

Fièvre

Problème de fièvre : abord initial

- Faire la différence fièvre – hyperthermie
- Voir mode d'installation : aiguë ou persistante
- Voir l'évolution: analyse de la courbe thermique (de valeur assez limitée)
- Apprécier les conséquences cliniques de la fièvre et notamment la tolérance du patient
- Identifier un éventuel contexte particulier

Fièvre versus hyperthermie

FIEVRE

- Induite par le déplacement vers des niveaux supérieurs des températures de référence vers le chaud et le froid
- Causée par des cytokines circulantes
- **Cliniquement indifférenciable de l'hyperthermie**

HYPERTHERMIE

Survient lorsque la thermorégulation est défailante:

- défaut de thermolyse
- excès de production de chaleur
- anomalie du thermostat

Principales causes d'hyperthermie sévère

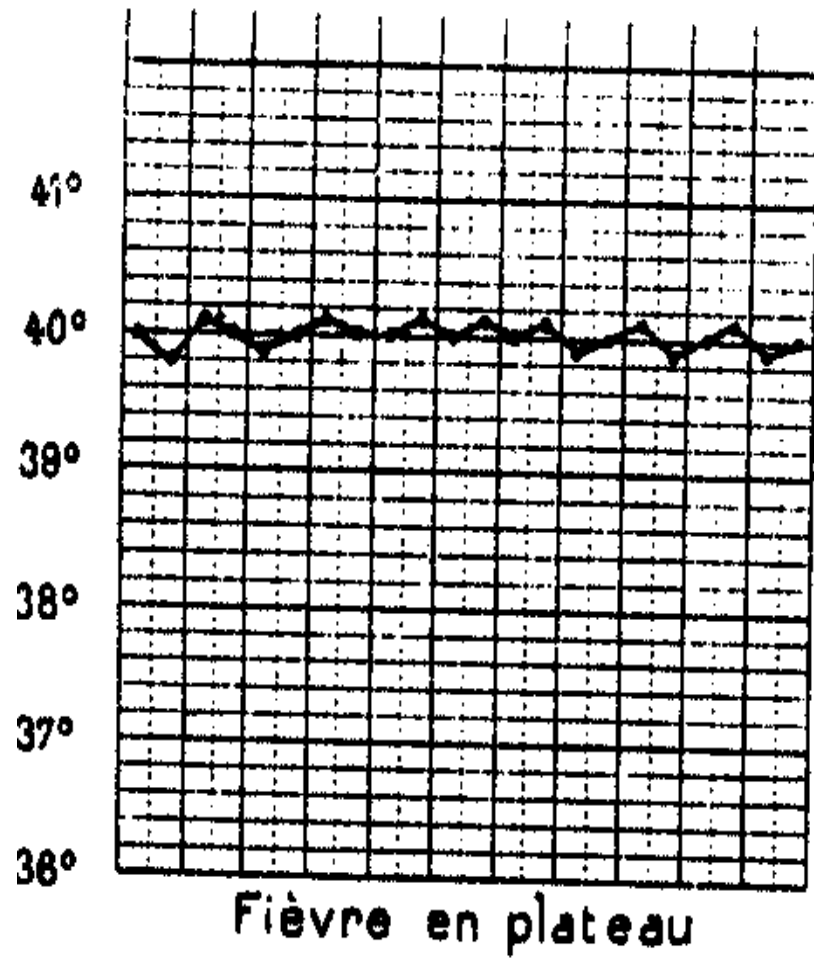
- **Coup de chaleur**
 - classique : en cas de comorbidité (maladie cardiovasculaire, troubles neurologiques ou psychiatriques, obésité, sujet âgé ...)
 - à l'effort
- **Hyperthermie maligne** : au cours d'une anesthésie générale (succinylcholine, halothane)
 - parfois jusqu'à 10h après l'induction
 - lié à une anomalie héréditaire au niveau des muscles striés
- **Syndrome malin des neuroleptiques**
 - réaction idiosyncrannique à des agents psychotropes
 - principaux agents en cause : halopéridol, tiapride, rispéridone, métoclopramide
 - tableau neurologique important : rigidité musculaire (tuyau de plomb), tremblements, dystonies, dyskinésies, troubles mentaux, instabilité végétative (tachycardie, tachypnée, arythmies cardiaques, HTA, hypotension, sudations...)

