



Item144-Fièvre aiguë chez l'enfant et l'adulte.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer la cause. Conduire le diagnostic étiologique d'une fièvre aiguë. - Connaître les indications et les modalités du traitement symptomatique d'une fièvre aiguë. - Identifier les situations d'urgence et celles imposant l'hospitalisation d'un patient fébrile.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopiés nationaux > Pilly 2012 > Pédiatrie	- T > 37.5°C / en rectal ou auriculaire - Fièvre aiguë: < 5J / prolongée: > 3S - Inf. / tumoral / infl. / vasc. / endoc. - SdG: terrain / C° / étiologie / sepsis - Ex. physique: retentissement / foyer - Fièvre sans foyer ni SdG: bilan à J3 - Fièvre persistante: traitement / foyer / autre - Poids / BU / ORL / défense / ADP - N < 3M: PL / hémoC / PCT / ECBU - Paracétamol: 60mg/kg/24h 4x PO - MA: découvrir / pièce à 19°C / eau - Education parents / carnet de santé	- Fièvre au retour = paludisme - Causes non infectieuses (4) - Recherche de signes de gravité - Notion de voyage récent < 3M - Recherche d'une porte d'entrée - Cs de contrôle si persistance J3 - Purpura / Sd méningé / TRC - Fièvre < 3M / CCH < 1an = PL - Purpura fébrile: C3G IV / REA

A. FIÈVRE CHEZ L'ADULTE

Généralités

Définitions

- Fièvre = élévation de la température centrale sous l'action de pyrogènes (HT)
- Donc par définition devrait être sensible aux anti-pyrétiques (≠ hyperthermie)
- Durée: elle est dite aiguë si fièvre < **5 jours** / prolongée si fièvre > **3 semaines**

Température normale

- Température normale: 37°C le matin / 37.5°C le soir (!! variabilité < 1° normale)
- Facteurs de variabilité: digestion / activité physique / 2ème partie de cycle (femme)

Modalités de prise de la température

- **Référence:** thermomètre électronique par voie rectale
- **En pratique:** thermomètre infra-rouge par voie auriculaire
- **!! Non fiable:** thermomètre buccal ou axillaire (sous-estimation)

Etiologies

Etiologies à évoquer devant une fièvre aiguë

- **Causes infectieuses**
 - **Virales (!! 1ère cause de fièvre)**

- Bénin +++ : bronchite / rhinopharyngite / angine / diarrhée
- Parfois grave: méningo-encéphalite herpétique / myocardite..
- Bactériennes
 - Respiratoire: pneumopathie (50%)
 - Digestif: appendicite, biliaire, colite, etc. (25%)
 - Urinaire: pyélonéphrite (5%)
 - Cutané: érysipèle / cellulite
- Parasitaires
 - Paludisme devant toute fièvre au retour de voyage (A savoir !)
- Fongiques
 - si ID seulement: aspergillose invasive / candidose systémique
- Causes non infectieuses (A savoir !)
- Vasculaires: thrombo-emboliques / infarctus (IDM / mésentérique..)
- Inflammatoires: poussée de lupus / MICI / PR / MAT, etc.
- latrogène: allergie ++ / syndrome malin des neuroleptiques..
- Autres: paranéoplasique / hyperthyroïdie..

Etiologies à évoquer devant une fièvre prolongée (> 3S)

- Infectieuses (45%)
 - Bactériennes: tuberculose / endocardite / abcès / sinusite
 - Virales: VIH (autres: EBV / hépatites / CMV)
 - Parasitaires: toxoplasmose
- Tumorales (20%)
 - Hémopathies: leucémie / lymphome / Maladie de Hodgkin
 - Tumeurs solides: hépatiques / paranéoplasique (rein)
- Inflammatoires (15%)
 - Vasculites: Horton chez le vieux / Kawasaki chez l'enfant
 - Connectivites: LED / polyarthrite rhumatoïde / maladie de Still
 - Granulomatose: sarcoïdose
- Autres causes
 - Thrombo-embolique: phlébite / embolie pulmonaire
 - Endocrinologiques: hyperthyroïdie
 - latrogène: prise médicamenteuse +++

Diagnostic

Diagnostic positif

- Fièvre = T > 37.5°C (le matin) ou > 37.8°C (le soir)
- Anamnèse: fièvre aiguë si < 5J / prolongée si > 3S
- En pratique: T ≤ 38° = fébricule / T ≥ 39° = fièvre élevée

Evaluation de la gravité (4) (A savoir !)

