

C.A.T DEVANT UNE FIÈVRE PROLONGÉE

DR RABEH
SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES
CHU ORAN

Objectifs

- Reconnaître les types de fièvre.
- Savoir établir et analyser une courbe de température.
- Éléments essentiels à l'anamnèse.
- Éléments essentiels à l'examen clinique
- Quels bilans demander.
- Attitude thérapeutique à adapter.
-

DEFENITION

- T° centrale > à 38° le matin ou 38.3° le soir
- Indice de surveillance.
- Motif fréquent de consultation.
- Hyperthermie pathologique due au dérèglement du centre hypothalamique régulateur de la T° sous l'action de pyrogènes
- On distingue: fièvre aiguë <05 j
fièvre sub-aiguë >5j mais <20 j
fièvre prolongée >20 j

N.B :

- La fièvre n'est pas toujours synonyme d'infection (inflammation, néoplasie, troubles endocriniens)
- Certaines infections ne s'accompagnent pas de fièvre (choléra, tétanos).

MESURE :

- Patient au repos (de plus d'un $\frac{1}{4}$ d'heure).
- En dehors des repas.
- Prise au niveau :

- ▣ Intra-rectal
- ▣ Auriculaire
- ▣ Buccale
- ▣ Axillaire
- ▣ Frontale



CONSEQUENCES

- . \uparrow du métabolisme cellulaire \Rightarrow \uparrow débit cardiaque (\uparrow FC) .
- . Hyper catabolisme protidique \Rightarrow amaigrissement .
- . Déperdition hydrique \Rightarrow DSH_ oligurie \Rightarrow IRA.
- . Convulsion (adulte $> 41^{\circ}$).

Etude de la courbe thermique

Cette courbe thermique va être établie en reportant, sur la feuille de température, la température du matin et du soir et mieux, si cela est possible, toutes les 3 heures. La courbe thermique peut prendre l'un des aspects évocateurs suivants :

a) Fièvre continue ou en plateau :

elle est à 40° avec une faible rémission de $0,5^{\circ}$ le matin, se voit dans la fièvre typhoïde, les septicémies, le paludisme de primo-invasion.

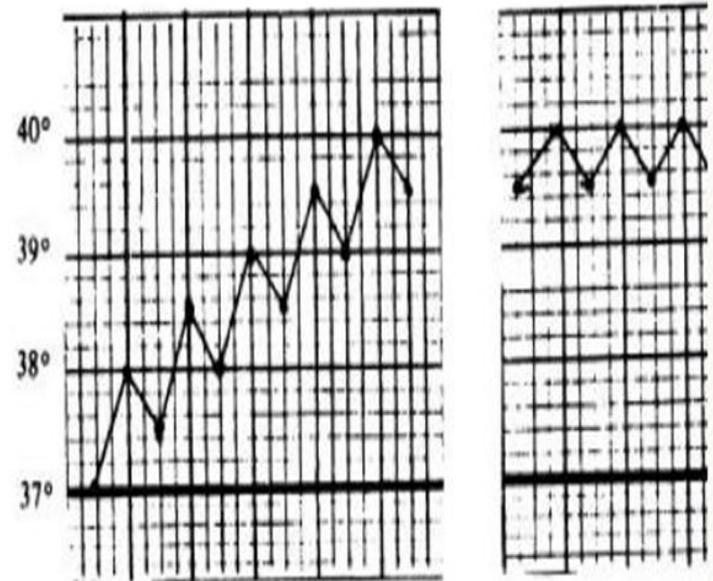
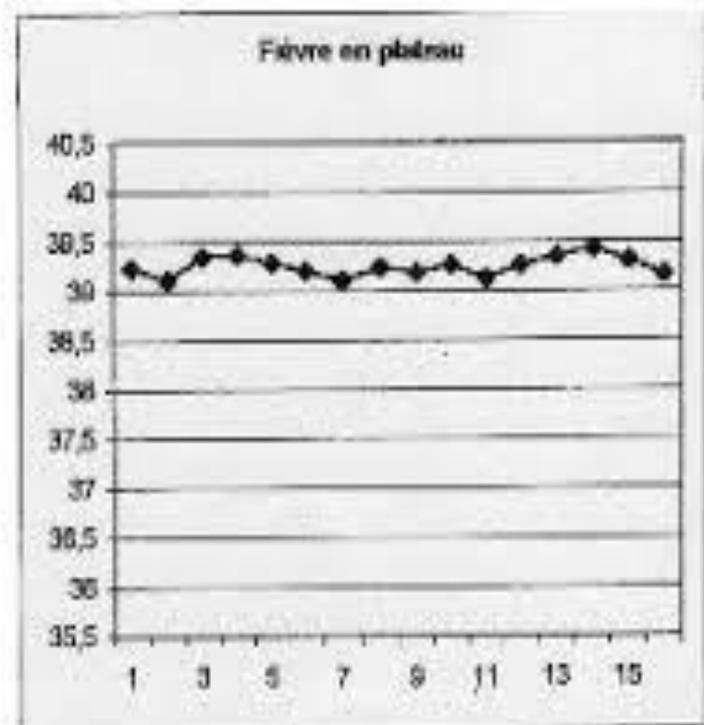


