

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEURE ET RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
UNIVERSITE MUSTAPHA BENBOULAID DE BATNA 2  
FACULTE DE MEDECINE

# **CONDUITE A TENIR DEVANT UNE FIEVRE**

TD destiné aux étudiants de 6ème année médecine module « urgences médico-chirurgicales »

Elaboré par **Dr. MEHDI Firdaws**  
Maitre assistante en Anesthésie Réanimation  
Université de BATNA

# **Objectifs pédagogiques :**

- Diagnostiquer la fièvre aigue.
- Déterminer les critères de gravité d'un syndrome infectieux.
- Conduire le diagnostic étiologique.
- Orienter le traitement antibiotique

## **Rappel :**

- La fièvre correspond à l'élévation de la température centrale du corps au-delà des valeurs normales circadiennes (37.5°C matin et 38°C soir). Elle survient suite au dérèglement du centre de régulation de la température du corps sous l'action des pyrogènes
- On parle de fièvre aiguë quand le symptôme fièvre dure, depuis **moins de 5 jours**
- Un raisonnement médical est nécessaire pour le bon diagnostic devant une fièvre.
- Il peut se décomposer en étapes successives et intriquées suivantes:

### **1. Affirmer la réalité de la fièvre**

### **2. Repérer les critères d'hospitalisation**

#### ***□ Signes cliniques de gravité***

Signes de sepsis d'hypoperfusion tissulaire plus ou moins compensée dans un contexte d'infection

- \* Signes neurologiques : 1. angoisse, agitation, confusion,  
2. troubles du comportement,  
3. prostration, coma.

- \* Signes cardiovasculaires : 1. Hypotension : TA systolique  $\leq$  100 mm Hg.  
2. Tachycardie FC $>$ 120bts/mn

- \* Signes cutanés: 1. Purpura,  
2. extrémités froides,  
3. cyanosées,

#### 4. marbrures

\*Signes respiratoires: 1. polypnée > 22/min,

2. tirage inter costal

3. balancement thoraco abdominale

4. SaO<sub>2</sub> <90%

\*Signes rénaux : oligurie < 0,5 mL/kg/h

Devant ces situations, calculer le score qSOFA :

- ✓ Pression artérielle systolique ≤ 100 mm Hg
- ✓ Rythme respiratoire ≥ 22/min
- ✓ Score de Glasgow < 15

Un patient en sepsis : s'il présente au moins 2 signes parmi les 3 du qSOFA avec un risque d'évolution péjorative

Choc septique:

- Sepsis
- Drogues vasoactives pour maintenir une PAM > 65 mmHg
- Lactates > 2 mmol/L ou > 18 mg/dl
- Malgré la correction de l'hypovolémie

Intérêt de Score SOFA : valeur pronostique et non diagnostique

***Repérer les terrains à risque d'infection grave ou d'évolution défavorable***

Femme enceinte    Immunodépression    Comorbidités    Extrémités d'âge

### 3. Rechercher la cause de la fièvre ou la porte d'entrée (diagnostic étiologique)

### 4. Décider si des examens complémentaires sont nécessaires

### 5 Traitement de la fièvre nécessitant soit: § Hospitalisation

#### § Organisation de la surveillance

#### § Traitement ambulatoire

## **CAS CLINIQUE01 :**

Une femme de 38 ans jeune maman depuis 9 mois , arrive aux urgences de l'hôpital accompagnée par son mari vers 20 heures pour des troubles de la conscience avec fièvre.

La veille au soir, elle s'est plaint de céphalées assez intenses dont elle a pris 1 g de paracétamol . Le matin, elle constate que la température est de 38 °C. En début d'après-midi, elle a toujours des maux de tête et des vomissements.

En rentrant chez lui, le mari trouve sa femme allongée par terre, ne répondant pas aux questions et elle a perdu ses urines.

