

ITEM 147**Fièvre aiguë chez l'enfant et l'adulte****Connaissances pour la validation du 2^e cycle
des études médicales**

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Définition et mesure de la fièvre chez l'enfant et chez l'adulte
A	Identifier une urgence	Identifier les situations d'urgence devant une fièvre aiguë chez l'adulte et chez l'enfant
A	Diagnostic positif	Conduire le diagnostic étiologique devant une fièvre chez l'enfant et chez l'adulte
A	Examens complémentaires	Connaître les examens complémentaires de 1 ^{ère} intention (biologie et imagerie) d'imagerie utiles pour le diagnostic devant une fièvre aiguë de l'enfant et de l'adulte en fonction de l'orientation clinique
A	Prise en charge	Connaître les indications d'antibiothérapie urgente devant une fièvre sans diagnostic précis
A	Prise en charge	Prise en charge symptomatique d'une fièvre de l'enfant et de l'adulte
B	Éléments physiopathologiques	Connaître les mécanismes physiopathologiques de la régulation thermique
B	Prise en charge	Conduite à tenir devant une fièvre aiguë chez l'enfant de moins de 28 jours

Pour la partie pédiatrie, consulter le référentiel du Collège de Pédiatrie

Points importants

- Authentifier la fièvre.
- Mettre en place les précautions complémentaires d'hygiène si une contagiosité est suspectée.
- Repérer les signes de gravité, les terrains (immunodépression) et les étiologies qui nécessitent un traitement anti-infectieux en urgence.
- En l'absence de signes de gravité, de terrain à risque ou et de signes d'orientation étiologique : attendre (surveiller l'évolution) !
- **4 problèmes à résoudre en pratique devant une fièvre aiguë :**
 - identifier les critères nécessitant la mise en place de précautions complémentaires d'hygiène,
 - savoir reconnaître les indications d'hospitalisation : connaissance des signes de gravité,
 - chercher l'étiologie : examen clinique soigneux à la recherche d'un foyer,
 - décider si une antibiothérapie empirique et/ou des examens complémentaires sont nécessaires.

1 Bases pour comprendre

1. DÉFINITIONS

Fièvre : Hausse de la température centrale au-dessus des variations normales circadiennes. La définition n'est pas consensuelle. La température centrale considérée comme normale est $\leq 37,5^{\circ}\text{C}$ le matin et $\leq 37,8^{\circ}\text{C}$ le soir. Il existe en effet des variations physiologiques en lien avec l'âge, le sexe, le rythme nyctéméral et l'activité physique. La fièvre désigne classiquement une température corporelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$ le matin ($38,3^{\circ}\text{C}$ le soir). Le terme « fébricule », imprécis, désigne habituellement une température $> 37,5^{\circ}\text{C}$ et $< 38^{\circ}\text{C}$.

Conditions de prise de la température : idéalement à distance des repas et après 20 minutes de repos. La prise rectale n'est plus utilisée (risque d'ulcération thermométrique). 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).

Il s'agit d'un symptôme. Différentes étiologies sont possibles (infections en premier lieu et loin devant les autres causes pour les fièvres aiguës, mais aussi maladies inflammatoires, thromboses, néoplasies surtout pour les fièvres prolongées...)

Fièvre aiguë : on désigne ainsi les fièvres de moins de 5 jours. Les étiologies sont le plus souvent infectieuses.

Fièvre prolongée : fièvre évoluant depuis > 20 jours ; les infections représentent moins de 50 % des étiologies.

