

**Item ECN.PILLY destiné à la consultation, uniquement à usage personnel et pédagogique.
Toute reproduction à usage collectif est interdite.**

L'ouvrage original couleur E.PILLY.ECN 2018 est disponible en librairie ou chez l'éditeur.

ECN.PILLY 2018

Licence d'utilisation et précautions d'usage

Le CMIT décline toute responsabilité, de quelque nature qu'elle soit, pouvant résulter d'une négligence ou d'une mauvaise utilisation de tous produits, instruments, techniques ou concepts présentés dans ce livre. Le CMIT recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics, posologies et techniques.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 11 mars 1957, art. 40 et 41 et Code pénal, art. 425).

Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de la copie - CFC, 20, rue des Grands Augustins, 75006 Paris, France.

© Copyright 2018. ALINÉA Plus – CMIT

La loi du 11 mars 1957 interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

Dépôt légal - ISBN ALINÉA Plus : 978-2-916641-67-6

ECN.PILLY 2018 - 5^e édition

Maladies infectieuses et tropicales - Préparation ECN - Tous les items d'infectiologie
210 x 270 mm - quadrichromie - 324 pages - ISBN : 978-2-916641-67-6
40,00 € TTC

Editions ALINÉA Plus - 8, rue Froidevaux - 75014 Paris
email : alineaplus@alineaplus.fr

Ouvrages du CMIT chez le même éditeur :

E.PILLY 2018 - 26^e édition

Maladies infectieuses et tropicales
210 x 270 mm - quadrichromie - 720 pages - ISBN : 978-2-916641-66-9
58,00 € TTC

ePOPI (www.epopi.fr) : guide numérique de traitement des maladies infectieuses et tropicales - référence pour une bonne pratique médicale. Site Web et application smartphone et tablette (ios et android) sur abonnement.

ePOPI Etudiant - Préparation iECN : Maladies infectieuses et tropicales : Site internet d'entraînement et d'évaluation iECN (sur abonnement) : Dossiers cliniques progressifs (DP), questions isolées (QI) et Lectures critiques d'articles (LCA) en Infectiologie. En Préparation (disponibilité prévue en 2018).

Objectifs

- Connaître les principales causes d'une fièvre prolongée.
- Savoir développer l'enquête étiologique.

Points importants

- Température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ($38,3^{\circ}\text{C}$ le soir) + durée ≥ 3 semaines.
- L'interrogatoire et l'examen physique, si besoin répétés, sont les deux étapes clés du diagnostic étiologique.
- La stratégie de prise en charge d'un patient atteint d'une fièvre prolongée doit être méthodique et persévérante. Elle s'appuie sur les données cliniques et l'usage raisonné des examens paracliniques.
- 10 % des fièvres prolongées restent sans étiologie identifiée, et nécessitent alors la surveillance du patient.

1 Bases pour comprendre

1. Définitions

- Fièvre et fièvre aiguë : Cf. item UE6-144
- Fièvre prolongée ou persistante : évolution > 20 jours.
- Fièvres récidivantes (ou récurrentes) : les épisodes fébriles surviennent de façon répétée, espacés d'intervalles libres sans fièvre allant de quelques jours à plusieurs mois.

Conditions de prise de la température : idéalement à distance des repas et après 20 minutes de repos. Les voies axillaire ou buccale sont habituellement utilisées : la température mesurée doit être majorée de $0,5^{\circ}\text{C}$ pour obtenir la température centrale. La voie tympanique peut être mise en défaut en cas d'obstruction du conduit auditif externe (bouchon de cérumen). En cas de fièvre prolongée il est indispensable que la température corporelle soit bien prise.

2 Étiologies

Trois grands groupes dominent les étiologies : les infections, les cancers et hémopathies, les maladies inflammatoires chroniques.

1. Infections (40 % des étiologies)

▪ Infections bactériennes

- Endocardites infectieuses +++
- Tuberculose +++
- Foyers suppurés et infections d'organes creux +++ : fièvre souvent récidivante. Sont à rechercher des foyers dentaires, sinusiens, urinaires (obstacles, malformations, matériel, lithiases), digestifs (sigmoïdite, cholécystite...), infections de prothèse articulaire.
- Bactéries intracellulaires : fièvre Q, brucellose, maladie de Whipple, mycobactéries non tuberculeuses (immunodéprimés), syphilis.