À l'examen:

- Patiente inconsciente score de Glasgow à : 9/15 , pupilles intermédiaires réactives sans signes de localisation
- CHD: TA: 105/50 mmHg, FC: rythme régulier à 140/min, FR: 30 cycle/mn SpO<sub>2</sub>: 95% T : 39 °C.
- Raideur de la nuque
- Deux tâches purpuriques sur la jambe droite.
- Auscultation pulmonaire : râles bronchiques bilatéraux. Le reste de l'examen clinique est normal

**QUESTION 01 :** Dans ce contexte quelles sont vos hypothèses diagnostiques principales ?

**REPONSE:**

1. **Une méningite / méningoencéphalite**
2. **Accident vasculaire cérébrale**
3. **Une thrombophlébite cérébrale**

**QUESTION 02 :** Quelle est la mesure la plus importante à faire dans l'immédiat ?

**REPONSE**

- ✓ Il s'agit d'une **urgence thérapeutique**
- ✓ Le traitement doit être débuter sans attendre : par voie intraveineuse ou intramusculaire : **céphalosporines de 3 ème génération**

Céfotaxime 2g, ou ceftriaxone ou amoxicilline 2g

## **QUESTION 03 :**

Quels sont à ce stade les signes cliniques de gravité présents et ceux que vous pouvez craindre ?

## **REPONSE**

### **Signes de gravité présents :**

- Crise convulsive à domicile,
- q SOFA > 2: FR >22/mn et confusion (coma :score de Glasgow = 9)
- Tachycardie (trop élevée par rapport à la température)
- Taches purpuriques

### **Signes à rechercher :**

- Aggravation de l'état de conscience
- Encombrement respiratoire,
- Hypotension voire l'installation d'un état de choc
- Extension des lésions purpuriques,
- Nouvelles crises convulsives, état de mal.

## **QUESTION 04 : Quelle est votre conduite thérapeutique ?**

## **RESPONSE**

Admission

Mise en condition:

\* Position latérale de sécurité + libération des voies aériennes avec probable intubation orotrachéale si dégradation du score neurologique

\*2 voies veineuses périphériques de gros calibre

\*Oxygénothérapie au masque (5 L/min)

\*Monitorage standard: PANI -FC – SpO<sub>2</sub>- ECG- Diurèse

Traitement symptomatique:

\*Remplissage vasculaire par Ringer Lactate ou SSI 0,9%

\*Drogues vasoactives si hypotension persistante malgré un remplissage bien conduit

\*Prévention de nouvelles crises convulsives (Rivotril, phénobarbital).

\*Traitement symptomatique de la fièvre par les moyens physiques + Paracétamol

- Prescription des premiers examens complémentaires: une hémoculture, NFS, bilan d'hémostase, groupage sanguin, ionogramme sanguin, gaz du sang artériels, lactatémie artérielle ,ECBU, CRP, procalcitonine, ECG, R(x) thorax ,imagerie cérébrale ,PL si pas de contre-indication .
- L'imagerie cérébrale a éliminé une thrombophlébite cérébrale ou un AVC, une PL a été faite:

Le LCR est hypertendu, franchement trouble et vous obtenez les résultats suivants :

Hématies : 5/mm<sup>3</sup>, globules blancs : 6 000/mm<sup>3</sup> dont 90 % de polynucléaires altérés, protéinorachie : 4 g/L, glycorachie : 1 mmol/L pour une glycémie à 7 mmol/L, coloration de Gram : rares Coccis à Gram négatif

#### **QUESTION 05 :** Rédigez votre prescription spécifique?

#### **REONSE**

- Traitement antibiotique intraveineux en injections directes lentes :

Céfotaxime (200 mg/kg/j en 4 à 6 injections),

ou Ceftriaxone (70 mg/kg en 2 injections),

ou Amoxicilline (200 mg/kg/j en 4 à 6 injections).

- Corticothérapie: Déexamethasone 10mg\*4/j pendant 04 jours

#### **QUESTION 06 :**

Quelle prescription concernant la prophylaxie de l'entourage allez-vous faire ?

#### **REONSE:**

Modalités de l'antibioprophylaxie :

- Elle doit être débutée dans les 24 heures

Rifampicine per os:600 mg x 2/jour pendant 2 jours chez l'adulte  
10 mg/kg x 2/jour pendant 2 jours chez l'enfant

