

3-1. Pyélonéphrite aiguë

Elle se rencontre dans 1 à 2 % des grossesses, au cours des 2^e et 3^e trimestres. Outre le risque de récurrence, la complication la plus fréquente est le risque d'accouchement prématuré. Le traitement repose sur une antibiothérapie initialement parentérale (C3G).

3-2. Chorioamnionite

C'est une infection de la cavité amniotique qui survient dans 1 % des grossesses :

- le plus souvent après rupture des membranes, rarement par voie hématogène transplacentaire, parfois iatrogène (cerclage, amniocentèse).

La symptomatologie associe fièvre, tachycardie maternelle, utérus douloureux à la palpation et tachycardie fœtale. Biologie : hyperleucocytose avec CRP élevée. L'échographie montre un oligo-amnios. Le liquide amniotique est fétide et l'amnioculture positive.

Le traitement repose sur l'antibiothérapie par voie générale (pas de tocolyse). La césarienne sera discutée.

3-3. Listériose

La bactériémie est favorisée par la gestation, surtout après le 5^e mois. Les risques sont : l'avortement, l'accouchement prématuré et une infection néonatale grave.

Le tableau clinique est pseudo-viral. Le diagnostic qui doit être systématiquement évoqué se fait sur les hémocultures. Le traitement repose sur l'amoxicilline.

3-4. Infections responsables d'embryofœtopathie ou de transmission verticale avec infection néonatale : rougeole, rubéole, herpès, varicelle, primo-infection à CMV, primo-infection VIH, toxoplasmose, syphilis (Cf. Item 20).

4. Conduite à tenir en cas de fièvre en cours de grossesse

4-1. En l'absence de cause infectieuse évidente, la conduite à tenir générale repose sur :

Un examen obstétrical, des prélèvements microbiologiques : ECBU, hémocultures, et selon contexte (sérologies, frottis sanguin), un traitement antipyrétique par paracétamol.

4-2. En cas de fièvre isolée ou de syndrome pseudo viral

Suspicion de listériose : débiter une antibiothérapie par amoxicilline et l'adapter secondairement.

4-3. En cas de manifestations urinaires

Suspicion de pyélonéphrite : débiter une antibiothérapie par C3G.

4-4. En cas d'éruption

Suspicion de syphilis, rubéole, varicelle, rougeole.

T203-1 : Principales causes de fièvre aiguë

1 - Infections bactériennes	2 - Infections virales	3 - Infections parasitaires	4 - Infection fongiques*
Septicémie (avec ou sans foyer) Foyer localisé broncho-pulmonaire ORL, dentaire abdominal, hépatique, biliaire, digestif, urinaire cutané, sous cutané, avec ou sans bactériémie	Virus respiratoires : <i>Myxovirus influenzae</i> ou <i>parainfluenzae</i> , VRS, coronavirus (SARS)... Virus intestinaux : norovirus, calicivirus, West-Nile... Arbovirus : dengue, chikungunya, West-Nile... Autres : adénovirus, HSV, VZV, rougeole, oreillons, bocavirus	Paludisme : à évoquer devant toute fièvre au retour d'un séjour en zone d'endémie, Autres parasitoses plus rares notamment migrations larvaires de certaines helminthoses (bilharziose)	Candidose systémique, cryptococcose (contexte d'immunodépression)

* exceptionnelles sauf chez les patients immunodéprimés