- Il est important d'authentifier la fièvre
- Une fièvre n'est pas synonyme d'infection
- Une infection ne donne pas toujours de fièvre
 - Certaines infections :
 - Toxi-infections, amœbose colique
 - Certains terrains :
 - Sujet âgé, immunodéprimé
- Certaines infections peuvent être associées à une hypothermie (bactériémies à bactéries Gram négatif)

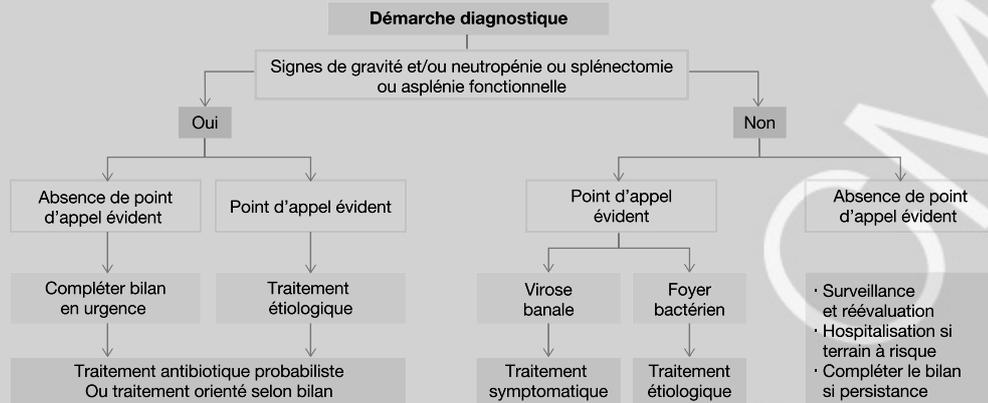
2. PHYSIOPATHOLOGIE

La fièvre est le reflet de la réponse hypothalamique (centre de la thermorégulation) à l'agression tissulaire. Elle apparaît en réponse à des substances pyrogènes exogènes microbiennes et endogènes (cytokines, etc...).

Dans le cas d'une fièvre d'origine infectieuse, aucune relation n'a été établie entre l'importance de la fièvre et la gravité de l'infection en cause.

A

F-147-1 : Démarche diagnostique et stratégie thérapeutique en cas de fièvre aiguë



A

2 Évaluation de la contagiosité

- Tout patient avec une fièvre aiguë est contagieux jusqu'à preuve du contraire.
- La présence de signes respiratoires ou méningés ou d'un purpura fébrile doivent motiver des précautions complémentaires Gouttelettes ou Air (chambre seule, masque chirurgical au patient) avant de continuer l'évaluation du patient.

A

3 Démarche diagnostique (F-147-1)

1. REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ ET/OU LES TERRAINS À RISQUE DE COMPLICATION

Signes cliniques de gravité

Ce sont les signes de sepsis (signes d'hypoperfusion tissulaire plus ou moins compensée dans un contexte d'infection suspectée ou documentée) :

- **signes neurologiques** : angoisse, agitation, confusion, troubles du comportement, prostration, coma,
- **signes cardiovasculaires** : TA systolique ≤ 100 mm Hg,
- **signes cutanés** : purpura, extrémités froides et cyanosées, marbrures,
- **signes respiratoires** : polypnée ≥ 22 /min, tirage, balancement thoraco-abdominal, polypnée superficielle, $\text{SaO}_2 < 90\%$,
- **signes rénaux** : oligurie $< 0,5$ mL/kg/h, anurie.

Un score d'évaluation rapide permet de repérer rapidement les patients septiques qui ont un mauvais pronostic et nécessiteraient un transfert en unité de soins intensifs, le quickSOFA (qSOFA). Selon ce score, un patient septique est à risque d'évolution péjorative si au moins 2 des signes parmi les 3 suivants sont présents :

- pression artérielle systolique ≤ 100 mm Hg ;
- rythme respiratoire ≥ 22 /min ;
- altération aiguë des fonctions supérieures ;

Un qSOFA ≥ 2 doit faire :

- prendre des mesures de monitoring de la tension artérielle,
- faire prélever des gaz du sang artériel et des lactates,
- contacter un réanimateur pour avis.

Terrain à risque d'infection grave et/ou d'évolution défavorable

Femme enceinte : risque de souffrance voire de mort fœtale, de fausse couche spontanée, d'accouchement prématuré.

