

# Fièvre aiguë. Examen clinique en infectiologie tropicale

La fièvre est le maître-symptôme de la pathologie infectieuse. Elle peut cependant être absente dans certaines infections notamment toxiques (tétanos...) ou localisées et chroniques (ostéite...) ou encore à la phase initiale d'un choc septique. À l'opposé, elle peut être présente dans diverses pathologies non infectieuses (néoplasies, vascularites, maladies thrombo-emboliques...).

Les fièvres aiguës sont, par opposition aux fièvres prolongées, d'une durée inférieure à 3 semaines. Dans l'immense majorité des cas où la durée n'excède pas 5 jours, la fièvre est d'origine infectieuse.

## 1. Vérifier la réalité de la fièvre

La température normale est inférieure à 37,5°C au réveil et à 37,8°C au coucher. Les risques d'ulcération thermométrique lors de la prise de la température rectale sont évités par la prise de température axillaire, sub-linguale, tympanique ou frontale : il faut alors ajouter 0,5°C aux chiffres lus sur le thermomètre.

La température doit être prise le matin au réveil ou après 20 minutes de repos, si possible dans une pièce relativement fraîche, chez un sujet dévêtu. Elle peut s'élever, le plus souvent en dessous de 38,5°C, dans certaines situations : enfant trop couvert, température extérieure excessive, déshydratation, effort physique intense et/ou prolongé. Il s'agit alors d'une hyperthermie liée à un trouble de la thermorégulation. La température revient à la normale spontanément en supprimant le(s) facteur(s) responsable(s) de l'hyperthermie.

Il est de bonne règle de vérifier soi-même la température pour ne pas se laisser abuser par des fièvres factices (pathomimie).

## 2. Rechercher des éléments imposant une prise en charge urgente (tableaux 1 et 2)

Tableau 1. Signes cliniques imposant une prise en charge urgente

Signes de gravité	Diagnostics à redouter	Hospitalisation pour
Fréq. respiratoire > 24/min Fréq. cardiaque > 120/min TA systolique < 80 mmHg Marbrures cutanées, extrémités froides, oligurie	Sepsis, choc septique  Déshydratation aiguë	Remplissage, oxygénothérapie, antibiothérapie probabiliste (voir le chapitre « <a href="#">Syndromes septiques et choc septique</a> ») Réhydratation (voir le chapitre « <a href="#">Diarrhées infectieuses</a> »)
Purpura	Méningococcémie Fièvre hémorragique	Hémocultures, isolement, antibiothérapie (voir chapitres « <a href="#">Méningites</a> » et « <a href="#">Fièvres hémorragiques virales</a> »)
Troubles neurologiques	Neuropaludisme Méningo-encéphalite	Frottis, goutte épaisse, TDR ; PL, scanner cérébral (voir les chapitres « <a href="#">Paludisme</a> » et « <a href="#">Méningo-encéphalites</a> »)
Douleurs abdominales	Appendicite, péritonite	Avis chirurgical (voir le chapitre « <a href="#">Douleurs abdominales fébriles</a> »)

**Tableau 1. Signes cliniques imposant une prise en charge urgente**

Signes de gravité	Diagnostics à redouter	Hospitalisation pour
Œdème douloureux d'un membre ou du cou	Dermo-hypodermite (fasciite) nécrosante	Avis chirurgical pour incision de décharge ± excision (voir le chapitre « <a href="#">Infections bactériennes de la peau, des tissus mous...</a> »)
Valvulopathie, souffle cardiaque	Endocardite (sub)aiguë	Hémocultures, échocardiographie, antibiothérapie (voir le chapitre « <a href="#">Endocardites infectieuses</a> »)

**Tableau 2. Terrains imposant une prise en charge urgente**

Terrain à risque	Diagnostics à redouter	Mesures d'urgence
Nouveau-né < 28 jours (voir le chapitre « <a href="#">Infections néonatales</a> »)	Streptocoque B <i>Listeria monocytogenes</i> <i>Escherichia coli</i> Paludisme	Hospitalisation pour : hémocultures, ponction lombaire Antibiothérapie probabiliste Frottis sanguin
Femme enceinte (voir le chapitre « <a href="#">Infection et grossesse</a> »)	Paludisme <i>Listeria monocytogenes</i> <i>Escherichia coli</i>	Frottis sanguin Hémocultures si possible Antibiothérapie probabiliste
Asplénie	Pneumocoque Paludisme	Hémocultures si possible, puis pénicilline G ou A Frottis sanguin/goutte épaisse

### 3. Orientation par l'interrogatoire

L'interrogatoire d'un patient fébrile est essentiel mais souvent difficile pour des raisons linguistiques et culturelles, afin de guider le diagnostic étiologique.