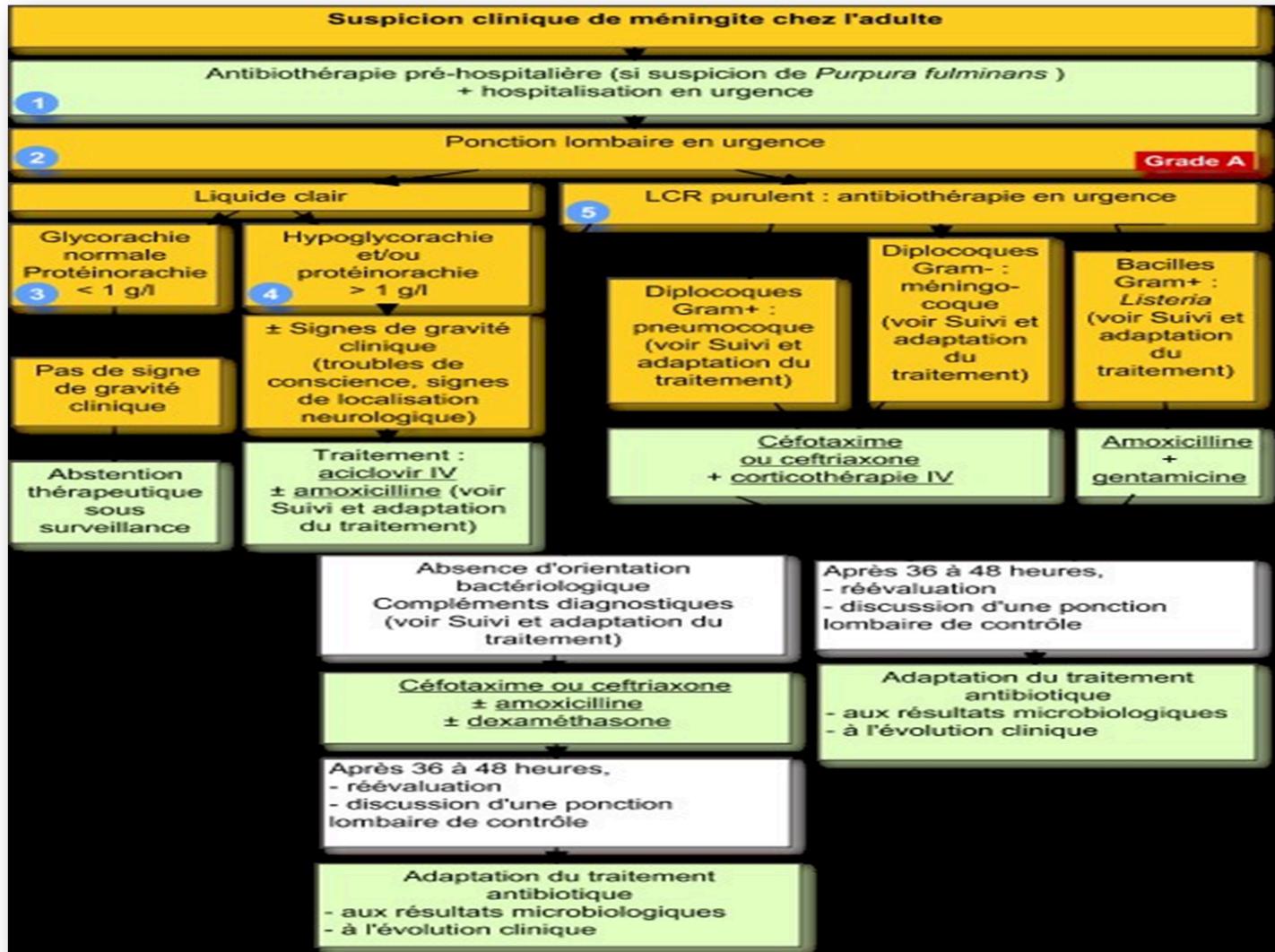
- La Rifampicine est contre-indiquée dans les circonstances suivantes : grossesse, maladie hépatique sévère, hypersensibilité à ce médicament

- Alternative à la Rifampicine :

\* Spiramycine per os : 3 MU x 2/jour pendant 5 jours chez l'adulte (75 000 U/kg x 2/jour chez l'enfant),

\*Ciprofloxacine per os (500 mg une fois).

\*Chez la femme enceinte, on recommande la Ceftriaxone : 250 mg en IM une fois.



