

L'enfant est malade!

Dr méd. Michelle Seiler^a, Dr méd. Christa Relly^b, Dr méd. Georg Staubli^a

Universitäts-Kinderspital Zürich

^a Interdisziplinäre Notfallstation, ^b Abteilung Infektiologie und Spitalhygiene



La fièvre génère de nombreuses angoisses et elle constitue le motif le plus fréquent pour lequel les parents consultent un médecin avec leurs enfants malades. Quels facteurs aident à distinguer les enfants qui sont gravement malades et quand des examens supplémentaires sont-ils indiqués?

Introduction

Le service des urgences de l'hôpital pédiatrique de Zurich, avec plus de 40 000 patients par an, est chaque jour à plusieurs reprises fréquenté par des parents inquiets et leurs enfants, car ces derniers ont de la fièvre.

Curieusement, l'idée selon laquelle la fièvre serait dangereuse est très largement répandue dans la population. Pourtant, la fièvre est un symptôme et pas une maladie; il s'agit d'une réaction normale de l'organisme à une infection. La définition de la fièvre est sujette à controverse; une température corporelle rectale >38 °C en est une définition possible. **L'intensité de la fièvre ne renseigne en rien sur la sévérité de la maladie; en particulier les enfants en bas âge développent souvent une fièvre pouvant excéder les 40 °C. La fièvre n'est pas dangereuse et ne doit pas être abaissée, hormis si l'enfant se sent mal ou s'il ne boit pas suffisamment.** Par ailleurs, faire baisser la fièvre de manière conséquente ne permet pas de prévenir les convulsions fébriles. Le traitement antipyrétique n'est pas abordé dans cet article.

Les causes les plus fréquentes de fièvre sont les infections virales, mais les infections bactériennes doivent néanmoins être détectées. Cette distinction est difficile à faire. Une anamnèse minutieuse et un examen somatique, combinés à l'expérience, permettent toutefois d'y parvenir dans la plupart des cas.

Le triage présenté dans figure 1 a fait ses preuves lorsqu'un enfant malade se présente avec ses parents au cabinet médical.



Michelle Seiler

Anamnèse

L'anamnèse nous livre des informations déterminantes qui nous aident à savoir pourquoi un enfant a de la fièvre, s'il s'agit d'une infection virale auto-limitante ou, au contraire, si une affection dangereuse pourrait se cacher derrière le symptôme «fièvre».

Lorsque des parents expliquent par ex. que leur enfant de 2 ans a pris froid, qu'il a le rhume et touse, qu'il se sent bien dès que la fièvre est tombée et saute, joue et rit, et qu'il boit bien, il s'agit d'une description très évocatrice d'une affection virale bénigne. Il n'y a donc pas d'urgence aiguë.

Lors du recueil de l'anamnèse, il convient de poser des questions sur les points suivants:

- durée de la fièvre (éventuellement fièvre biphasique);
- symptômes (rhume, toux, vomissements, diarrhée);
- apports hydriques;
- état général (y compris après la chute de la fièvre);
- anamnèse de voyage (séjour à l'étranger);
- contacts avec des animaux;
- maladie préexistante;
- statut vaccinal;
- anamnèse environnementale.

Age

Plus l'enfant malade est jeune, plus il est difficile d'évaluer correctement son état de santé. Sur la base de ce constat et compte tenu de l'incidence accrue des infections bactériennes invasives au cours de la période néonatale, les nourrissons de moins de 3 mois présentant de la fièvre devraient rapidement être évalués par un médecin expérimenté. En particulier les enfants fébriles jusqu'à l'âge de 4 semaines doivent immédiatement faire l'objet d'un diagnostic approfondi avec prélèvement d'échantillons de sang, d'urine et de liquide céphalo-rachidien pour mise en culture avant l'initiation d'une antibiothérapie intraveineuse empirique.

Maladie préexistante

Si le patient fébrile est atteint d'une maladie préexistante associée à un risque accru d'infections invasives (par ex. drépanocytose ou immunosuppression), des examens supplémentaires doivent être réalisés en urgence.