- Gravité liée au terrain
 - Tare chronique sous-jacente / décompensation (ICC / BPCO / IHC / IRC)
 - Immuno-dépression (cf Fièvre chez un patient immunodéprimé) / grossesse / enfant / personne âgée
- Gravité liée à l'étiologie de la fièvre
 - Endocardite (souffle) / péritonite (contracture)
 - Syndrome méningé / purpura fulminans, etc.
- Gravité liée au retentissement de la fièvre elle-même
 - Déshydratation (DEC) ++ : tachycardie / hypoTA / soif / pli cutané / langue
 - Syndrome confusionnel: désorientation / conscience / agitation / fluctuation
- Gravité liée à un sepsis potentiel associé +++ (cf Septicémie/Bactériémie/Fongémie de l'adulte et de l'enfant.)
 - Rechercher un syndrome de réponse inflammatoire systémique
 - SRIS si ≥ 2 critères parmi:
 - Température: T > 38.3°C ou T < 36°C
 - Fréquence cardiaque: FC > 90/min
 - Fréquence respiratoire: FR > 20/min ou PaCO2 < 32mmHg
 - Leucocytose: GB > 12 000/mm3 ou < 4000/mm3 (ou immatures > 10%)
 - Remarque: on parlera de « sepsis » si
 - SRIS + infection « cliniquement ou microbiologiquement documentée »
 - En pratique: sepsis = critères de SRIS + hémocultures ou foyer infectieux
 - Rechercher un sepsis grave: ≥ 1 dysfonction d'organe
 - HypoTA avant remplissage (PAS < 90mmHg ou PAM < 65mmHg)
 - Hypoxie tissulaire: lactates > 2 mmol/L (hypoxie tissulaire)

- Rein: oligurie (< 0.5mL/kg/h) ou créatininémie > 177 µM
- Poumon: PaO2 < 60mmHg ou SpO2 < 90% ou PaO2/FiO2 < 300
- Neurologique: troubles de la conscience = Glasgow < 14
- Hépatique: INR > 4 ou bilirubinémie > 34µM
- Hématologique: TP < 50% / P < 100 000/mm3
- Rechercher un choc septique
 - = sepsis grave avec hypoTA persistante malgré remplissage bien mené
 - En pratique: oligurie / marbrures / FC > 120/min / TRC ↑ / cyanose, etc.

Orientation étiologique

- Interrogatoire
 - Terrain: atcd médico-chirurgicaux / calendrier vaccinal ++
 - Prises: anti-pyrétiques déjà pris / traitement pyrogène connu / toxique
 - Anamnèse: **voyage** dans les 3M (**A savoir !**) / notion de contagio-épidémie
 - Caractériser la fièvre: aiguë ou prolongée / cyclique (palu) / frissons
 - Rechercher des signes associés +++
 - digestifs: transit / douleur abdominale / vomissements
 - respiratoires: douleur thoracique / toux / dyspnée
 - urinaires: pollakiurie / brûlures mictionnelles / dysurie
 - neurologiques: signes focaux / HTIC / diplopie
- Examen physique
 - Rechercher minutieuse d'un **foyer** et d'une **porte d'entrée** (**A savoir !**)
 - Pulmonaire: crépitants / matité / dyspnée / tirage..
 - Digestif: défense / contracture / TR / ascite / ictère
 - Urinaire: bandelette urinaire systématique / SFU
 - Cutané: érythème / oedème / porte d'entrée (intertrigo ++)
 - Cardiaque: souffle (endocardite)
 - ORL: examen pharyngé (abaisse-langue) / otoscopie / sinus
 - Aires ganglionnaires: recherche une ADP superficielle
- Examens complémentaires
 - AUCUN n'est systématique +++
 - Devant une fièvre sans signe de gravité et sans foyer: CAT = **attendre**
 - Si persistance de la fièvre à J3: NFS-CRP / ECBU / RTx +/- hémocultures