Méningocoque, CMI à amoxicilline < 0,1 mg/l	Amoxicilline ou maintien C3G	200 mg/kg	4 à 7 jours (2)
Méningocoque, CMI à amoxicilline ≥ 0,1 mg/l	Céfotaxime ou ceftriaxone	200 mg/kg 75 mg/kg	4 à 7 jours (2)
<i>Listeria</i>	Amoxicilline + gentamicine les 7 premiers jours	200 mg/kg 3 à 5 mg/kg	21 jours
Streptocoque B	Amoxicilline	200 mg/kg	14 à 21 jours
<i>Escherichia coli</i>	Céfotaxime ou ceftriaxone + gentamicine les 2 premiers jours chez le nourrisson < 3 mois	200 mg/kg 75 mg/kg 3 à 5 mg/kg	21 jours
<i>Haemophilus influenzae</i>	Céfotaxime ou ceftriaxone	200 mg/kg 75 mg/kg	7 jours

Bactérie, sensibilité	Antibiotique	Dose par jour	Durée totale	
Pneumocoque, CMI à amoxicilline $< 0,1 \text{ mg/l}$	De préférence amoxicilline	300 mg/kg	10 à 14 jours (1)	
	ou céfotaxime	200 mg/kg	10 à 14 jours (1)	
	ou ceftriaxone	75 mg/kg	10 à 14 jours (1)	
Pneumocoque, CMI à amoxicilline $\geq 0,1 \text{ mg/l}$	Céfotaxime	300 mg/kg	10 à 14 jours (1)	
	ou ceftriaxone	75 à 100 mg/kg		
	$\pm$ discussion d'association de 2 antibiotiques parmi :			
	céfotaxime ou ceftriaxone	(voir plus haut)		
	rifampicine	20 mg/kg		
	vancomycine	60 mg/kg		
	fosfomycine	200 mg/kg		

## Cas clinique 2

Mme H., âgée de 51 ans, est adressée aux urgences pour troubles de conscience d'apparition récente dans un contexte fébrile. L'examen initial montre :

Patiante confuse réagit de manière adaptée à la stimulation douloureuse avec une ouverture des yeux à la demande, pas de signe de localisation ni de raideur méningée

CHD: TA: 80/35 mm Hg FC:135bat/mn FR : 28/mn SpO<sub>2</sub> = 91 % T:40°C Glycémie capillaire = 16 mmol/L.

On note une cyanose des extrémités et des marbrures des genoux.

L'auscultation cardiaque et pulmonaire est normale.

L'abdomen est distendu, douloureux. Il n'y a pas d'éruption, ni de lésion cutanée.

La bandelette urinaire montre : glycosurie +, présence de leucocytes et de nitrites.

**QUESTION 01:** Donnez le score neurologique de votre patiente

**REONSE :**

La patiente est scorée : 12/15 selon GLASGOW

- ✓ Réponse verbale : 4
- ✓ Réponse oculaire : 3
- ✓ Réponse motrice : 5

**QUESTION 02:** Énumérez les signes de gravité.

Patiante présente un **score qSOFA à 3**

- ✓ Confusion
- ✓ Polypnée >22 cycle/min
- ✓ PAS<100mmhg

Avec présence des : **signes de l'état de choc :**

- ✓ L'hypotension
- ✓ La tachycardie
- ✓ La cyanose des extrémités
- ✓ Les marbrures de genou
- ✓ Les troubles de conscience (confusion).

Hyperglycémie capillaire : possibilité qu'elle est diabétique : terrain d'immunodépression

**QUESTION 03 :** Décrivez la prise en charge initiale.

### **REPONSE**

- ✓ Admission
- ✓ Mise en condition :
  - \* Monitorage standard: TA, SPO<sub>2</sub>, ECG, de la SpO<sub>2</sub> ; diurèse horaire
  - \* MEP d'une voie veineuse périphérique de gros calibre voire une voie centrale
  - \* Oxygénothérapie
  - \* Bilan biologique
    - ✓ Remplissage vasculaire : par cristalloïdes : Ringer lactate ou SSI à 0,9%
    - ✓ Administration de catécholamines vasoconstrictrices
    - ✓ Corticoïdes si état de choc réfractaire : HHC 50mg\*4/j

**QUESTION 04 :**

Les premiers résultats biologiques montrent :