#### 3.1. Le terrain : l'hôte et son environnement

- Vaccinations (voir carnet si possible) ; antécédent de maladie immunisante : rougeole... ;
- déficit immunitaire (tableau 3) : agranulocytose, hypogammaglobulinémie, drépanocytose et autres asplénies, SIDA et autres formes de déficit de l'immunité cellulaire, éthyisme, cirrhose, diabète... ;
- prise de médicaments anti-infectieux (exemple : antibiotique, antipaludique), de médicaments aplasants (sulfamides, chloramphénicol, noramidopyrine...) ou immunosuppresseurs (corticoïdes...) ;
- risques liés à des injections, transfusions (date, nature, matériel), à des explorations invasives ;
- risques liés à des relations sexuelles non protégées ;
- types d'alimentation (provenance, mode de conservation), d'habitation (locaux insalubres ou à l'opposé climatisés...) ;
- contagé : notion de cas dans l'entourage ;
- profession à risque (éleveur, vétérinaire, boucher, égoutier...) ;
- contact avec des animaux domestiques ou sauvages (rats, gibier, chauve-souris dans des grottes) ;
- séjours à l'étranger (dates, durée même brève) ; notion d'épidémie (exemple : méningite, Ebola, typhus).

#### 3.2. Syndrome fébrile (tableau 4)

- Fièvre : préciser au minimum la température maximale et la date d'apparition ; au mieux, la courbe thermique et les facteurs ayant pu modifier la courbe thermique : anti-infectieux, anti-inflammatoires... ;
- signes d'accompagnement : frissons, sueurs, céphalées, arthralgies, myalgies, courbatures, éruption cutanée ;
- altération de l'état général : asthénie, anorexie, amaigrissement, insomnie.

**3.3. Syndromes de souffrance viscérale éventuellement associés au syndrome fébrile (figure 1) :**  
respiratoire, cardiovasculaire, digestif, urogénital, neurologique, dermatologique, rhumatologique.

**3.4. En synthèse, l'histoire de la maladie** permet de reprendre la chronologie d'apparition des symptômes.

**Tableau 3. Étiologie d'une fièvre selon le type de déficit immunitaire**

Type de déficit immunitaire	Risques infectieux
Agranulocytose : PNN < 500/mm <sup>3</sup> - Iatrogène - Hémopathie	<i>E. coli</i> , <i>P. aeruginosa</i> Cocci à Gram+ <i>Candida</i> , <i>Aspergillus</i>
Déficit de type B « humoral » - A(hypo)gammaglobulinémie - Asplénie (drépanocytaire) - VIH (enfant)	Pneumocoque Plus rarement : - <i>H. influenzae</i> b, méningocoque - Salmonelle - pathogènes capsulés
Déficit de type T « cellulaire » - Iatrogène : chimiothérapie, greffes, SIDA	Mycobactéries (tuberculose++) <i>Listeria</i> <i>Nocardia</i> (voir le chapitre « <a href="#">Actinomycoses et nocardioses</a> ») <i>Legionella</i> <i>Herpesviridae</i> (CMV, Herpes simplex, VZV) (voir le chapitre « <a href="#">Herpès</a> ») <i>Toxoplasma gondii</i> <i>Leishmania</i> sp. (voir le chapitre « <a href="#">Leishmanioses</a> ») <i>Pneumocystis jirovecii</i> <i>Cryptococcus neoformans</i> <i>Histoplasma capsulatum</i> var. <i>capsulatum</i> (voir le chapitre « <a href="#">Mycoses profondes tropicales</a> »)

**Tableau 4. Orientation diagnostique selon l'aspect de la courbe thermique**

Appellation de la fièvre	Description de la fièvre	Orientation
Fébricule	Ne dépassant pas 38,5°C	Tuberculose, endocardite subaiguë (voir le chapitre « <a href="#">Tuberculose</a> »)
En plateau	Continue durant plusieurs jours	Fièvre typhoïde (deuxième semaine) (voir le chapitre « <a href="#">Fièvre typhoïde</a> »)
Hectique (désarticulée)	Grands frissons	Bactériémie à bactérie pyogène secondaire à une pneumonie, infection urinaire, hépato-biliaire, un abcès profond Spirochètoses, leishmaniose viscérale Paludisme (voir « <a href="#">Syndromes septiques et choc septique</a> », « <a href="#">Infections respiratoires basses</a> », « <a href="#">Infections urinaires communautaires</a> », « <a href="#">Ictères fébriles</a> » et « <a href="#">Leptospiroses</a> »)
Récurrentes et fièvre ondulante	Périodes fébriles de durée variable alternant avec plusieurs jours d'apyrexie	Fièvres récurrentes dues aux poux ou aux tiques : borrélioses (voir le chapitre « <a href="#">Fièvres récurrentes</a> ») Brucellose (voir le chapitre « <a href="#">Brucellose</a> ») Lymphomes
Intermittentes	Tous les 2 ou 3 jours	Paludisme (fièvres tierce et quarte)