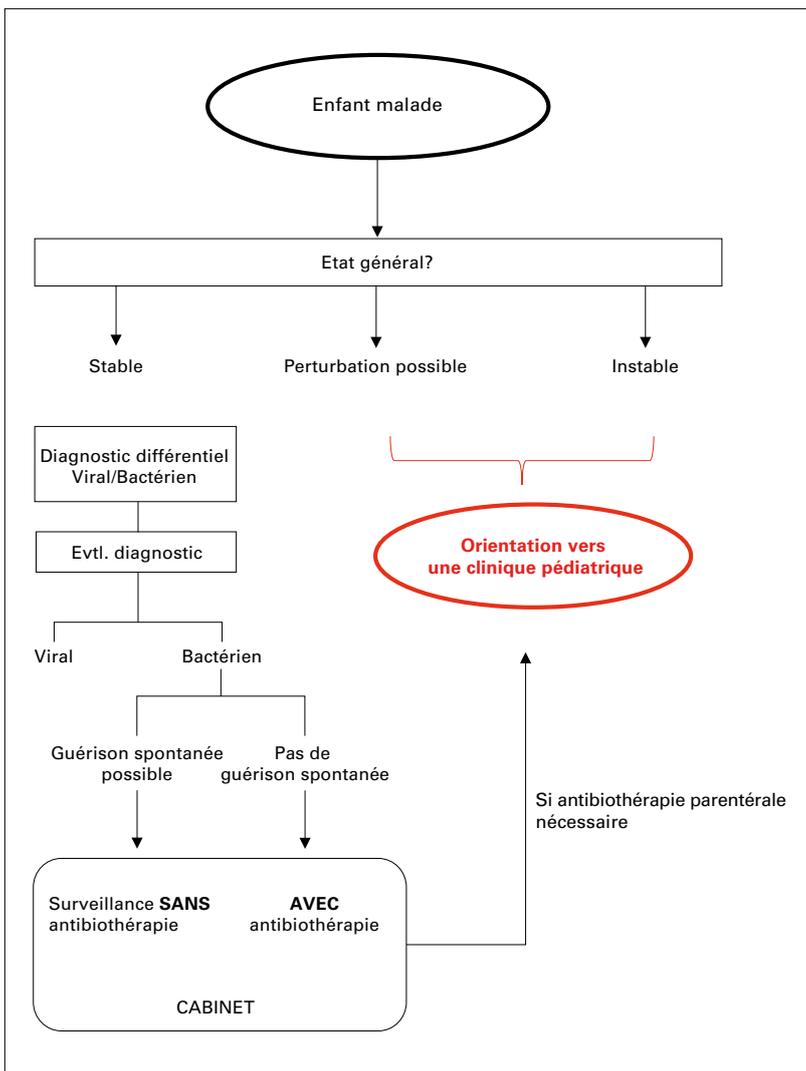


Figure 1: Triage au cabinet médical (source: Nadal D, Berger C. Bakterielle Infektionen beim Kind. ComMed Healthcare; 2003. Reproduction avec l'aimable autorisation).

Retour de voyage

En cas de fièvre après un séjour dans les tropiques, il convient, en fonction de la destination de voyage, d'exclure la **fièvre typhoïde et le paludisme**. Le profil typique et souvent décrit de la fièvre en cas de paludisme fait souvent défaut dans la pratique. Un diagnostic du paludisme est dès lors indiqué chez tout enfant fébrile revenant d'une zone impaludée. Des informations utiles sont disponibles sur www.safetravel.ch.

Examen clinique

Chez tout enfant fébrile, il convient d'essayer d'apprécier la sévérité de l'infection. L'observation de l'enfant livre à elle seule déjà des informations essentielles: Quel est son état général? Se promène-t-il dans la pièce?

De quelle couleur est son teint? Comment est sa respiration? Ensuite, il convient d'évaluer la circulation sanguine périphérique. Si elle est intacte, cela s'oppose à la présence d'un choc septique (extrémités chaudes avec remplissage capillaire rapide; pouls périphérique fort et de fréquence normale).

L'examen clinique précis destiné à rechercher le foyer de la fièvre est l'art du médecin et il ne peut être remplacé par aucun test de laboratoire.

Dans les lignes qui suivent, nous présentons les maladies infectieuses nécessitant un traitement les plus fréquentes, avec leurs signes cliniques respectifs et les principales mesures diagnostiques et thérapeutiques.