Gaz du sang artériels (sous O<sub>2</sub> à 3 L/min.) : pH = 7,32 PaO<sub>2</sub> = 120 mm Hg, PaCO<sub>2</sub> = 30 mm Hg, bicarbonates = 16 mmol/L, lactate = 8 mmol/L SaO<sub>2</sub> = 98 %  
 FNS: Hb = 14,6 g/dl, leucocytes = 20 000/mm<sup>3</sup>, plaquettes = 75 000/mm<sup>3</sup>,  
 Taux de prothrombine = 40 %, TCA = 70 s/34 s (malade/témoin), facteur V = 40 %, fibrinogène = 1,3 g/L ;

Urée = 1,8g/L, créatinine = 17 mg/L, Na = 138 mmol/L, K = 4,1 mmol/L,  
 Glycémie = 18 mmol/L Protides = 60 g/L

**Regroupez les signes par syndrome et déduisez-en les hypothèses Diagnostiques.**

**RÉPONSE :**

## État de choc :

- ✓ Hypotension artérielle, Tachycardie, Cyanose des extrémités, Marbrures des genoux
- ✓ Confusion,
- ✓ Acidose métabolique non compensé (pH bas et bicarbonates abaissés, hyperlactatémie, hypocapnie réactionnelle).

## Syndrome infectieux dû à une pyélonéphrite aiguë probable :

- ✓ Fièvre
- ✓ Abdomen douloureux,
- ✓ Hyperleucocytose, présence de leucocytes et de nitrites dans les urines.

## Coagulation intravasculaire disséminée :

- ✓ TP abaissé, thrombopénie, fibrinogène abaissé.

Insuffisance rénale (urée et créatinine augmentées), IRA fonctionnelle ou organique ?!

**QUESTION 05 :** Quels examens complémentaires spécifiques demandez-vous ?

Examens complémentaires :

- ✓ Recherche de l'agent responsable de l'infection : **deux hémocultures**, un **examen cytobactériologique des urines**
- ✓ Recherche d'une cause favorisante de l'infection : radiographie de l'abdomen (recherche d'opacités en faveur d'une lithiase), échographie abdominale (recherche d'une lithiase rénale ou vésiculaire, d'une dilatation des cavités rénales) ; ECG et radiographie du thorax