Fig3. Ascension progressive de la fièvre Fig4. - Fièvre en plateau

- ▣ **b) Fièvre rémittente quotidienne** : la température du matin est sub-normale, elle s'élève à 39° ou 40° le soir, se voit dans les suppurations profondes

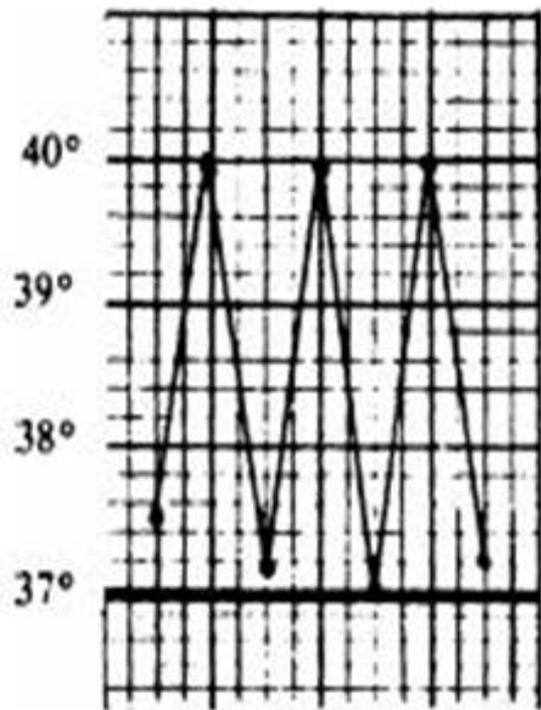


FIG. 5. — *Fièvre rémittente.*

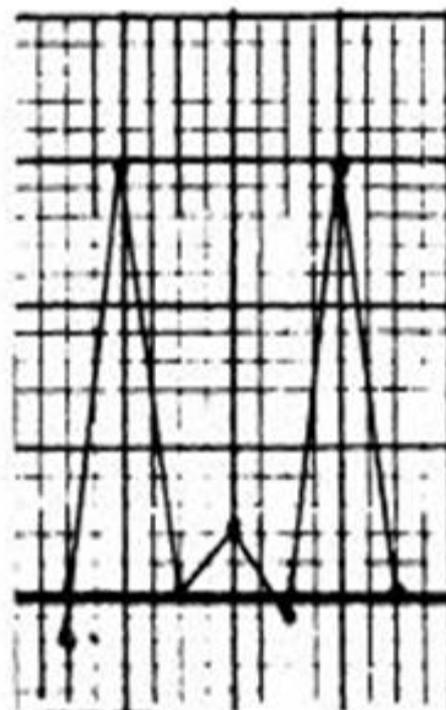


FIG. 6-1. *Fièvre tierce.*

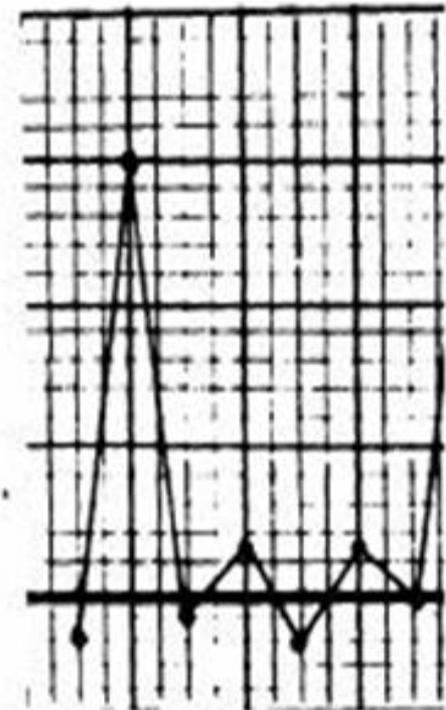


FIG. 6-2. — *Fièvre*

- ▣ **c) Fièvre intermittente** : accès de fièvre séparés par des intervalles d'apyrexie totale régulièrement espacés.