Mode d'installation

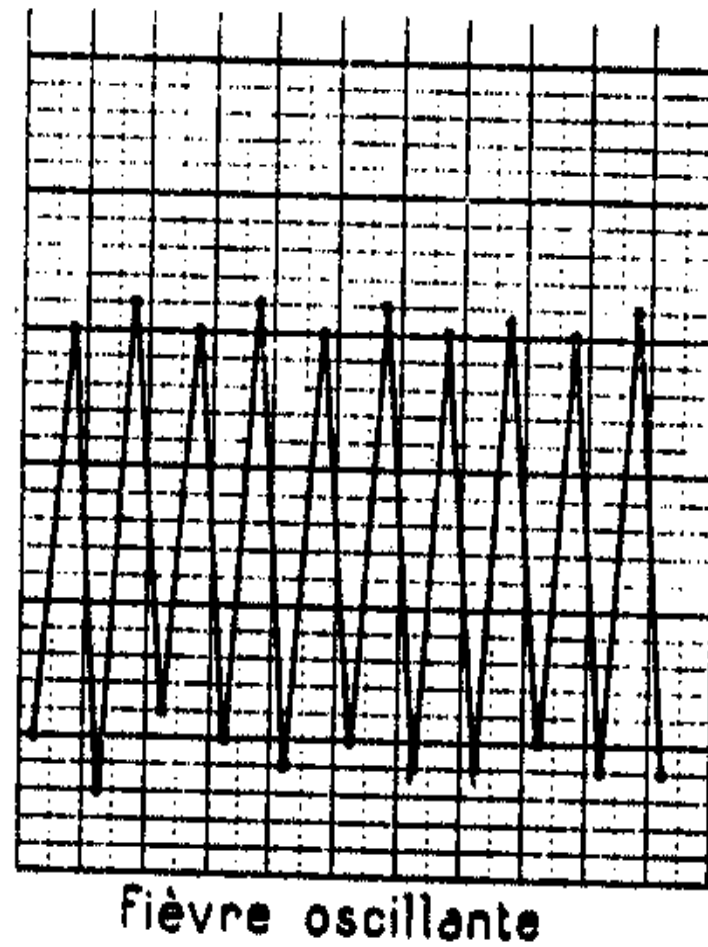
- fièvre aiguë : < 5 jours
- fièvre persistante : > 20 jours

Evolution de la fièvre : analyse de la courbe thermique

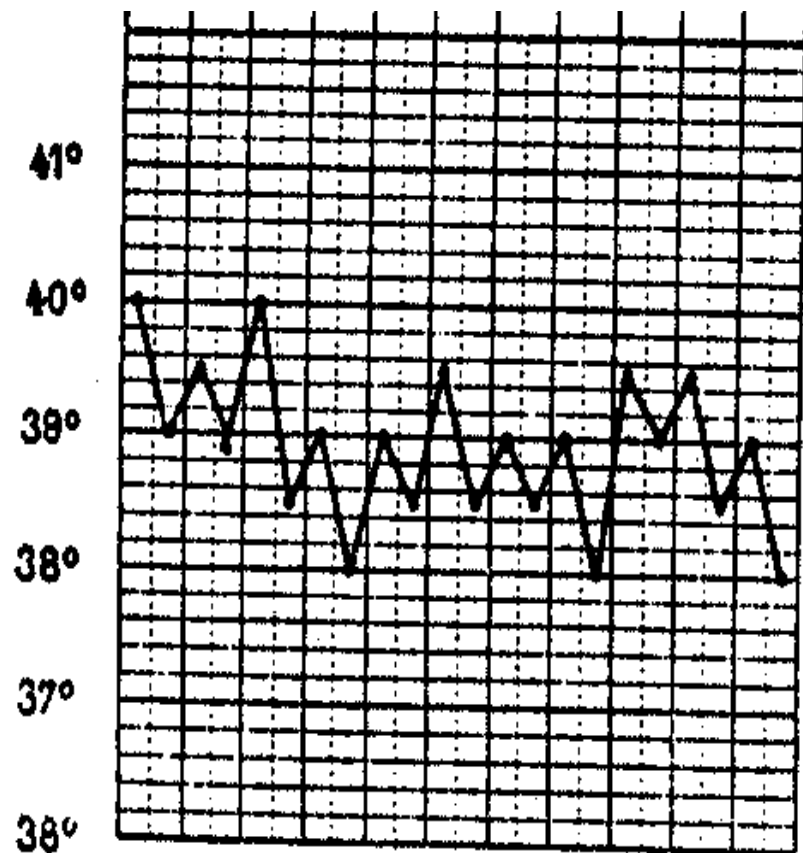
- En plateau ou continu
- Ondulante
 - fièvre de Pal Ebstein
- Intermittente (pseudopalustre)
- Rémittente
- Oscillante
- Hectique
- Fébricules (« états subfébriles »)