▪ Infections virales

- VIH
- EBV et CMV

▪ Infections fongiques

- Candidoses systémiques (surtout si : immunodéprimés, cathéters centraux, malades de réanimation)
- Cryptococcose, histoplasmosse, aspergillose invasive (surtout immunodéprimés, notamment hémopathie maligne)

▪ Infections parasitaires

- Autochtones : Toxoplasmose, leishmaniose viscérale (Sud de la France)
- Tropicales : Amébose hépatique, paludisme (fièvre récurrente si *P. ovale* ou *P. vivax*), leishmaniose viscérale



Notes

2. Affections malignes (20 à 30 % des cas)

- Cancers solides (rein, ovaire, foie, estomac, pancréas, colon, thyroïde)
- Lymphomes, leucémies aiguës

3. Maladies inflammatoires systémiques et fièvres d'origine inflammatoire (10 % des cas)

- Maladie de Horton : cause de fièvre d'origine inflammatoire la plus fréquente au-delà de 60 ans
- Lupus érythémateux disséminé (femme jeune), périartérite noueuse (arthromyalgies, multinévrite), maladie de Still (polynucléose, hyperferritinémie), maladie périodique, syndrome d'hyper-IgD
- Arthropathies microcristallines (goutte, chondrocalcinose) : atteintes le plus souvent polyarticulaires symptomatiques, fièvre récidivante
- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

4. Causes médicamenteuses

La fièvre survient en général entre 7 et 28 jours après l'introduction d'un nouveau traitement, mais peut survenir jusqu'à 6 mois après l'introduction du médicament. Tous les aspects de courbe thermique sont possibles, du fébricule à la fièvre hectique, élevée, d'allure infectieuse. Une hyperéosinophilie n'est présente que dans 20 % des cas. Les médicaments principalement en cause sont :

- Antibiotiques
- Anti-épileptiques
- Anti-arythmiques...

Il s'agit le plus souvent d'un diagnostic d'élimination. La normalisation de la courbe thermique après interruption du traitement suspecté confirme le diagnostic.

Il existe une forme particulière, le DRESS syndrome (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), particulièrement grave et imposant un diagnostic rapide pour interrompre le médicament en cause, sous peine d'une évolution possible vers la défaillance multiviscérale et le décès. Le DRESS syndrome régresse en général en plusieurs semaines après l'arrêt du médicament incriminé.

5. Endocrinopathies (hyperthyroïdie)**6. Maladie thrombo-embolique****7. Hématome profond**

Surtout en contexte d'anticoagulation.

8. Fièvres factices**■ Thermopathomimie**

La prise de température est falsifiée (bénéfices secondaires : adolescents, adultes souvent proches du milieu médical). La prise de température sous contrôle d'un soignant peut être mal vécue. Une prise de température sur urines venant d'être émises peut permettre de mettre en évidence les discordances.

■ Syndrome de Münchhausen

Contexte psychiatrique souvent difficile à percevoir chez un(e) patient(e) qui s'injecte le plus souvent des substances très diverses provoquant notamment des supurations itératives. La flore bactérienne souvent polymorphe attire l'attention (par opposition aux furonculoses et abcès cutanés multiples liés à *S. aureus*).

9. Dysrégulation thermique autonome

Femme jeune le plus souvent, dont la température ne dépasse pas 38°C, avec examen clinique normal, état général conservé, et absence complète de syndrome inflammatoire biologique. Ce décalage thermique, noté volontiers à l'effort, succède souvent à une virose banale. L'évolution est bénigne et ne nécessite pas d'investigations supplémentaires.

3 Enquête étiologique

C'est une étape essentielle. La diversité des causes possibles impose un interrogatoire et un examen physique particulièrement méthodiques et exhaustifs : le moindre petit signe peut avoir son importance.