1° C'est l'accès palustre qui évolue en 3 phases :

frisson – chaleur (élévation thermique)

– sueurs; il réalise soit une fièvre de type tierce (1 accès fébrile le 1er, le 3e, le 5e jour...)

soit une fièvre de type quarte (1 accès fébrile le 1er, le 4e, le 7e jour...)

- ▣ 2° L'accès pseudo-palustre : accès de fièvre séparés par des intervalles d'apyrexie irrégulièrement espacés (cholécystite).



d) Fièvre ondulante : il s'agit de poussées thermiques à début et fin progressives en alternant avec des rémissions thermiques complètes; évoluant sur des semaines ou des mois (maladie de Hodgkin, Brucellose)

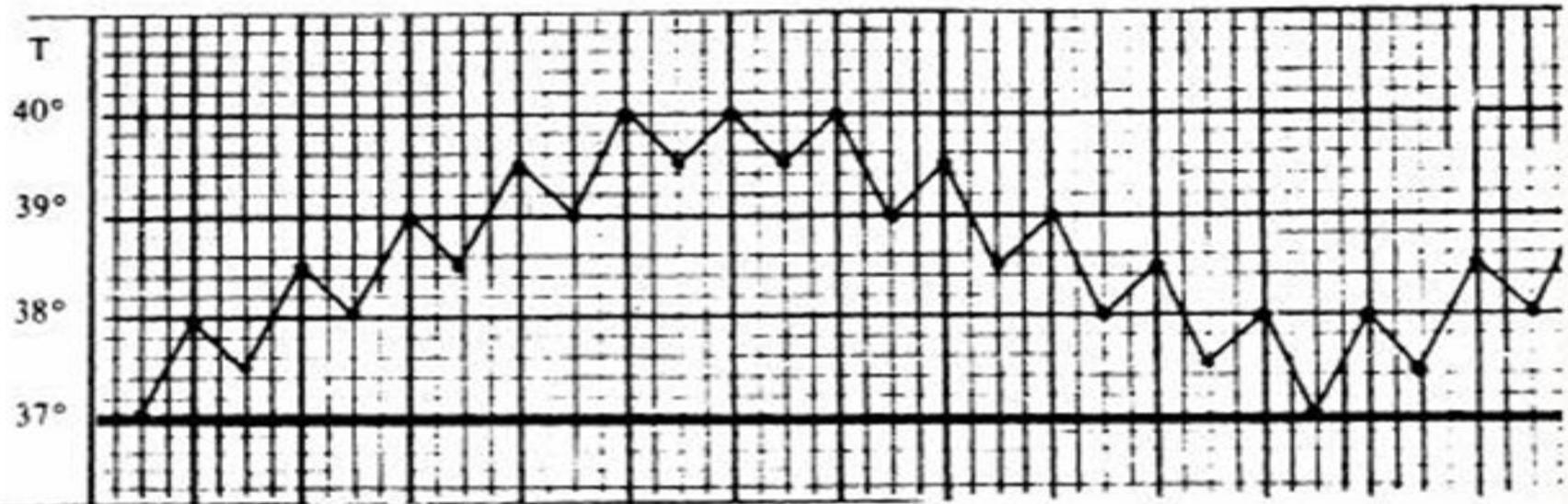


FIG. 7. — Fièvre ondulante.

- ▣ **e) Fébricule** : il s'agit d'un décalage thermique aux environs de 38° (tuberculose – hyperthyroïdie)