Traitement

Traitement d'une fièvre sans signe de gravité et sans foyer

- → suspicion de fièvre d'origine virale +++
- Prise en charge: ambulatoire
- Traitement antipyrétique: paracétamol 1g x3-4/j PO (éviter AINS)
- Réhydratation: 1.5 à 2L d'eau PO / si sueurs ++
- Surveillance: consultation de contrôle si persistance de la fièvre à J3 (**A savoir !**)

Traitement d'une fièvre avec signe de gravité ou foyer identifié

- → suspicion de fièvre d'origine bactérienne +++
- Prise en charge: hospitalière / REA si sepsis sévère
- Traitement symptomatique: paracétamol IV / remplissage si sepsis sévère
- Traitement étiologique: ABT après identification du foyer / hémocultures (**A savoir !**)
- Surveillance: fièvre / SRIS / constantes / NFS-CRP +/- hémocultures

Etiologies à évoquer devant une fièvre persistante sous ABT (12) +++

- Causes liées au traitement
 - Défaut d'observance (si ambulatoire +++)
 - ABT non adaptée au germe (erreur de spectre)
 - Voie non adaptée au foyer (erreur de diffusion)
 - Posologie insuffisante / interaction médicamenteuse (inducteur)
- Causes liées au foyer
 - Germe résistant
 - Foyer secondaire à distance (EI)
 - Porte d'entrée non traitée (!)
 - Foyer profond (abcès) / non accessible (os, cérébral..)
 - Infection nosocomiale (IU / pneumopathie / ILC) / surinfection
- Fièvre non infectieuse
 - Cause thrombo-embolique (phlébite)
 - Allergie à l'antibiotique

- Fièvre inflammatoire ou néoplasique

B. FIÈVRE CHEZ L'ENFANT

Généralités

Définitions

- **Fièvre**: température > 38°C / aiguë si < 5J / prolongée si > 3 semaines
- **Hyperthermie**: point d'équilibre thermique non modifié par HT antérieur (≠ fièvre)

Prise de la température chez nourrisson et enfant

- Méthode de référence = thermomètre électronique par voie **rectale**

Infections à rechercher chez tout enfant fébrile +++ (A savoir !)

- **Infections bactériennes**
 - Méningite → [syndrome méningé / purpura] = PL
 - Otite moyenne aiguë (OMA) → [otoscopie bilatérale]
 - Pyélonéphrite (PNA) → [BU / douleur lombaire] = ECBU
 - Pneumopathie (PAC) → [crépitations / polypnée] = RTx
- **Infections virales**
 - Bronchiolite → [sibilants + freinage] / aucun
 - Rhinopharyngite → [examen oropharyngé] / aucun
 - Gastro-entérite aiguë → [transit / déshydratation] / aucun

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: **âge** de l'enfant / **cahier de santé** / vaccins / mode de garde
 - **Prise**: médicamenteuse / efficacité et posologie / prise alimentaire
 - **Anamnèse**: notion de contagion / voyage récent (< 3M)
 - **Signes fonctionnels**
 - **Caractériser la fièvre**: aiguë ou prolongée / cyclique
 - **Rechercher des signes associés +++**
 - Frissons / sueurs / amaigrissement / asthénie
 - Dyspnée / transit - vomissements / douleurs
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes**: température / PA-FC / FR-SpO2 / **poids**
 - **Rechercher des signes de gravité (A savoir !)**
 - **AEG**: !! état général chez l'enfant: « souriant / grognon / **geignard**»
 - **déshydratation**: perte de poids / pli cutané / fontanelle déprimée (**A savoir !**)
 - **hémodynamiques**: **TRC** ≥ 3s / FC ↑ / marbrures / oligurie / collapsus (tardif)
 - **neurologiques**: hypotonie / troubles de la **conscience** / **purpura** extensif +++
 - **respiratoires**: **polypnée** / signes de lutte / cyanose / apnée
 - **Rechercher un foyer infectieux**
 - **Neuro-méningé**: **syndrome méningé** (!! hypotonie chez nourrisson)
 - **ORL**: inspection oro-pharyngée / **otoscopie** bilatérale
 - **Respiratoire**: auscultation: **crépitations** / dyspnée
 - **Abdominal**: palpation: douleur / **défense**
 - **Uro-néphro**: douleur lombaire / **BU** systématique
 - **Cutané**: inspection exhaustive: éruption / pupura
 - **Ostéo-articulaire**: palpation des **métaphyses** / mobilisations
 - **!! Remarque**: **NPO de rechercher un syndrome tumoral**
 - Recherche **ADP** (>1cm) / hépatosplénomégalie