Fièvre typhoïde

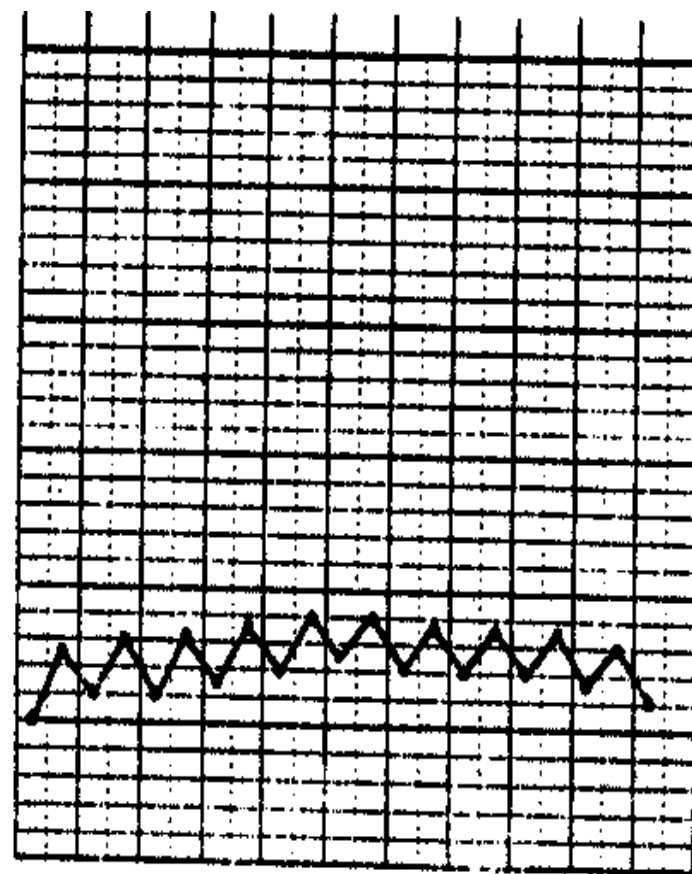


Septicémies



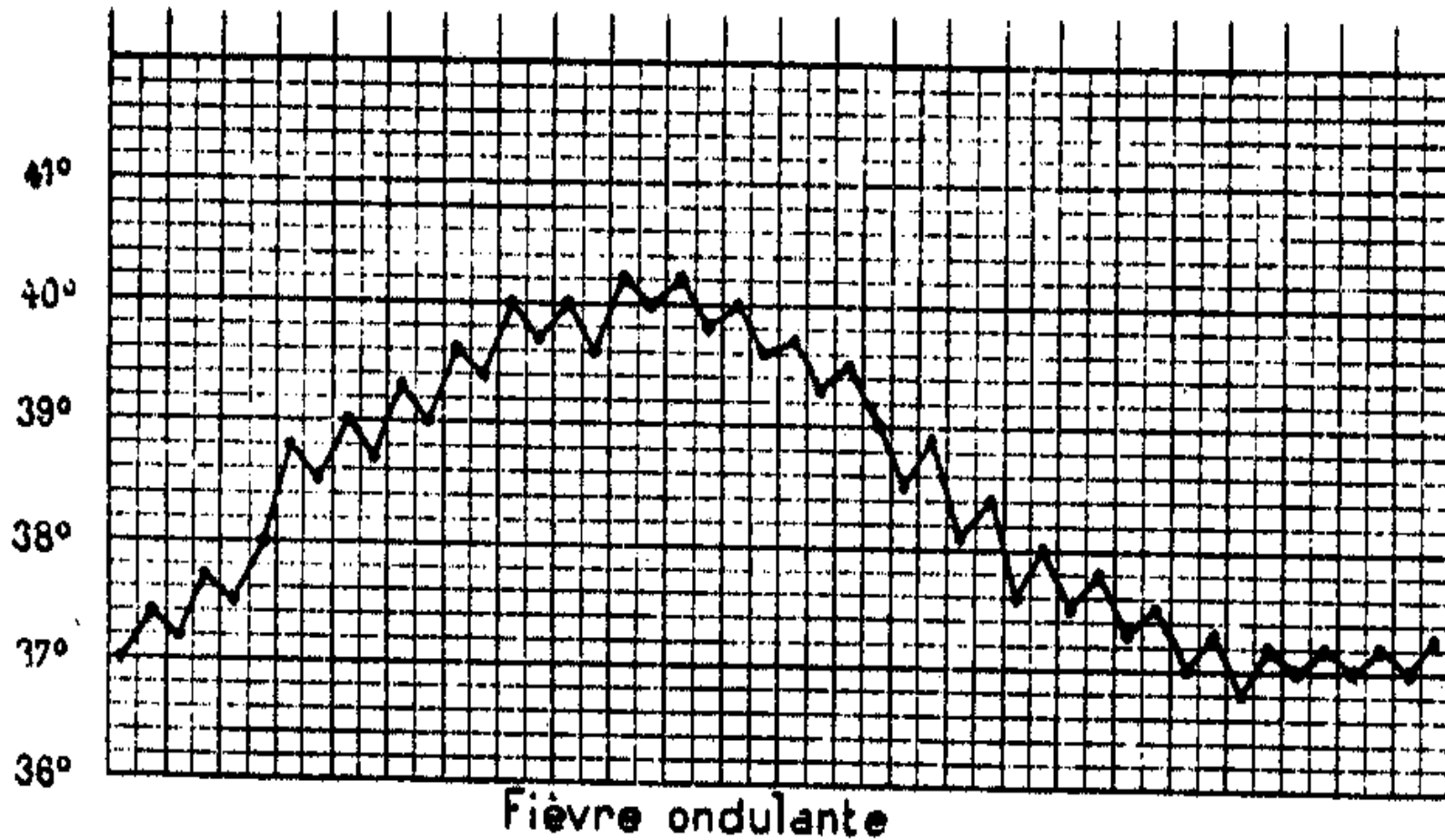
Fièvre rémittente

Infections localisées