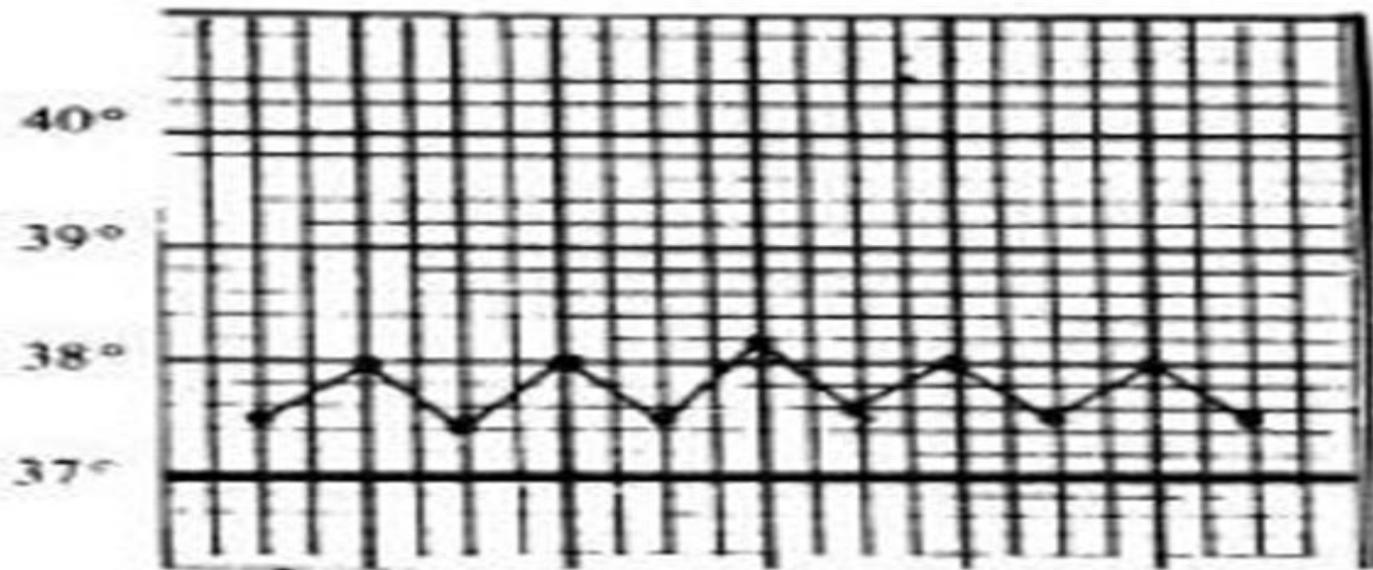
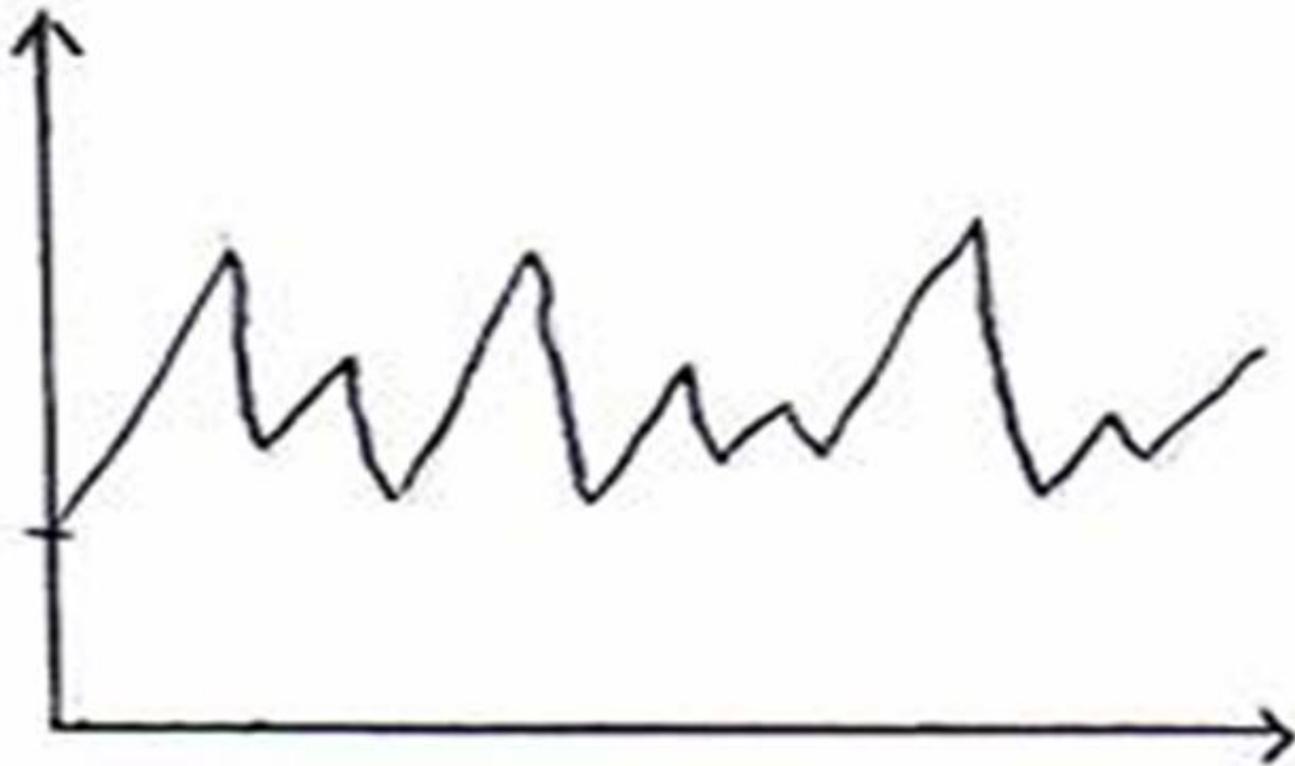


Fig8. — Fébricule.

f) Fièvre désarticulée ou fièvre hectique :

est une fièvre prolongée à grandes oscillations, sans rythme.