Otite moyenne aiguë

Les douleurs représentent le principal symptôme de l'otite moyenne. L'examen révèle un tympan rouge et bombé, avec une perte de relief; la perforation du tympan enflammé donne lieu à une otorrhée. La distinction clinique entre une otite moyenne aiguë virale et bactérienne est impossible, et une guérison spontanée de l'otite moyenne aiguë est également observée dans 69–97% des cas d'infection bactérienne. Il est dès lors recommandé d'adopter une approche thérapeutique progressive, avec en premier lieu uniquement un traitement analgésique.

Angine tonsillaire

L'angine tonsillaire provoquée par les streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A est probablement sur-diagnostiquée. Sont principalement atteints d'angine à streptocoques du groupe A les enfants d'âge scolaire, avec un pic de la maladie en hiver et au printemps; cette affection donne lieu à une fièvre soudaine, à des maux de gorge et des douleurs à la déglutition intenses et à une lymphadénite cervicale, sans rhinite, toux ni conjonctivite. Les amygdales sont enflées et très rouges, et elles peuvent être parsemées de points blancs. Etant donné que jusqu'à **25% des enfants sont porteurs de streptocoques du groupe A durant les mois d'hiver, un test rapide de détection des streptocoques A devrait uniquement être réalisé en cas de forte suspicion clinique**, en cas de confirmation du diagnostic de suspicion, une antibiothérapie par pénicilline devrait être initiée [1]. **En l'état actuel des connaissances, l'antibiothérapie n'a plus pour but primaire de prévenir les complications tardives, telles que le rhumatisme articulaire aigu**, mais d'obtenir une amélioration plus rapide des symptômes, surtout en cas de forte dysphagie. Afin de minimiser les antibiothérapies inutiles dans le cadre d'angines virales, le «Pediatric Infectious Disease Group of Switzerland» (PIGS) a publié les critères présentés dans la figure 2.

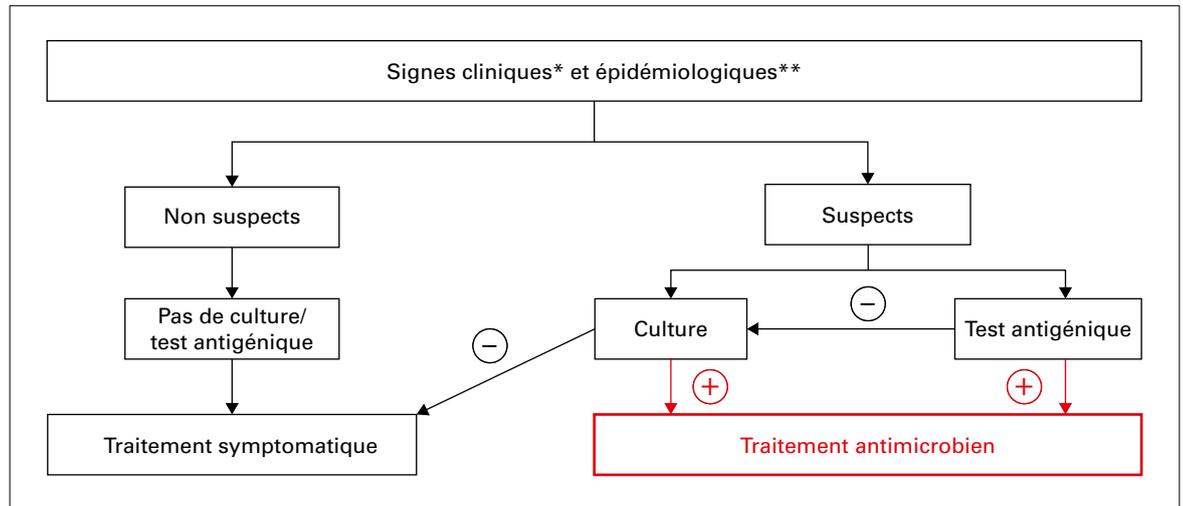


Figure 2: Critères pour l'initiation d'une antibiothérapie en cas d'angine tonsillaire à streptocoques A (source: www.pigs.ch 2010; PIGS [«Pediatric Infectious Disease Group of Switzerland»], reproduction avec l'aimable autorisation).