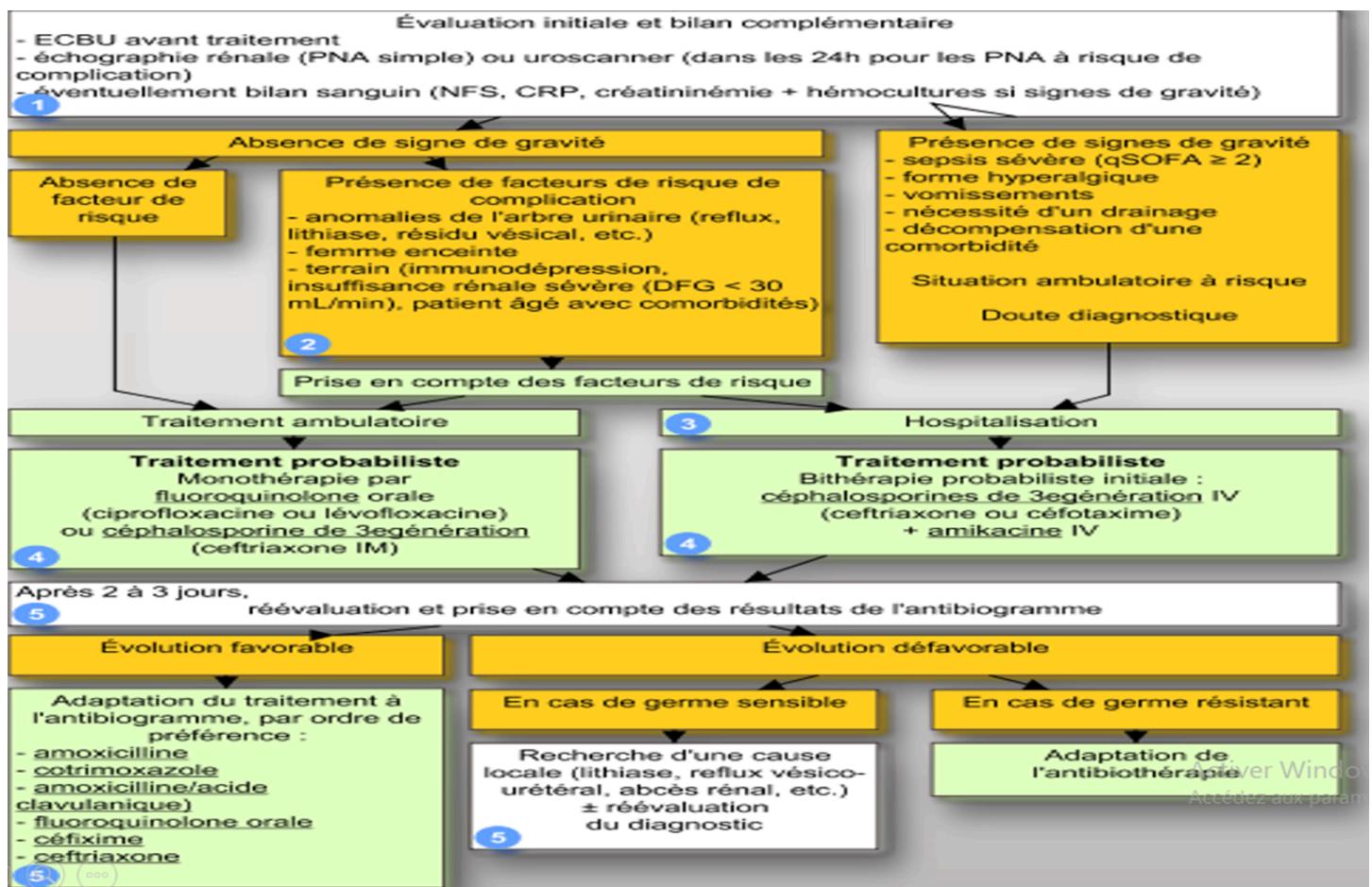
**QUESTION 06 :**

Quel traitement antibiotique prescrivez-vous à ce patient ? Justifiez votre réponse

**RÉPONSE**

- ✓ L'antibiothérapie doit être débuté **d'urgence dès que la première hémoculture** a été réalisé.
- ✓ Administrer par voie intraveineuse, doivent être actifs sur les **entérobactéries** (essentiellement *E. coli*).
- ✓ Il faut associer d'emblée 02 antibiotiques en raison de l'existence d'un état de choc avec probable bactériémie.

- ✓ On associe une **Céphalosporine de troisième génération** (en l'absence d'allergie documentée), céfotaxime ou ceftriaxone et un **Aminoside** ou une **Fluoroquinolone**.



### Cas clinique 03:

Un patient de 45 ans est adressé par son médecin traitant aux urgences pour fièvre, dyspnée et toux évoluant depuis plus de 72 heures malgré un traitement par Augmentin et Solumédrol.

À l'examen, on note :

- Patient confus somnolent
- CHD: TA:80/40 mm Hg FR: 45cycl/min, FC: 130bat/min, SpO<sub>2</sub>:60% en air ambiant avec cyanose intense, T à 39,5°C.
- L'auscultation cardio-pulmonaire: des râles crépitants dans les 2 champs mais ceux-ci prédominent à droite où on perçoit aussi un souffle tubaire.

Les bruits du cœur sont réguliers sans souffle audible.

- La percussion : une matité à droite avec augmentation de la transmission des vibrations vocales. La toux est grasse mais peu productive. Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque droite ou gauche et l'examen des membres inférieurs est sans particularité.

Les examens complémentaires montrent les résultats suivants :

- ECG : rythme régulier et sinusal sans troubles de la conduction ;
- Radiographie du thorax : voir la figure



- Biologie : FNS: GB: 17 800/mm<sup>3</sup> Hb:12,8 g/100 ml hématocrite = 37,6 % PLT = 289000/mm<sup>3</sup>

Ionogramme sanguin : Na = 126 mmol/L, K = 4,8 mmol/L, Cl = 91 mmol/L

Bilan rénal: créatinine = 20 mg/L, urée = 1,1g/L

Bilan hépatique: ALAT = 88 UI/L, ASAT = 58 UI/L, bilirubine totale = 20mg/L

Glycémie = 1,5 g/L, Protides = 73 g/L CPK = 1 295 UI/L, CRP = 350 mg/L

- Gaz du sang (sous O<sub>2</sub> à 6 L/minute) : pH = 7,53, PaO<sub>2</sub> = 45,7 mm Hg, PaCO<sub>2</sub> = 27 mm Hg, SaO<sub>2</sub> = 83,8 %, bicarbonates = 24 mmol/L.