LES ETIOLOGIES D' UNE FIEVRE PROLONGEE

I-Causes INFECTIEUSE:

A-BACTERIENNE:

- Tuberculose
- endocardite bactérienne -Fièvre Typhoïde
- Fièvre Q, Brucellose, maladie de Lyme
- Maladie de Whipple
- Foyer infectieux profond: prostatite, osseux, ORL ,, , dentaire
- Fièvre « canalaire » :urine, voies biliaires...

B-VIRALES :

- Hépatites virales
- Infection Persistante à EBV
- Primo-infection à CMV.
- VIH

C-PARASITAIRES:

- paludisme, leishmaniose viscérale, amoebose hépatique.
toxoplasmose.

D-FONGIQUES:

- candidose, cryptococcose, histoplasmoses dans leurs formes systémiques chez l'immunodéprimé.

2- Causes non infectieuses

- ▣ **Tumorales :**
 - **Hémopathies** : leucémie / lymphome / Hodgkin
 - **Tumeurs solides** : foie / paranéoplasique (rein)
- ▣ **Vasculaires : thrombo-phlébites...**
- ▣ **Inflammatoires :**
 - **Vascularites** : Kawasaki / Horton
 - **Connectivites** (LED, PR, maladie de Still)
 - **Granulomatoses** (sarcoïdose)
- ▣ **Iatrogène** : prise médicamenteuse
- ▣ **Hyperthyroïdie**

II/ C.A.T PRATIQUE :

1-INTERROGATOIRE:

- ▣ a) La première étape vise à connaître le terrain, le mode de vie et les antécédents
 - âge,
 - origine ethnique et séjours dans le pays d'origine- profession (profession de santé, manipulations de toxiques)
 - environnement : animaux (maladie des griffes du chat, psittacose) , activités de loisirs (maladie de Lyme, leptospirose) , habitudes alimentaires (fruits de mer : salmonellose, fromage : listériose)
 - voyages à l'étranger (paludisme)
 - toxicomanies (VIH, hépatites) - contages (BK, vénériens) , notion de cas semblables dans l'entourage
 - transfusions (VIH, hépatites) , vaccinations (BCG, hépatite B)

- ▣ - antécédents personnels médicaux : maladie cardiaque (valvulaire) , respiratoire (tuberculose) , diabète, cirrhose, tumeur, accidents thrombo-emboliques.

Antécédents gynécologiques

- antécédents chirurgicaux et gestes invasifs : matériel prothétique en place, suites opératoires-antécédents familiaux (tuberculose, maladies auto-immunes)
- traitements prescrits, automédication Cette première étape permet de dégager des facteurs de gravité : terrain fragilisé (complications propres, infections favorisées) , pathologie sous-jacente (décompensée)

- ▣ - enfant < 3ans (convulsions hyperthermiques, déshydratation) ,
- vieillard (déshydratation, multiples pathologies) -
- grossesse (accouchement prématuré, infection urinaire) -
- immunodéprimé : VIH, corticothérapie, greffe (infection communautaire grave ou infection opportuniste)
- cancer, hémopathie
- diabète, cirrhose.

- ▣ b) L'interrogatoire précise ensuite les caractéristiques de la fièvre
 - le mode d'installation
 - l'intensité- l'évolution
- ▣ c) Enfin, il recherche des manifestations associées - non spécifiques. Frissons, sueurs (banales au décours d'un accès de fièvre, mais des sueurs profuses essentiellement nocturnes orientent vers un lymphome ou une tuberculose), asthénie, anorexie, amaigrissement .

2- EXAMEN PHYSIQUE :

.chiffrer la T° et apprécier sa tolérance :

* T°>40 ➡ souvent mal tolérée .

* T°>42 ➡ souvent le malade est
 inconscient.

. Etablir une courbe thermique(+++).

. Examen APP/APP minutieux et complet à la
 recherche de signes de souffrance viscérale.