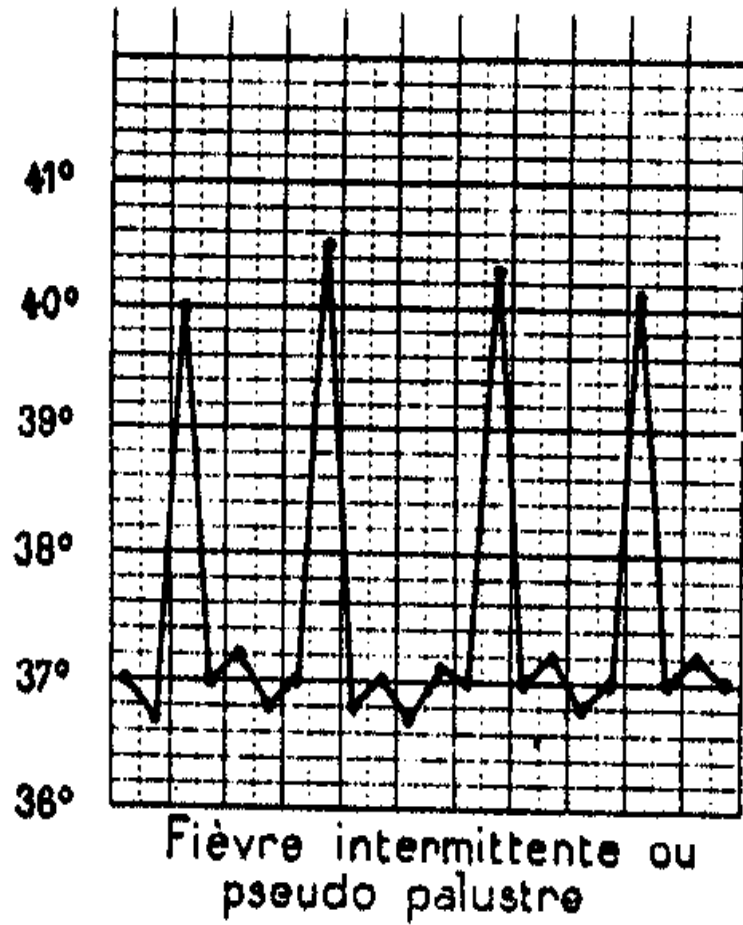


Fébricule

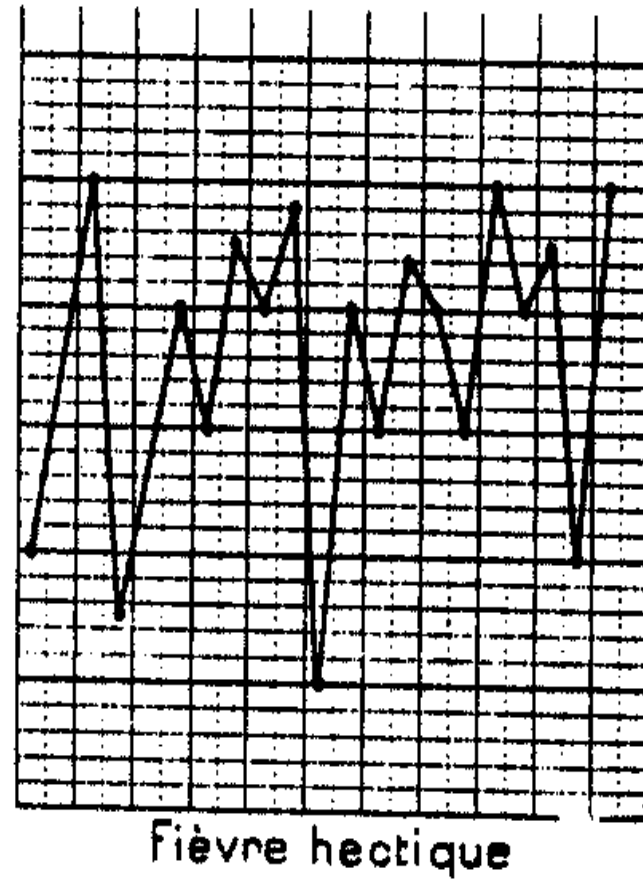
Tuberculose, TVP



Brucellose, lymphome de
Hodgkin (fièvre de Pal Ebstein)