1. Interrogatoire

On évalue le contexte :

- immunodépression
- antécédents personnels : cancers, notion d'infections à répétition (notamment ORL, bronchopulmonaires ou cutanées) pouvant orienter vers un déficit immunitaire, antécédents chirurgicaux, implantation de matériaux étrangers (ostéosynthèse, prothèses articulaires ou valvulaires)
- antécédents familiaux : cancers, déficits immunitaires, maladies auto-immunes
- les prises médicamenteuses et la chronologie d'introduction des traitements
- les gestes dentaires, les procédures médicales invasives éventuelles
- profession ou activités de loisir : exposition aux animaux ou à leurs excréments (oiseaux, chauve-souris), aux eaux usées, milieu de soins (exposition à la tuberculose)
- notion de contagé, notamment tuberculeux, y compris ancien
- antécédents de séjour en zone tropicale
- prise de toxiques
- pratiques sexuelles (partenaires multiples ou occasionnels)

2. On apprécie les caractéristiques de la fièvre (courbe thermique ou relevé précis) :

- Date de début
- Mode de début : brutal après un événement particulier, ou insidieux
- Le caractère récurrent éventuel (voir causes habituelles dans le tableau TUE7-186-1)

- Traitements déjà suivis (antibiotiques, anti-inflammatoires) et leur efficacité

TUE7-186-1 : Principales causes de fièvre récurrente

Infection canalaire : pyélonéphrite, infection des voies biliaires, infection intestinale (diverticulite, sigmoïdite)

Foyer infectieux profond : dents, sinus, abcès intra-abdominal

Infection sur matériel étranger : cathéter ou chambre implantable, matériel d'ostéosynthèse, prothèse articulaire ou valvulaire

Paludisme, borréliose à *Borrelia recurrentis*

On évalue le **retentissement sur l'état général**, et on interroge le patient sur les **signes associés** (le moindre symptôme peut avoir son importance, et le médecin doit interroger **explicitement** le patient sur l'existence ou non de ces signes, appareil par appareil).

3. Examen physique

En l'absence de signes fonctionnels orientant directement le diagnostic, l'examen physique doit être particulièrement rigoureux et complet (téguments, muqueuses...). Notamment, la recherche d'adénopathie(s) et/ou de masse palpable est primordiale.

4. Examens complémentaires

En l'absence de point d'appel évident, on procède habituellement en plusieurs étapes (tableaux TUE7-186-2 et TUE7-186-3).

Le bilan de 1^{ère} intention peut être réalisé par le médecin généraliste (TUE7-186-2).

En l'absence d'étiologie identifiée, un avis spécialisé rapide est indispensable. Un bilan de 2^{ème} intention sera alors programmé (TUE7-186-3).

TUE7-187-2 : Bilan de première intention en l'absence de point d'appel évident

Biologie non microbiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Numération, formule sanguine, numération plaquettaire • Ionogramme sanguin • Calcémie • Urémie, créatininémie • Bilan hépatique • Bandelette urinaire (sang, leucocytes, nitrites, protéinurie) • Electrophorèse des protéines plasmatiques • TSH • CPK, LDH • CRP
Examens microbiologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Hémocultures répétées (en précisant qu'on suspecte une endocardite, pour bénéficier de cultures prolongées sur milieux spéciaux) • Sérologies : VIH, EBV, CMV, toxoplasmose
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> • Radiographie pulmonaire • Panoramique dentaire • Echographie abdominale (recherche de masse suspecte, d'adénopathies profondes)

TUE7-186-3 : Examens de deuxième intention si toujours aucune orientation après la 1^{ère} ligne d'investigations

Biologie non microbiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Dosages d'anticorps : anticorps anti-nucléaires, ANCA
Examens microbiologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Crachats ou tubages gastriques à la recherche de BAAR • Sérologies plus larges selon l'anamnèse (<i>Legionella</i>, <i>Coxiella burnetii</i>, <i>Bartonella</i>, ...)
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> • Echographie cardiaque, écho-doppler veineux, scanner thoraco-abdomino-pelvien, voire un TEP-scan
Biopsies tissulaires	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsie ostéomédullaire avec myéloculture, • Biopsie d'artère temporale si > 60 ans

La moindre piste conduira à la demande d'examens plus ciblés. Dans un certain nombre de cas (environ 10 %), et malgré un bilan le plus exhaustif possible, la fièvre peut rester inexpliquée et justifie alors une surveillance régulière par un spécialiste.

Pour en savoir plus

- Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Ed, 2011, Chapter 16 : "Fever and Hyperthermia".

Notes

Notes

Alinéa Plus - CMTT