3- Examens paracliniques:

- **HMC:** au moment des pics fébriles ou des frissons, valeur étiologique absolue
- **NFS:**
 - . *hyperleucocytose* à PNN: bactériémie, suppuration profonde, hémopathie.
 - . *leucopénie*: FT, brucellose, lupus.
 - . *mononucléose*: infection à CMV, VIH.
 - . *pancytopénie*: LED, LV, TBC médullaire.
- **VS, CRP.**
- **frottis, goutte épaisse:** paludisme

- IDR à la tuberculine
- Sérologie de WIDAL, WRIGHT
- Radiographie du thorax
- Échographie abdominopelvienne
- Recherche de BK
- Bilan thyroïdien
- Sérologie VIH, HB, HC
- Ponction et biopsie médullaire: corps de leishmanie, envahissement néoplasique
- Échocoeur transthoracique et trans-oesophagienne: végétation ou valvulopathie

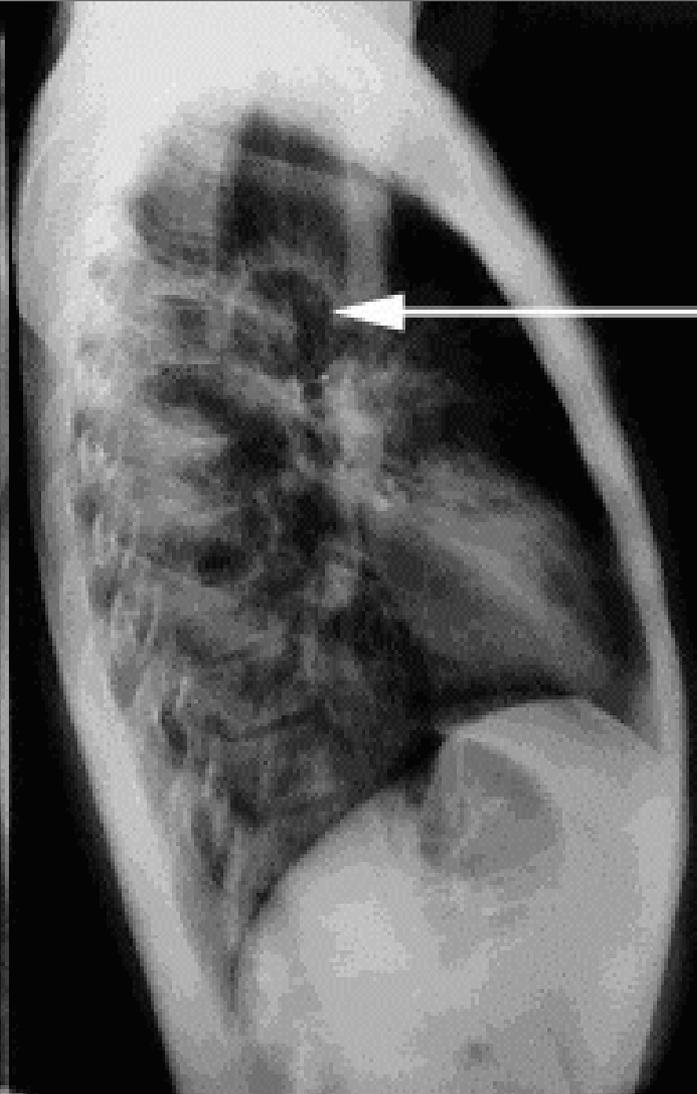
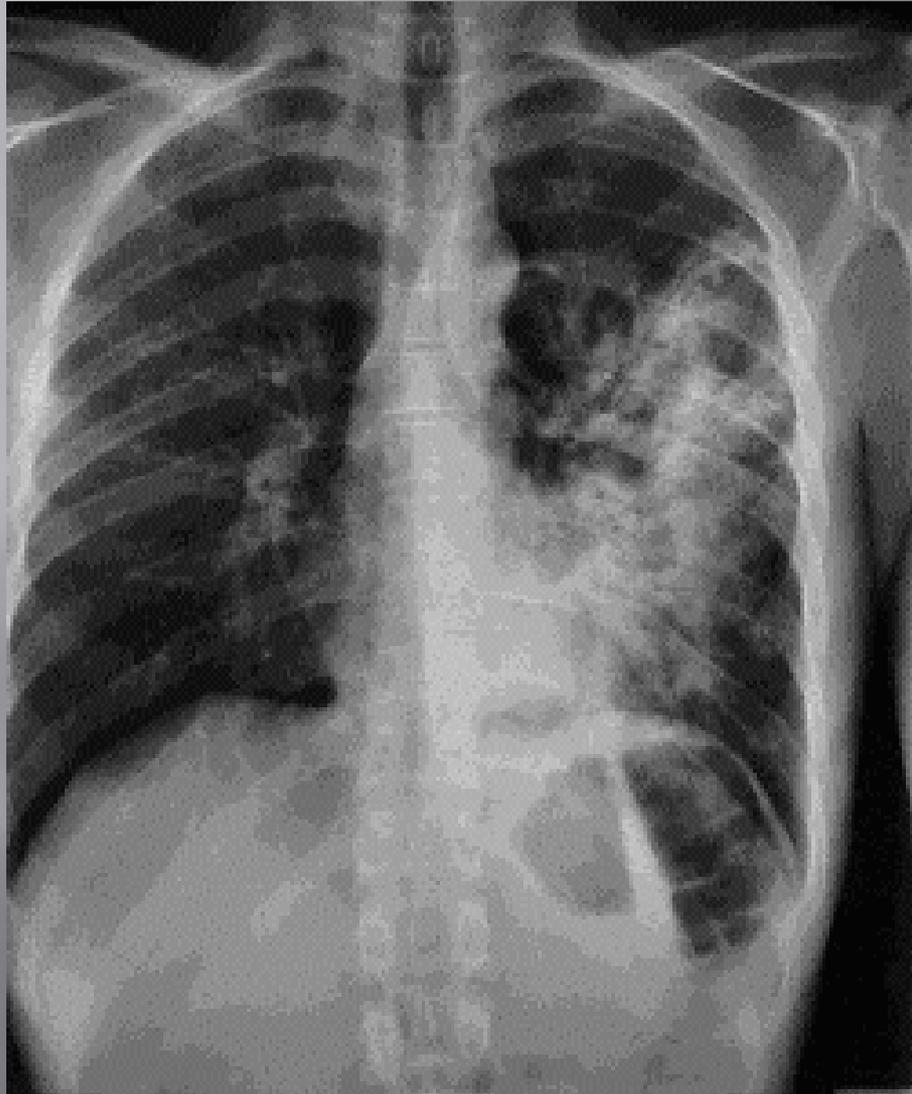
III/ABORD DIAGNOSTIQUE :