Examens complémentaires

- **Nourrisson < 3 mois = bilan systématique**
 - **Hémocultures** indispensables (**A savoir !**)
 - **Ponction lombaire** systématique (**A savoir !**)
 - NFS-CRP-procalcitonine
 - ECBU / Radiographie thorax
 - Prélèvement local selon clinique
- **Nourrisson > 3 mois = bilan non systématique**

- Si fièvre bien tolérée avec point d'appel évident
 - Typiquement: [GEA / OMA / rhinopharyngite] non compliqués
 - → AUCUN examen paraclinique n'est systématique
- Si mauvaise tolérance ou AEG (« enfant grognon ») ou fièvre > 48h
 - NFS-CRP / procalcitonine / hémocultures
 - ECBU / Radio thorax / prélèvement local
 - PL si point d'appel neuro (hypotonie, conscience)
- !! **Devant tout nourrisson « geignard » = PL en urgence (A savoir !)**

Traitement

Mise en condition

- **Nourrisson < 1 mois**: hospitalisation systématique de principe
- **Nourrisson < 3 mois**: bilan systématique et hospitalisation « facile » selon tolérance
- **Nourrisson > 3 mois**: bilan et hospitalisation selon la clinique seulement

Traitement symptomatique +++

- **Mesures physiques**
 - **Découvrir** l'enfant (sans dénuder)
 - **Hydrater**: Apports fréquents (+/- SRO)
 - Température de la pièce à 19°C
- **Traitement antipyrétique médicamenteux**
 - **Objectif** = confort de l'enfant +++
 - **En 1ère intention: monothérapie par paracétamol (A savoir !)**
 - Privilégier voie orale (**PO**) à voie rectale
 - Posologie: **15mg/kg/6h** (soit 60mg/kg/J en 4 prises)
 - **Systématique** pendant **48H** puis si fièvre après
 - **AINS à discuter: indications limitées +++**
 - Seulement si fièvre mal tolérée résistante au paracétamol après 24h
 - Ibuprofène (Advil®) **10mg/kg/8h** (soit 30mg/kg/J en 3 prises)
 - **!! CI**: déshydratation +++ (IRA: **A savoir !**) / infection cutanée / pathologie rénale
 - **!! Remarque**: aspirine contre-indiqué en pédiatrie (sauf Kawasaki): cf Reye

Traitement des complications

- Si **déshydratation**: réhydratation par SRO 1 sachet dans 200ml (cf **Diarrhée aiguë et déshydratation chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte.**)
- Si **sepsis sévère**: réanimation / remplissage **20mL/kg/20min** +/- NAd (cf **État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique (voir item 154), cardiogénique, anaphylactique.**)

Traitement étiologique

- **!! NPO**: antibiothérapie si infection bactérienne
- Devant un purpura fébrile: C3G en IV en extrême urgence (**A savoir !**)

Mesures associées

- **Education des parents +++**: signes d'alarme (raideur, pupura, somnolence...)
- **Carnet de santé**: à annoter / date et nature de l'épisode infectieux

Surveillance

- **Clinique: consultation à J2-J3** systématique si traitement ambulatoire (**A savoir !**)

Synthèse pour questions fermées

La présence d'une hypotension est-elle nécessaire pour porter le diagnostic de sepsis sévère ?

- Non Sepsis sévère = sepsis + défaillance d'organe

Un sepsis associé à une confusion est un sepsis sévère, même si il n'y a pas d'hypotension