* Critères de CENTOR modifiés: fièvre, angine aiguë (rougeur, dépôts), lymphadénite cervicale, SANS: rhinite, conjonctivite, otite, enrouement, toux

** Age (5–) 10–15 ans, période de l'année: hiver/printemps

Pneumonie

Les patients atteints de pneumonie présentent typiquement un état général diminué, une respiration accélérée avec tachypnée (avant tout chez les enfants en bas âge), une dyspnée avec tirage thoracique et une toux. Le spectre clinique est vaste, allant de la fièvre sans foyer (avant tout chez les nourrissons) jusqu'aux symptômes d'abdomen aigu. Les bruits respiratoires augmentés ou atténués et les râles crépitants fins sont évocateurs d'une pneumonie; en cas de pleuropneumonie, il y a en plus une matité à la percussion. Les virus sont les agents pathogènes les plus souvent res-

ponsables d'une pneumonie. Ils provoquent une infection à plusieurs niveaux (rhinite, pharyngite, conjonctivite) et souvent une anomalie obstructive à l'auscultation. La radiographie thoracique elle ne permet pas de déterminer l'étiologie microbiologique de l'infection, mais une antibiothérapie doit néanmoins être initiée en cas de pneumonie lobaire avec/sans épanchement et de suspicion de cause bactérienne [2]. Le PIGS a défini les critères suivants pour l'initiation d'une antibiothérapie (tab. 1).

Pyélonéphrite

Chez un nourrisson avec fièvre sans foyer, il convient de rechercher activement et d'exclure une pyélonéphrite. A cet effet, il convient de réaliser une analyse urinaire et une culture urinaire à partir d'urines prélevées dans des conditions d'asepsie (principalement par cathéter à usage unique ou ponction vésicale suspubienne) [3]. En raison des résistances croissantes aux antibiotiques traditionnellement employés, une culture urinaire et un antibiogramme sont nécessaires afin de traiter correctement les patients. Par conséquent, il est obsolète de diagnostiquer une infection urinaire fébrile sur la base des urines collectées dans une poche. Par contre, des analyses urinaires sans particularités réalisées sur des urines collectées dans une poche rendent une pyélonéphrite très improbable. En outre, une analyse urinaire ne doit pas être réalisée en présence d'un foyer clinique de fièvre chez les enfants âgés de >1 mois. Il en va de même pour les enfants d'âge scolaire en l'absence de dysurie.

Tableau 1: Critères pour l'initiation d'une antibiothérapie en cas de pneumonie chez l'enfant (en bas âge).

Signes de pneumonie (anamnèse et examen clinique)

Fièvre >38,5 °C, détérioration rapide, toux

Tachypnée, tirage, battement des ailes du nez, gémissements

Anomalies à l'auscultation (âge >1 ans):

signes en faveur d'une pneumonie:

Différence entre les deux côtés, bruits respiratoires atténués d'un côté

Signes en défaveur d'une pneumonie nécessitant des antibiotiques:

Absence de tachypnée, respiration sifflante («wheezing»)

Eventuellement radiographie thoracique en plus: infiltrat alvéolaire

Oui → Argument en faveur d'une antibiothérapie

Non → Initialement, surveillance sans antibiothérapie

Source: www.pigs.ch 2010; PIGS («Pediatric Infectious Disease Group of Switzerland»), reproduction avec l'aimable autorisation.

Méningite

Les enfants atteints de méningite se présentent le plus souvent dans un état général diminué, avec fièvre, douleurs au niveau de la nuque et/ou du dos, ainsi que céphalées et vomissements en tant que reflet d'une pression intracrânienne accrue. Ces symptômes classiques peuvent faire défaut chez les enfants en bas âge, qui ont plutôt tendance à pleurer beaucoup et à être irritables et apeurés. Un méningisme doit être soigneusement recherché à l'examen clinique. **Au cours de la 1^{ère} année de vie, le méningisme peut faire défaut**, mais l'enfant peut (mais ne doit pas nécessairement!) présenter une fontanelle bombée témoignant d'une pression intracrânienne accrue. En cas de suspicion de méningite, l'enfant doit immédiatement être adressé à un service d'urgences pédiatriques pour diagnostic et traitement [4].