Immunodépression :

- neutropénie fébrile, agammaglobulinémie et splénectomie de moins de 2 ans exposent à des risques d'évolution rapidement fatale d'infection bactérienne et nécessitent un traitement antibiotique immédiat en cas de fièvre ;
- d'autres immunodépressions exposent également à des infections graves et nécessitent une grande vigilance mais les infections bactériennes sont alors moins fulgurantes permettant souvent la réalisation d'investigations avant d'initier un traitement anti-infectieux :
 - autres déficits de l'immunité humorale (myélome, drépanocytose),
 - déficits de l'immunité cellulaire : infection VIH avec $\text{CD4} \leq 200/\text{mm}^3$, lymphopénie T,
 - traitements immunosuppresseurs, corticothérapie prolongée, biothérapies,
 - cirrhose.

Comorbidités à risque de complications :

- diabète mal équilibré,
- insuffisance cardiaque, coronaropathie,
- insuffisance respiratoire,
- insuffisance rénale chronique,
- patients âgés dépendants et/ou polypathologiques,
- cirrhose.

Pourquoi la fièvre peut décompenser une comorbidité :*Retentissement neurologique de la fièvre*

- Troubles du comportement.
- Convulsions.
- Délire.
- Coma.

Déshydratation

Chaque degré au-dessus de 37°C augmente les pertes hydriques de 400 mL/j.

Décompensation d'une comorbidité sous-jacente (insuffisance cardio-respiratoire...)

Chaque degré au-dessus de 37°C augmente la fréquence respiratoire et la fréquence cardiaque de 10 battements/min.

La fièvre et les frissons majorent les besoins en oxygène. Une fièvre aiguë, surtout si elle est associée à une dyspnée (pneumonie, sepsis) est un facteur déclenchant de syndrome coronaire aigu chez un patient avec une coronaropathie sous-jacente connue ou non connue (diabétique).

2. EXAMEN CLINIQUE

La recherche étiologique nécessite un **interrogatoire rigoureux** et un **examen physique complet** si l'origine de la fièvre n'apparaît pas de manière évidente.

Anamnèse

- **Voyage récent** notamment en zone d'endémie palustre.
- Notion de contagé.
- État vaccinal.
- Profession (exposition aux animaux, aux eaux usées)
- Loisirs : baignades en eau douce (leptospirose), exposition aux tiques.
- Matériel prothétique valvulaire, vasculaire ou articulaire
- Cathéter vasculaire.
- Contexte post-opératoire, soins dentaires, procédures invasives (urologiques, pose d'un matériel étranger, infiltrations etc.).
- Traitements médicamenteux en cours, et leur effet sur la fièvre (antibiotiques, anti-inflammatoires éventuellement pris).
- Prise de risques (sexuels, toxicomanies etc.).

Examen physique

- Authentifier la fièvre en la mesurant dans des conditions adéquates.
- **Neurologique** : syndrome méningé, céphalées, signes de localisation.
- **Ophthalmologique** : conjonctivite, purpura conjonctival, ictère.
- **ORL** : rhinorrhée, angine, douleur à la pression des sinus maxillaires/frontaux, examen des tympans.
- **Pulmonaire** : signes fonctionnels (toux, dyspnée, expectoration), auscultation, percussion, palpation.
- **Cardiaque** : recherche d'un souffle, d'un frottement.
- **Abdominal** : diarrhée, signe de Murphy, défense, contracture, splénomégalie, hépatomégalie.
- **Urinaire** : signes fonctionnels (brûlures mictionnelles), douleur à la percussion des fosses lombaires, douleur prostatique au toucher rectal, bandelette urinaire.
- **Génital** : leucorrhées, douleur à la mobilisation des annexes, douleur ou augmentation de volume d'un testicule.
- **Peau** : purpura, éruption, érysipèle, escarre d'inoculation, plaie d'allure infectée, cicatrices (caractère inflammatoire ou purulent).
- **Aires ganglionnaires**
- **Ostéo-articulaire** : impotence fonctionnelle, épan-

chement, point douloureux rachidien, plaie du pied chez le diabétique.