CAUSES INFECTIEUSES : 40 % des cas .

BACTERIENNES :

1- Tuberculose :

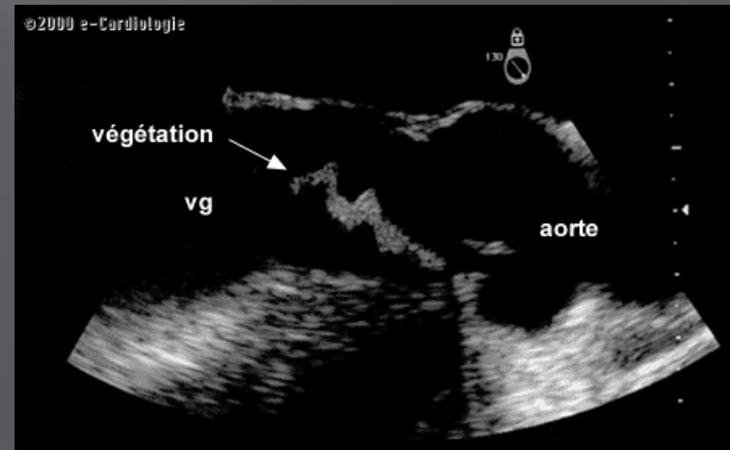
- ▣ Infection bactérienne sévit dans un mode endémique en Algérie
- ▣ Due au *mycobactérie tuberculosis* ou *bacille de Kock*
- ▣ Maladie à déclaration obligatoire
- ▣ Clinique : tbc pulmonaire et extra pulmonaire
- ▣ Le dc : par isolement du germe au niveau crachat liquide de ponction, LCR ,urine



Caverne

2- Endocardite infectieuse :

- ▣ C'est une urgence diagnostic et thérapeutique
- ▣ C'est une inflammation de l'endocarde (l'appareil valvulaire)
- ▣ Le germe le plus svt incrimine est streptocoque
- ▣ Clinique : fièvre prolonge, asthénie, faux panaris
- ▣ Le dc : se fait par l'isolement du germe par hémoculture et echocoeur (végétation)



3- Fièvre typhoïde :

- ▣ Toxiinfection à point de départ lymphatique
- ▣ Due au salmonella typhi et paratyphi A,B,C
- ▣ Elle sévit dans un mode endémique
- ▣ Le réservoir :est humain représente par les porteurs sains
- ▣ La transmission : est orofecale (eau et aliment souille)
- ▣ C'est une maladie à déclaration obligatoire
- ▣ Clinique : caractérise par 3 septénaire
- ▣ Le dc : par HMC ,coproculture et sérologie de Widal et Felix (à partir du 8^e jours)
- ▣ Traitement : Bactrim pendant 21 jours

4- Fièvre Q

- ▣ Infection bactérienne due a une bactérie intracellulaire *Coxiella burnetti* très résistante et virulente
- ▣ Le réservoir : est le bétail ovins et caprins
- ▣ La transmission : par voie aérienne inhalation ou digestif
- ▣ Clinique : syndrome grippal , pneumopathie interstitielle , hépatite
- ▣ Le diagnostic : se fait par HMC ou sérologie
- ▣ Le traitement : doxycycline pendant 3 semaines