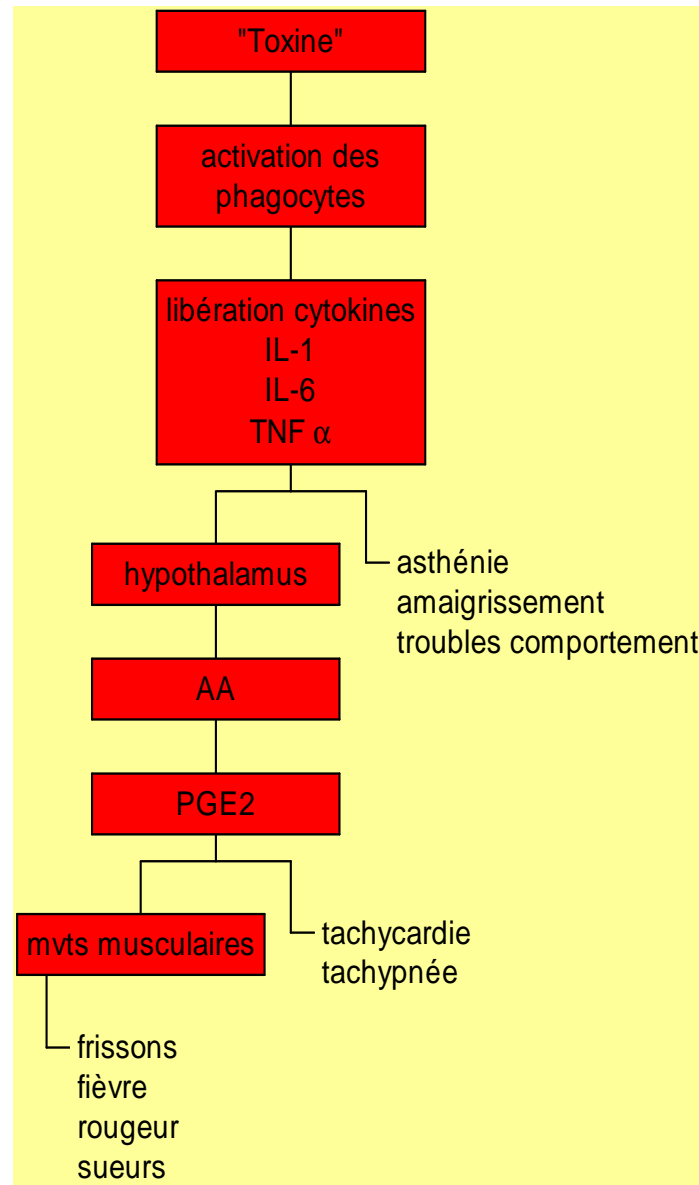


Malaria



Abcès profonds

Conséquences cliniques



Contextes particuliers

- Fièvre aiguë chez l'opéré récent
- Neutropénie fébrile
- Immunocompromis
- Fièvre aux soins intensifs
- Fièvre sous ventilation mécanique
- Fièvre au retour des Tropiques

Fièvre aiguë

Température normale

Sujette à des variations individuelles
physiologiques: **35,8-37,1 °C**

et

- variation nycthémérale
- variation au cours du cycle menstruel
- variations liées à l'émotion, à l'exercice, à la digestion, à la T° ambiante

Évaluer les signes de mauvaise tolérance

- déshydratation
- hypotension, choc
- pouls trop rapide ou trop lent
- hyperventilation
- cyanose, marbrures, purpura
- troubles de la conscience
- chute de la diurèse
- niveau de fièvre: « maligne » si $> 42^{\circ}\text{C}$
- se méfier de l'immunodéprimé

Fièvre aiguë à pouls

Normalement $+ 1^{\circ}\text{C} = + 8 \text{ à } 12 \text{ batt/min}$

Trop rapide:

- sepsis sévère
- choc toxi-infectieux
- maladie thrombo-embolique

Trop lent:

- fièvre factice
- HTIC
- fièvre typhoïde
- pneumopathies atypiques
- hépatite virale
- oreillons

Orientation diagnostique

Isolée : rare

- médicaments
- malaria
- hépatite
- abcès hépatique
- endocardite
- ...

Associée à une symptomatologie focale:

- pyélonéphrite, prostatite
- angine
- otite
- méningite
- pneumonie lobaire
- ...

Sepsis et sepsis sévère

- **SIRS** (syndrome de réponse inflammatoire systémique) : si deux ou plus des conditions suivantes sont remplies
 - température $< 36^{\circ}\text{C}$ ou $> 38^{\circ}\text{C}$
 - fréquence cardiaque $> 90/\text{min}$