- **Présence de matériel étranger** : sonde urinaire, cathéter veineux central ou périphérique, pace-maker, dérivation ventriculaire...

L'examen doit être rigoureux et répété, notamment chez la personne âgée où l'examen clinique est souvent pauvre et difficile et où les pièges sont fréquents (râles pulmonaires notamment dans les bases liés à la position allongée prolongée, bactériurie asymptomatique, mauvaise tolérance neurologique de la fièvre).

3. ORIENTATION ÉTIOLOGIQUE SELON LE TERRAIN

Femme enceinte

- La pyélonéphrite est recherchée systématiquement surtout au 3^e trimestre.
- La recherche d'une infection annexielle ou de formes trompeuses d'infections abdominales justifie l'examen gynécologique.
- La listériose est très rare mais recherchée par les hémocultures devant un tableau pseudo-grippal.
- Les notions de contagé de toxoplasmose ou de rubéole ainsi que la vaccination contre cette dernière maladie sont recherchées.

Sujet âgé

Les pièges sont nombreux. La symptomatologie est souvent atypique, paucisymptomatique, dominée par des manifestations neurologiques (état confusionnel, chute). La fièvre peut être absente. Les urines sont fréquemment colonisées. Les infections pulmonaires, urinaires et digestives dominent chez ces patients.

Prothèse valvulaire

Les hémocultures sont systématiques avant toute antibiothérapie pour rechercher une endocardite infectieuse.

Antécédents chirurgicaux récents

La recherche d'une infection du site opératoire est systématique.

Diabète

Le diabète, surtout mal équilibré, expose particulièrement aux infections à *Staphylococcus aureus* (rechercher une porte d'entrée cutanée, notamment une plaie de pied) et aux infections du site opératoire.

Cirrhose

Les infections bactériennes représentent 1/4 des décès chez ces patients. Les infections invasives à *Streptococcus pneumoniae* sont fréquentes. Une infection du liquide d'ascite doit être évoquée.

Dialyse

Les bactériémies à *Staphylococcus aureus* (ou autres), volontiers résistants à la méticilline, sont fréquentes.

Toxicomanie intraveineuse

Les staphylocoques prédominent, mais les infections à *Pseudomonas aeruginosa* et à *Candida sp.* sont également possibles.

Immunodépression

- **Déficit de l'immunité humorale** : hypogammaglobulinémie, splénectomie, asplénie fonctionnelle (myélome, drépanocytose). Les bactéries encapsulées sont particulièrement fréquentes et responsables d'infections sévères (*Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*).
- **VIH** : en-dessous de 200 lymphocytes CD4/mm³ (ou 15 %), une infection opportuniste doit être systématiquement recherchée. Au-dessus de ce seuil, les infections bactériennes, notamment à *Streptococcus pneumoniae*, dominent.
- **Neutropénie de courte durée** : les infections sont liées aux entérobactéries, et aux cocci Gram positif (staphylocoques, streptocoques, entérocoques).
- **Neutropénie de longue durée** : aux agents infectieux cités ci-dessus s'ajoutent *Pseudomonas aeruginosa* et certaines infections fongiques (*Candida*, *Aspergillus*).

Retour d'une zone d'endémie palustre

Toute fièvre au retour des tropiques est un paludisme jusqu'à preuve du contraire et impose la réalisation d'un test diagnostique (frottis/goutte épaisse ou autre).

4. INDICATIONS D'HOSPITALISATION

- **Signes de gravité.**
- **Terrain à risque** : femme enceinte, décompensation de comorbidités, immunodépression.
- **Difficultés de prise orale des antibiotiques (troubles de déglutition, vomissements...).**
- **Absence d'amélioration lors de la réévaluation à 48-72 h d'une antibiothérapie de première intention.**
- **Isolement social, difficultés d'observance prévisibles (SDF, éthylisme chronique...).**

5. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Examens complémentaires de première intention devant une fièvre persistant plus de 72 h sans étiologie évidente :

Dans les 3 premiers jours, si le bilan clinique est négatif (ni éléments de gravité ni terrain à risque ni orientation étiologique), il faut revoir le patient 48 heures plus tard si la fièvre persiste. Il n'y a, en l'absence de foyer infectieux, pas d'indication d'antibiothérapie. Les antibiotiques ne sont pas un test diagnostique.