5- Brucellose :

- ▣ Anthropozoonose due au *brucella melitensis* et *abortus* (suis et bovis)
- ▣ Touche principalement les animaux (bovins et caprins) et touche accidentellement l'homme
- ▣ La transmission : soit direct par contact avec les produits d'avortement ,placenta soit indirect par consommation de lait de vache cru
- ▣ Clinique : fièvre sudoro-algique
- ▣ Les complications : sont les localisations viscérales
- ▣ Le dc : se fait par HMC et sérologie de Wright



VIRALES :

1- CMV :

- Virus à ADN appartient à la famille des herpes virus
- La transmission par voie aérienne et maternofoetale
- Chez adulte non immuno compétent

Clinique : chorioretinite ou atteinte digestive

DC : sérologie

2- EBV :

- Sujet jeune

Clinique : F° , asthénie , angine

ADP cervicale , SPM

Ictère rarement clinique

Cytolyse avec cholestase hépatique

DC : FNS : Syndrome mono nucléosique - Sérologie

Évolution spontanément favorable

3- VIH

- ▣ Virus à ARN famille des rétrovirus(HIV1, HIV2)
- ▣ Lymphotrope et neurotrope
- ▣ Transmission sexuelle, sanguin et materno-fœtale
- ▣ Clinique : primo infection symptome dans 2 / 3 des cas
- ▣ Puis une phase de latence et stade de SIDA
- ▣ Dc : sérologie

4- Hépatites virales : B , C

Clinique : Phase pré ictérique : Sd grippal , asthénie , anorexie

DI de l'hypochondre droit

Phase ictérique d'abord conjonctival puis généralisé

Biologie : Cytolyse avec cholestase hépatique

DC : sérologie

PARASITAIRES

1- Amibiase hépatique :

- ▣ Entamoeba histolytica
- ▣ La transmission est consécutive à l'ingestion de kystes présents dans l'eau ou les aliments contaminés.
- ▣ Le dg repose sur la symptomatologie, l'épidémiologie (notion de séjour en zone d'endémie) et la MEE des formes hématophages dans les selles ou le liquide de ponction d'abcès.
- ▣ (Cliniquement, l'amibiase INTESTINALE se présente essentiellement par un SD dysentérique afébrile)

2- Toxoplasmose :

- ▣ Latente chez l'enfant et l'adulte mais redoutable chez le fœtus et l'immunodéprimé.
- ▣ L'agent causal est **Toxoplasma gondii**.
- ▣ le réservoir est principalement le chat.
- ▣ elle présente un risque sérieux pour les femmes séronégatives pouvant être responsable de contamination fœtale avec pour conséquence des malformations congénitales graves, neurologiques et ophtalmologiques.
- ▣ Chez l'immunodéprimé, la toxoplasmose est gravissime et fait partie des infections opportunistes chez les sujets infectés par le VIH.

3- Paludisme :



1/Accès palustre :

Notion de séjour en zone d'endémie palustre

Clinique : - F° intermittente tierce ou quarte.

- pâleur , subictère
- céphalée
- trouble digestifs

- ✓ La gravité est liée à la survenue d'un accès perniciosus.
- ✓ Le frottis + goutte épaisse confirme le DC.
- ✓ *Traitement* : c'est les quinines.

FONGIQUES :

1- Candidose

2- Cryptococcose

➔ **AFFECTION MALIGNES** :20%

- .cancers viscéraux
- .maladie de Hodgkin.
- .leucémies.

➔ **MALADIES DE SYSTÈME ET ORIGINE INFLAMMATOIRE** 10 %

- .RAA
- .HORTON
- .BEHÇET
- .SARCOIDOSE
- .MALADIE DE STILL
- .DERMATOMYOSITE
- .LED

➔ **AUTRES** :

- .médicamenteuses
- .endocrinienne :thyroïde , surrénale.
- .vasculaire : thrombose veineuse profonde ...

IV/ ATTITUDE THERAPEUTIQUE

Mesures générales:

- .repos au lit.
- .refroidissement physique.
- .antipyrétique si fièvre mal tolérée.
- .réhydratation(NRS +++)
- .apport alimentaire énergétique.

Trt étiologique:

ATB ,corticoïdes , chimiothérapie ,
immunosuppresseur ,trt chirurgical

Conclusion:

- ▣ La fièvre est un signe clinique fréquent d'étiologie polymorphe et complexe.
- ▣ C'est un témoin qu'il faut savoir interpréter , surveiller, combattre ou respecter selon les cas.