**QUESTION 01 :** Quels sont les signes de gravité de cette insuffisance respiratoire ?

#### REONSE

Les signes de gravité de l'insuffisance respiratoire sont:

- ✓ Polypnée à 45 cycle/mn
- ✓ Hypoxémie majeure: cyanose intense + SpO<sub>2</sub> : 60% en l'air ambiant PaO<sub>2</sub> < 60 mm Hg sous O<sub>2</sub> à 6 litres/min
- ✓ Tachycardie à 130 bat/mn
- ✓ Etat de choc TA:80/40mmHg
- ✓ Atteinte pulmonaire multilobaire
- ✓ Perturbation du bilan rénal
- ✓ Absence d'amélioration sous antibiothérapie initiale

**QUESTION 02 :** Quel est la cause de cette insuffisance respiratoire ?

#### REONSE:

Pneumonie multilobaire à prédominance droite.

**QUESTION 03 :** Quelle est votre prise en charge symptomatique immédiate ?

#### RÉPONSE :

- ✓ Hospitalisation en réanimation
- ✓ Oxygénothérapie par masque à haut débit

- ✓ Mise en place d'une voie veineuse périphérique voir centrale
- ✓ Remplissage vasculaire (prudent en raison de l'atteinte pulmonaire bilatérale) + l'utilisation des catécholamines si nécessaire
- ✓ Surveillance : fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, pression artérielle, diurèse, conscience, SpO<sub>2</sub> en continu, température
- ✓ Un contrôle des gaz du sang est à prévoir après une heure

**QUESTION 04 :** Quelles sont les autres examens complémentaires à réaliser en urgence ?

**RÉPONSE :**

- ✓ . Hémocultures
- ✓ Recherche d'antigène Legionella Pneumophila dans les urines.
- ✓ Examen bactériologique de l'expectoration (si possible).
- ✓ Un prélèvement endobronchique serait indiqué chez ce patient mais ne peut être réalisé compte tenu de la gravité.

**QUESTION 05 :** Quelle antibiothérapie instituez-vous en urgence ? Justifiez votre réponse

**RÉPONSE :**

- ✓ L'antibiothérapie est une urgence thérapeutique (à débuter après prélèvement pulmonaire et hémoculture)
- ✓ Association d'une **Céphalosporine de troisième génération** et **d'un Macrolide** ou d'une **Fluoroquinolone**.

Arguments :

- Pneumopathie communautaire grave,
- Pas de réponse à un traitement comportant une bétalactamine associée à un inhibiteur des bétalactamases.