Entre J3 et J5, la probabilité d'une virose simple est moins élevée ; si le bilan clinique reste négatif, certains examens complémentaires doivent être pratiqués pour orienter le bilan étiologique :

- numération globulaire avec formule leucocytaire et dosage de la CRP ont une valeur d'orientation ;
- ces 2 examens peuvent être utilement complétés :
 - pour orientation et évaluation du retentissement : Ionogramme sanguin, urée, créatininémie, bilan hépatique, bandelette urinaire,
 - en présence de signes de gravité : TP, fibrinogène, gazométrie artérielle avec lactatémie,
 - hémocultures et autres prélèvements à visée microbiologique avant antibiothérapie,
 - radiographie pulmonaire de face, idéalement debout.

NB : Les dosages de CRP (et plus encore de la procalcitonine) n'ont aucun intérêt lorsque le diagnostic est évident ; par contre, ils peuvent aider à différencier les étiologies virales des étiologies bactériennes dans certaines situations (méningite de l'enfant p. ex.). Leur spécificité est imparfaite. Ces biomarqueurs doivent s'intégrer dans la démarche diagnostique mais n'ont pas de valeur pris isolément.

Examens complémentaires guidés par la situation :

- Recherche de paludisme si retour d'une zone d'endémie palustre
- Ponction lombaire si syndrome méningé, ou trouble neurologique aigu fébrile
- Examens d'imagerie orientés par les points d'appel clinico-biologiques, la gravité, le terrain (scanner, échographie...).

Situations où les examens complémentaires ne sont pas indiqués :

- Fièvre aiguë isolée, bien tolérée, chez un sujet jeune sans comorbidité, sans foyer bactérien évident, ne revenant pas d'une zone d'endémie palustre (se méfier toutefois de la primo-infection VIH).
- Infection bactérienne localisée évidente cliniquement, non compliquée, accessible à une antibiothérapie probabiliste (otite, sinusite, angine streptococcique, érysipèle...).
- Tableau viral évident, bénin, bien toléré (viroses saisonnières, fièvres éruptives infantiles, bronchite aiguë...).

6. SYNTHÈSE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Les étiologies des fièvres aiguës sont dominées par les viroses communes (grippe...) et les foyers bactériens aigus (pneumonies, pyélonéphrites, cholécystites...). La synthèse diagnostique et thérapeutique est résumée dans la Figure F-147-1.

Au terme d'une démarche diagnostique rigoureuse, on peut dégager les situations suivantes :

Point d'appel infectieux évident

Traitement adapté selon l'étiologie. La prise en charge se fait en ambulatoire ou en hospitalisation selon la gravité, le risque de complication, le terrain, la voie d'administration du traitement, et la nécessité d'une surveillance. **Réévaluation dans tous les cas à 48-72 heures**, notamment en cas de traitement ambulatoire (en cas d'infection bénigne sur terrain simple, il peut s'agir simplement de consignes données au patient pour recontacter le médecin si non-amélioration des symptômes et/ou aggravation).

Absence de point d'appel évident

Absence de signes de gravité

Chez un enfant, un adolescent ou un adulte jeune, une fièvre isolée bien tolérée traduit le plus souvent une virose isolée (sans infection bactérienne associée). Elle guérit spontanément en moins d'une semaine. En cas de doute, une réévaluation à 48-72 heures sera nécessaire. Dans les formes plus symptomatiques

et en l'absence de diagnostic étiologique viral évident, on s'aidera des examens complémentaires de 1^{re} intention.