Seule la ponction lombaire permet de distinguer avec certitude une méningite virale d'une méningite bactérienne.

Ostéomyélite/arthritis septique

Les enfants souffrant d'infections ostéo-articulaires bactériennes adoptent le plus souvent une posture de ménagement liée à la douleur, pouvant aller jusqu'au refus de marcher. A l'examen clinique, on retrouve, en fonction de la localisation, uniquement une posture de ménagement ou une douleur à la pression, mais parfois aussi des signes inflammatoires locaux évidents, tels que rougeur, tuméfaction et chaleur excessive. Chez les enfants en bas âge, la détection d'une **spondylodiscite**, en particulier, représente un défi, car les manifestations cliniques sont le plus souvent très subtiles; les enfants évitent typiquement les mouvements de flexion de la colonne vertébrale (**dos raide, refus de s'asseoir, douleurs lors du change**). Dans de telles situations, il est essentiel de songer à la possibilité d'une infection osseuse et d'initier des mesures diagnostiques complémentaires (analyse sanguine, examens radiologiques) et un traitement. En particulier chez les jeunes enfants, la **CRP et l'hémogramme peuvent être normaux, et seule une augmentation de la vitesse de sédimentation indique une infection ostéo-articulaire**.

Sepsis

Le sepsis est responsable de la majeure partie de la mortalité infantile et il doit dès lors être envisagé chez tout enfant fébrile. Les nouveau-nés, nourrissons et **enfants en bas âge** représentent de loin la plus grande population à risque.

L'évaluation d'un enfant hautement fébrile est difficile, car ces enfants présentent souvent un état général diminué, sont plaintifs, présentent une tachycardie et

possiblement aussi un teint marbré. Dans ces situations, **nous recommandons un traitement antipyrétique et une réévaluation clinique étroite afin de déterminer si les anomalies sont liées à la fièvre élevée ou à la maladie**. Si l'enfant reste dans un état diminué et tachycarde après la baisse de la fièvre, il convient de songer à la possibilité d'un sepsis et d'agir en conséquence (prélèvement d'hémocultures, expansion volémique et antibiothérapie par voie intraveineuse). L'enjeu consiste à détecter un choc septique compensé et à le traiter directement avant le développement d'un choc septique décompensé avec hypotension artérielle. Les principaux signes cliniques d'un choc septique sont:

Choc septique: principaux signes cliniques

- Etat général diminué
- Dyspnée (respiration haletante)
- Teint pâle, grisâtre
- Extrémités froides
- Remplissage capillaire prolongé >2 secondes
- Tachycardie après baisse de la fièvre
- Altération de la conscience
- Hémorragies cutanées (pétéchies ou suffusions)

Sont particulièrement redoutées les infections à méningocoques invasives d'évolution fulminante, qui concernent avant tout les nourrissons âgés de 6–12 mois et les adolescents. La maladie débute souvent par une **infection des voies respiratoires supérieures, suivie d'une détérioration aiguë**. Outre les signes classiques de sepsis, tels que les extrémités froides et le teint pâle-grisâtre, les patients présentent également des **frissons** en tant que manifestation d'une bactériémie et les adolescents touchés se plaignent souvent de douleurs aux jambes. A l'examen clinique, **des altérations cutanées au niveau des extrémités et du tronc** sont retrouvées dans 75% des cas. Ce diagnostic de suspicion clinique requiert une intervention rapide avec initiation immédiate d'un traitement aigu sans attendre par ex. les résultats de laboratoire, notamment parce que les patients atteints de sepsis peuvent encore présenter initialement des paramètres inflammatoires (leucocytes, CRP) normaux.

Syndrome du choc toxique

Lorsqu'une patiente se présente au service des urgences dans un état général diminué avec des vomissements, des diarrhées, une hyperémie des conjonctives et un **exanthème rouge** fin et qu'elle a en même temps ses menstruations, le diagnostic de suspicion de syndrome du choc toxique (SCT) peut être rapidement posé. La patiente doit immédiatement être traitée par expansion volémique et antibiothérapie par voie intraveineuse.