 - fréquence respiratoire $> 20/\text{min}$ ou $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ mm Hg}$
 - leucocytose $> 12.000/\text{mm}^3$, $< 4.000/\text{mm}^3$ ou présence de formes immatures circulantes ($> 10\%$ des cellules)
- **Sepsis** : si le SIRS est dû à une infection
- **Sepsis sévère** : si le sepsis est associé à une dysfonction organique, de l'hypoperfusion (acidose lactique, oligurie, troubles de conscience,...) ou de l'hypotension artérielle ($\text{TAs} < 90 \text{ mm Hg}$ ou chute de $> 40 \text{ mm Hg}$ de la valeur de base sans autre raison connue)
- **Choc septique** : sepsis avec hypotension, malgré un remplissage adéquat, avec des signes d'hypoperfusion
 - l'hypotension peut manquer si des agents vasopresseurs sont administrés

Fièvre persistante

Aussi appelée **fièvre d'origine indéterminée**
(FOI)

Cas clinique illustratif # 1

Patiente de 51 ans, admise pour un problème de fièvre récidivante depuis 3 mois

- Frissons lors des épisodes de fièvre
- Accompagnée de toux productive avec expectorations purulentes et de douleurs dans le haut du dos
- Pas d'amélioration sous l'association amoxicilline + clavulanate
- Perte de 15 kgs malgré un appétit conservé, asthénie
- Apparition d'une dyspnée d'effort modérée

Contexte pathologique

- Tabagisme : occasionnel, arrêt définitif il y a 12 ans
- Infirmière (active)
- Il y a ~ 12 ans : arthrite rhumatoïde (sans séquelle apparente), traitée par AINS
- **Cancer bronchique** non à petites cellules (épithélioma à grandes cellules) du LSG
 - Diagnostiqué il y a 8 ans
 - Guéri après 3 cycles de chimiothérapie (carboplatine + paclitaxel + gemcitabine) et radiothérapie thoracique (66 Gy en fraction de 2 Gy).