En cas de terrain à risque (immunodépression, grossesse, comorbidité), une surveillance rapprochée est le plus souvent nécessaire en hospitalisation. En cas de neutropénie fébrile, une antibiothérapie probabiliste est administrée après réalisation en urgence des prélèvements bactériologiques.

Présence de signes de gravité

Les étiologies les plus fréquentes de sepsis sont d'origine pulmonaire, urinaire, et abdominale. **La présence de signes de gravité sans point d'appel évident impose donc, outre la réalisation des examens de 1^{re} intention, un scanner thoraco-abdomino-pelvien en urgence, une fois le patient stabilisé, et après avoir débuté une antibiothérapie probabiliste et un remplissage vasculaire.**

Étiologies non infectieuses

Syndromes d'hyperthermie

L'hyperthermie correspond à une hausse de la température corporelle au-dessus du point d'équilibre hypothalamique, liée à une libération insuffisante de la chaleur.

Les étiologies en cause sont :

- coup de chaleur : exercice physique dans des conditions de température élevée ;
- personne âgée dépendante et polymédiquée en période de canicule ;
- causes médicamenteuses : syndrome malin des neuroleptiques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), antiparkinsoniens ;
- endocrinopathies (exceptionnellement) : thyrotoxicose, phéochromocytome.

Autres causes de fièvre non infectieuse

Ces causes non infectieuses peuvent mimer en tout point un sepsis, y compris grave.

- Contexte lésionnel :
 - chirurgie majeure, polytraumatisme ;
 - hématome volumineux ;
 - hémorragie méningée ;
 - pancréatite aiguë...
- Accident thrombo-embolique
- Contexte inflammatoire
 - Lupus en poussée, maladie de Still.
 - Syndrome catastrophique des antiphospholipides.
 - *DRESS syndrome*, érythrodermie...
- Contexte néoplasique
 - Nécrose tumorale, cancer multimétastatique.
 - Hémopathie maligne aiguë...

- Lorsqu'un antipyrétique est indiqué, il vaut mieux l'administrer de manière systématique et régulière, afin d'éviter les rebonds de fièvre.

- **Paracétamol** : 15 mg/kg 4 fois par jour chez l'enfant, maximum 1 gramme X 4/j chez l'adulte *per os* chaque fois que c'est possible. Contre-indiqué en cas d'hépatite aiguë ou d'insuffisance hépatique.
- **Aspirine et anti-inflammatoires non recommandés** (risque de syndrome de Reye en cas de virose chez l'enfant, **risque de complication loco-régionale ou systémique grave en cas de foyer bactérien**).

2. LUTTE CONTRE LA DÉSHYDRATATION

C'est une mesure essentielle.

- Boissons abondantes et variées, sucrées et salées.

5 Indications d'antibiothérapie urgente devant une fièvre sans diagnostic précis

A

Une antibiothérapie urgente probabiliste est indiquée même sans orientation étiologique franche :

- en présence de signes cliniques de gravité (sepsis),
- en cas de fièvre chez un patient neutropénique < 500/mm³ ou asplénique.
- en cas de suspicion d'infection grave (ex : purpura fulminans : antibiothérapie au domicile avant tout prélèvement).

Dans les autres situations, l'urgence est de faire un diagnostic (le plus rapidement possible dans certaines situations, par exemple en cas de suspicion clinique de méningite purulente) qui conditionnera ensuite éventuellement la prescription d'une antibiothérapie.

Pour en savoir plus

- Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) : Principes généraux et prescription des antibiotiques en 1^{er} recours. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf
- Plan national de lutte contre l'antibiorésistance 2022-2025. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2022-2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibiorésistance.pdf

A

4 Traitement symptomatique

1. INDICATIONS DES ANTIPYRÉTIQUES

- **Pas d'antipyrétiques en systématique.**
- Antipyrétiques si fièvre **mal tolérée**, ou sur un **terrain** particulier : insuffisants cardiaques, insuffisants respiratoires, sujets âgés (risque de mauvaise tolérance)