Correspondance:
Dr méd. Michelle Seiler
Universitäts-Kinderspital
Zürich
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich
Michelle.Seiler[at]
kispi.uzh.ch

Le SCT est une affection potentiellement fatale associée à une mortalité pouvant atteindre 50% et il doit être détecté et traité rapidement. Le SCT menstruel classique est provoqué par des souches de *Staphylococcus aureus* productrices de toxines. La toxine TSST-1 agit comme un superantigène et elle entraîne une libération massive de cytokines. Cette dernière est à l'origine des symptômes typiques, avec fièvre élevée et atteinte du tractus gastro-intestinal (vomissements, diarrhées), des muqueuses (entre autres hyperémie conjonctivale), du foie, des reins, des muscles (myalgies prononcées) et du système nerveux central. Après 1 à 2 semaines, une desquamation en larges lambeaux s'observe au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds.

A la fois le SCT à staphylocoques classique et le SCT à streptocoques doivent être détectés rapidement et être traités sans délai par antibiothérapie parentérale.

Dans la pratique clinique quotidienne, il est déterminant de songer à cette maladie dangereuse avec défaillance multiviscérale potentielle non seulement chez les adolescentes, mais également chez tous les patients présentant des lésions cutanées, comme par ex. la varicelle et des brûlures.

Le SCT chez les patients ayant des brûlures est particulièrement redouté, car il constitue toujours la cause la plus fréquente de décès inattendu chez les enfants présentant des brûlures peu étendues. Par conséquent, il est essentiel de connaître la «règle des 2» pour l'identification des patients à risque:

«Règle des 2» en cas de brûlures

Le SCT survient typiquement:

- en cas d'atteinte de 2% de la surface corporelle (brûlure peu étendue)
- chez les patients atteints de 2 ans (enfants en bas âge)
- 2 jours après l'accident

Une vigilance accrue est décisive pour détecter cette affection dangereuse et adresser immédiatement les patients à un hôpital.

Résumé

Les infections auto-limitantes bénignes constituent les causes les plus fréquentes de fièvre chez les enfants. Toutefois, il ne faut pas passer à côté des infections graves ou invasives, qui sont courantes chez les enfants en bas âge. Une anamnèse minutieuse et un examen clinique précis permettent dans la plupart des cas de faire cette distinction. Les examens de laboratoire ne font que compléter l'anamnèse et l'examen clinique et ils ne permettent ni de diagnostiquer ni d'exclure une infection grave.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Berner R, Bialek R, Borte M, Forster J, Heininger U, Liese JG, et al. DGPI Handbuch, Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie. e.V., 6. Auflage 2013;509–16.
- 2 Nadal D, Berger C. Bakterielle Infektionen beim Kind. ComMed Healthcare; 2003.
- 3 Girardin E. Groupes de travail suisses de néphrologie pédiatrique et d'inféctiologie pédiatrique. Traitement des infections urinaires chez l'enfant. Paediatrica. 2008;19(4):17–21.
- 4 Azzi T, Belvedere M, Relly C, Nadal D. Méningite purulente aiguë chez l'enfant. Forum Med Suisse. 2016;16(41):854–60.
- 5 Frey B, Bär W, Berger T, Cotting J, Hammer J, Micallef J, et al. Die Früherkennung und Frühtherapie des septischen Schocks kann Leben retten. Paediatrica. 2011;22(5):8–11.

L'essentiel pour la pratique

- La fièvre est un symptôme et elle n'est fondamentalement pas dangereuse.
- Il convient de traiter l'enfant malade et non pas une température corporelle spécifique.
- Les infections les plus fréquentes sont virales.
- L'anamnèse et l'examen clinique permettent d'exclure les infections bactériennes nécessitant un traitement les plus fréquentes (méningite, pneumonie, ostéomyélite/arthritis septique, pyélonéphrite, angine tonsillaire, otite moyenne aiguë).
- Les nouveau-nés, nourrissons et enfants en bas âge présentent un risque accru de contracter des affections invasives.
- Les signes d'alarme d'un sepsis sont les frissons, la tachycardie, une circulation périphérique limitée et un état général détérioré malgré un traitement antipyrétique.