Examen physique

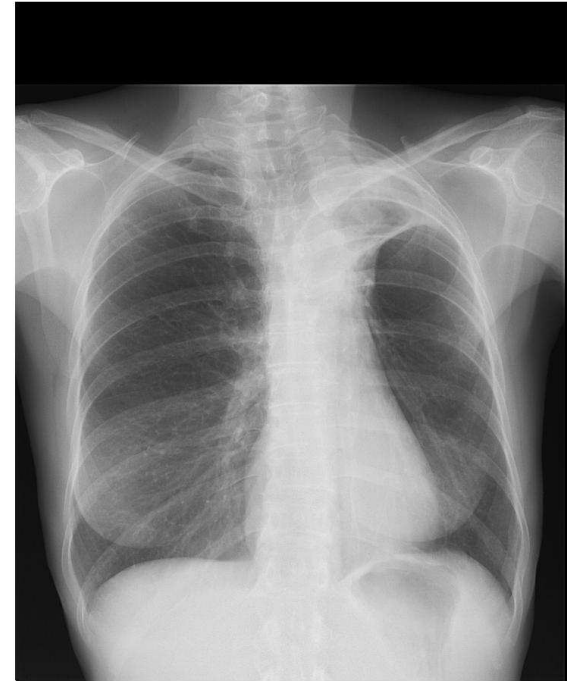
- TA 110/60 mm Hg
- RC 120/min
- T° 37,2 °C
- Maigre et pâle
- Examen cardio-pulmonaire : normal

Examens complémentaires de base

- CRP : 69,7 mg/dl et VS : 110 mm/h
- EHC : 7.950 GB/mm³ avec 70 % PN, 10,1 g/dl d'hémoglobine et 730.000 plaquettes/mm³
- Ionogramme : N ; fonction rénale : N
- D-Dimères : 1.151 ng/ml ; fibrinogène : 837 md/dl ; PTT, TTP : N
- Ph Alc, sGOT, sGPT, LDH : N

Suite

- Examens
microbiologiques : 6
HC (nég) , culture
expectos (nég)
- RX thorax : importants
remaniements
rétractiles sommet
gauche



Pistes à ce stade

- Surinfection séquelles radiques ?
- Maladie thrombo-embolique ?
- Cancer bronchique : deuxième néoplasie ?
récidive ???

Examens de première intention

TEP:

- Foyer hypermétabolique rétroclaviculaire droit
- Hypercaptation LSG
- Adénopathie sous-carinaire modérément hypermétabolique
- Petit foyer suprahilaire gauche modérément hypermétabolique
- Captation inhabituelle oreillette gauche



Examens de 2^{ème} intention

- TDM thoracique :
masse LSG excavée
avec infiltration
médiastinale
- Ag aspergillus circulant:
1,81 (N < 0,5)



Diagnostic retenu

- Surinfection (à aspergillus) d'une nécrose pulmonaire postradique

Cas clinique illustratif # 2

Patient de 76 ans admis il y a 15 jours pour de la fièvre

- T° à 39,1°C à l'admission, avec sudations, sans symptôme de focalisation: persistante avec des pics ente 38 et 39°C tous les jours avec FC passant de 90 à 115/min
- A l'auscultation : quelques crépitants (RX N)
- Antibiothérapie (Tazocin puis vibramycine) sans effet sur la fièvre

Contexte pathologique

- Tabagisme
- Hypercholestérolémie
- Hypertrophie bénigne de la prostate
- Diabète de type II (traité par metformine)
- **Cancer bronchique** non à petites cellules
 - Diagnostiqué il y a 10 mois suite à des hémoptysies. D'emblée généralisé avec métastase ganglionnaire coéliquale. A reçu 6 cures de chimiothérapie à base de cisplatine avec une bonne réponse
 - Rechute deux mois plus tôt avec métastases hépatiques et osseuses. Reçoit de l'erlotinib depuis une semaine.

Examens complémentaires de base

- CRP : 113 mg/dl
- EHC : 27.700 GB/mm³ avec 91 % PN
- Ionogramme : N ; glycémie : 275 mg/dl
- Urée & créatinine : 75 et 1,64 mg/dl (va se normaliser)
- Ph Alc, sGOT, sGPT, LDH : N
- Examen des urines (EMU, tigette) : traces de protéines et présence +++ de glucose