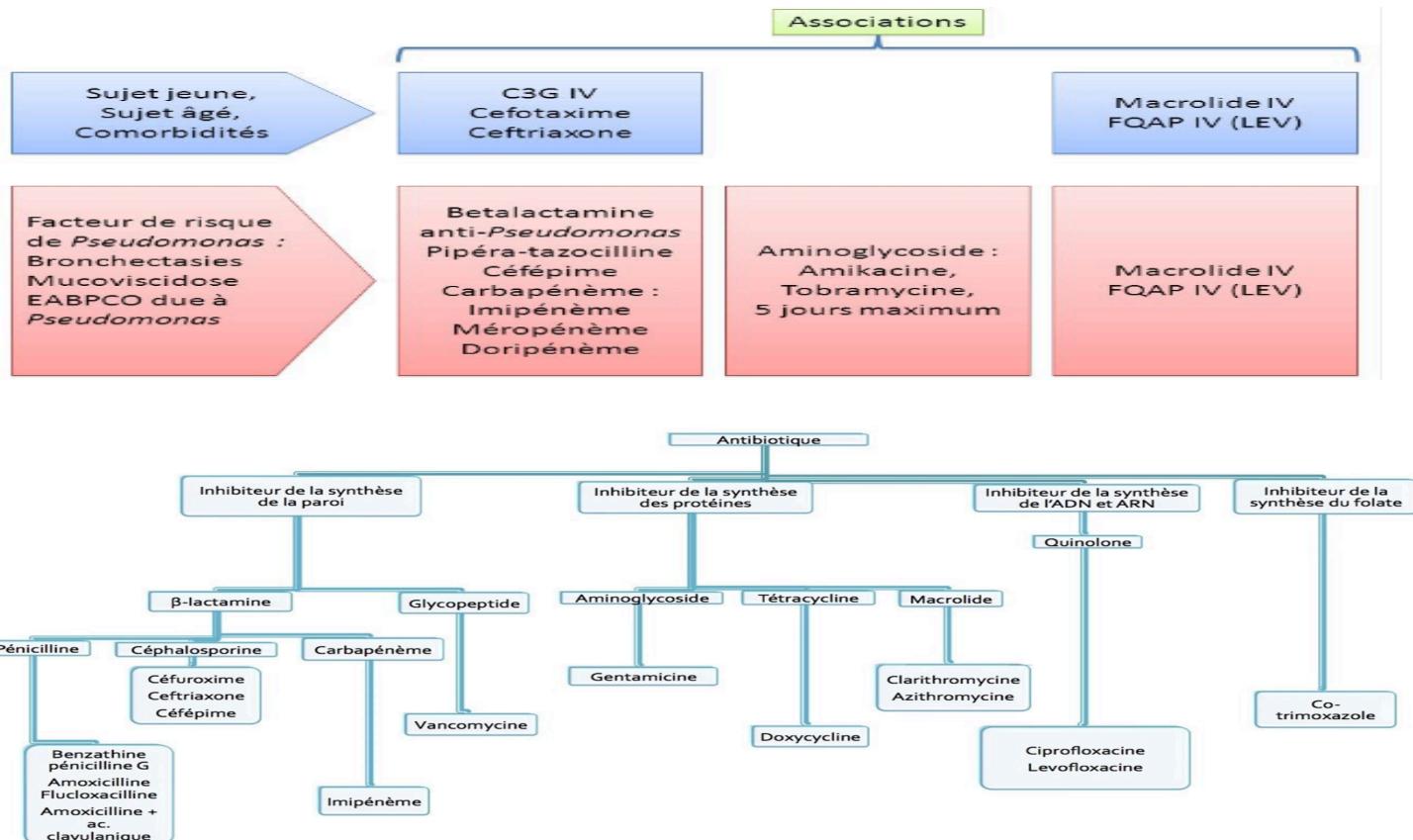
Chez ce patient, il s'agissait effectivement d'une légionellose.

Ambulatoire	Hospitalisation	Réanimation
<b>Sujet présumé sain, sans signe de gravité</b>		
<u>Suspicion de pneumocoque</u> Amoxicilline		
<u>Doute étiologique</u> Amoxicilline ou pristinamycine ou télithromycine	Pas d'argument pour un pneumocoque Amoxicilline ou pristinamycine ou télithromycine	<u>Sans risque d'infection à Pseudomonas</u> C3G + macrolide ou FQAP
<u>Suspicion de bactéries atypiques</u> Macrolide		
<b>Sujet âgé avec comorbidité(s)</b>		
Amoxicilline / acide clavulanique ou FQAP (Levofloxacin) ou ceftriaxone	<u>Suspicion de pneumocoque</u> Amoxicilline  Pas d'argument pour un pneumocoque Amoxicilline/acide clavulanique ou céfotaxime ou ceftriaxone ou FQAP (lévofloxacin)	<b>Risque d'infection à Pseudomonas</b> bronchectasies, mucoviscidose, antécédents d'exacerbations de BPCO dues à <i>Pseudomonas</i> <b>β-lactamine anti-Pseudomonas</b> pipéracilline/tazobactam ou céfèpime ou carbapénème (sauf ertapénème) + aminoside (amikacine ou tobramycine) au maximum 5 jours + antibiotique actif sur les bactéries intracellulaires macrolide ou FQAP

**Tableau 4.- Antibiothérapie probabiliste [27]**

FQAP : fluoroquinolone anti streptococcique

C3G : céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération (céfotaxime ou ceftriaxone)



## Conclusion

- ✓ Le diagnostic rapide des patients souffrant d'une infection et à risque de s'aggraver passe par une méthode systématique de dépistage par des méthodes simples basés sur des données clinico-biologiques. Ainsi la réalisation de prélèvements permettant d'identifier l'agent responsable permettra d'instaurer un traitement efficace.