## 4. Orientation par les signes cliniques

Les douleurs accompagnant la fièvre peuvent avoir une valeur d'orientation :

- céphalées intenses : méningite, paludisme, typhoïde, leptospirose, borréliose, rickettsiose, fièvre Q arbo-virose (dengue...) ;
- arthro-myalgies : septicémie à pyogène, leptospirose, borréliose, rickettsiose, arbovirose (myalgies de la dengue, polyarthrite du Chikungunya, Ebola), paludisme ;
- éruption cutanée : voir « [Fièvres éruptives](#) ».

Une splénomégalie, une hépatomégalie, des adénopathies, des signes focaux sont autant de fils d'Ariane qui peuvent conduire au diagnostic.

Au terme de l'examen, deux situations se présentent selon que la fièvre est associée à une atteinte d'organe ou non :

- dans le premier cas, il s'agit d'une infection localisée : ORL, pneumonie, pyélonéphrite, dermohypodermite... ; l'atteinte viscérale guidera le diagnostic étiologique, la fièvre passant au deuxième plan (voir les chapitres correspondants) ;
- dans les autres cas, la fièvre est d'allure isolée ou associée à des signes d'atteinte polyviscérale témoignant d'une maladie à diffusion hématogène. La démarche de prise en charge doit alors intégrer les éléments épidémiologiques et notamment le risque de paludisme.

## 5. Traitement symptomatique de la fièvre de l'enfant

La fièvre de l'enfant ne représente pas, par elle-même, un danger. Après recherche de la cause, la prise en charge d'une fièvre  $> 38,5^{\circ}\text{C}$  conduit à un traitement à visée symptomatique :

1. Éviter de couvrir l'enfant ; aérer la pièce ; faire boire le plus souvent possible, utiliser les sels de réhydratation orale (SRO).
2. Ne prescrire qu'un seul médicament antipyrétique.
3. Prescrire le médicament antipyrétique à dose efficace :
  - paracétamol : 60 mg/kg/jour en 4 ou 6 prises, sans dépasser 80 mg/kg/jour ;
  - ibuprofène : 20 à 30 mg/kg/jour en 3 ou 4 prises, sans dépasser 30 mg/kg/jour ;
  - acide acétylsalicylique : (60 mg/kg/jour en 4 ou 6 prises) n'est plus recommandé en raison d'un risque très rare mais mortel de syndrome de Reye.
4. Choisir le médicament de première intention en fonction des contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi (tableau 5).

**Tableau 5. Traitement symptomatique de la fièvre**

	<b>Paracétamol</b>	<b>AINS</b>	<b>Aspirine</b>
<b>Contre-indications</b>	Hypersensibilité au paracétamol Insuffisance hépato-cellulaire	Hypersensibilité à l'AINS Grossesse $> 24$ semaines Antécédent d'éruption cutanée, d'asthme ou de choc anaphylactique, déclenché par la prise d'AINS ou de substance d'activité proche (acide acétylsalicylique) Insuffisance rénale Ulcère gastro-duodénal Insuffisance hépatique Insuffisance cardiaque sévère Lupus érythémateux disséminé (pour l'ibuprofène)	Hypersensibilité à l'aspirine Antécédent d'éruption cutanée, d'asthme ou de choc anaphylactique déclenché, par la prise de salicylés ou de substance d'activité proche (AINS) Insuffisance rénale sévère Ulcère gastro-duodénal Insuffisance hépatique sévère Insuffisance cardiaque sévère non contrôlée Toute maladie ou risque hémorragique constitutionnel ou acquis Méthotrexate
<b>Précautions particulières</b>		À éviter en cas de varicelle Une insuffisance rénale fonctionnelle peut survenir chez les sujets présentant des facteurs de risque tels qu'une situation d'hypovolémie (notamment par diarrhée, vomissements) ou une maladie rénale préexistante	À éviter en cas de viroses, en particulier, varicelle, dengue et épisodes d'allure grippale Une insuffisance rénale fonctionnelle peut survenir chez les sujets présentant des facteurs de risque tels qu'une situation d'hypovolémie (notamment par diarrhée, vomissements) ou une maladie rénale préexistante

Voir : HAS-2016-prise-en-charge-de-la-fièvre-chez-l'enfant

Figure 1. Conduite à tenir devant une fièvre aiguë (niveau 1)

