

Etat fébrile sans cause évidente d'emblée au cabinet du généraliste



Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 13 von «PrimaryCare» erschienen.

Klaus Bally

Incidence

■ «Fièvre non spécifique»: 5,5% des patients consultant le médecin de famille (contre par exemple 0,87% pour les infections urinaires) [1].

■ *Définition de la fièvre non spécifique de N. Braun* [2]: état fébrile s'accompagnant de manifestations non spécifiques, telles que douleurs des parties molles, céphalées et/ou douleurs oculaires, ainsi que de différentes formes de catarrhes non caractéristiques du tractus respiratoire, du tube digestif et/ou des voies urinaires.

Diagnostic

Définition

■ *Etat fébrile*: >37,2 °C sublingual ou 37,7 °C rectal à 6 h, >37,7 °C sublingual ou 38,2 °C rectal à 18 h. La mesure axillaire n'est pas appropriée (ne reflète souvent pas la température centrale du corps).

■ Le thermomètre tympanique mesure le rayonnement infrarouge émis par le tympan.

■ Variations physiologiques au cours de la journée pouvant atteindre 1 °C; la température est augmentée à la suite d'efforts physiques et durant la 2^e moitié du cycle menstruel. La température est souvent plus basse chez les personnes âgées; dans 20–30% des cas, des infections même sévères peuvent évoluer sans état fébrile chez ces patients [3].

■ Attention: une température très élevée chez une personne âgée doit faire évoquer la possibilité d'une hyperthermie maligne, d'un syndrome malin des neuroleptiques, d'un coup de chaleur ou encore d'une fièvre médicamenteuse («drug fever»).

■ *Fièvre peu claire (sans cause apparente)*: l'anamnèse classique et l'examen clinique de routine n'ont pas fourni d'explication quant à l'étiologie de l'état fébrile [4].

■ *Etat fébrile d'origine indéterminée (Fever of unknown origin, FUO)*: persistance d'une température rectale >38,3 °C pendant 3 semaines, dont l'étiologie n'a pas pu être établie après une semaine d'investigations approfondies en milieu hospitalier (aujourd'hui souvent ambulatoire) [4]. Causes: infec-

tions (25,7%), néoplasies (12,6%), maladies inflammatoires non infectieuses, autrement dit collagénoses, vasculites, maladies granulomateuses (24%), fièvre médicamenteuse (1,8%), fièvre factice (febris factitia) (1,2%), origines mixtes, telles que goutte, thrombophlébite (4,8%), sans diagnostic décelable (29,9%). Des maladies auxquelles il faut penser: tuberculose, endocardite, lymphome, tumeurs solides, maladie de Still, vasculites ou maladies inflammatoires rhumatismales, abcès abdominaux, infections urinaires, maladies inflammatoires intestinales, embolies pulmonaires, drug fever.

Appréciation du risque

■ Risque augmenté quo ad vitam: chimiothérapie préalable (septicémie en cas de neutropénie), status après splénectomie (septicémie à pneumocoques), maladie tropicale (malaria, fièvre hémorragique d'étiologie virale avec thrombopénie, troubles de la coagulation), fièvre après transplantation.

Anamnèse et examen clinique [4, 7–11]

■ Exclusion de maladies potentiellement graves traitables: méningite, appendicite, otite moyenne chez l'enfant, épiglottite, malaria, embolie pulmonaire.

■ Symptômes alarmants à l'anamnèse: fortes céphalées, troubles de la conscience, frissons, lombalgies, paresthésies, douleurs des loges rénales, violentes douleurs abdominales, dyspnée, apathie et consommation insuffisante de boissons chez le petit enfant.

■ Anamnèse: maladies de base, opérations, hospitalisations, cytostatiques, immunosuppresseurs, antibiotiques, drogues, voyages à l'étranger, animaux, travail.

■ En l'absence d'indices anamnestiques et cliniques: tuberculose miliaire, abcès du foie et de la rate, septicémie à staphylocoque doré.

■ Examen clinique: voies respiratoires supérieures, oreilles chez le petit enfant, méningisme, examen physique du cœur, des poumons, de l'abdomen, des loges rénales, de la peau, adénopathies, extrémités, fond d'œil.

■ Signes alarmants: troubles de la conscience, méningisme, crises focales neurologiques, paraparésie, tachycardie, tachypnée (plus de 20/min), hypotension, lésions cutanées avec signes de CIVD, infections des parties molles, abdomen aigu.

Attitude face à un état fébrile persistant sans signes de foyer infectieux [4, 9–12]

■ La reprise de l'anamnèse (notamment sur le contexte épidémiologique, les voyages, l'environnement professionnel, les animaux, etc.) et un nouvel examen clinique approfondi trouvent finalement la cause de la fièvre dans >50% des cas.

■ Examens de laboratoire:

1. VS ou CRP, Hb, leucocytes, thrombocytes, répartition des leucocytes, glycémie, créatinine, urée, transaminases, γ GT, PAL, status urinaire, 3 \times 2 hémocultures (sans antibiotiques).
2. CPK, calcium, sodium, anticorps antinucléaires, facteurs rhumatoïdes, immunoélectrophorèse, ECA, ACAN, TSH, cryoglobuline, sérologie: CMV (surtout en cas de lymphocytose, monocytose et lymphocytes atypiques), HIV (surtout dans les groupes à risque), test à la tuberculine: faux négatif dans 25% des cas; souvent positif en l'absence de TBC active chez les personnes âgées et chez les sujets en provenance de zones endémiques.

■ Imagerie: radiographie du thorax, ultrasonographie de l'abdomen, éventuellement échocardiographie.

■ Les examens suivants sont moins rentables et peu intéressants dans la pratique: sérologies de l'EBV, du mycoplasme, de la brucellose, de la toxoplasmose, de la borréliose, de *Coxiella burnetii*, de *Chlamydia psittaci*, de la leptospirose, de l'influenza et du virus respiratoire syncytial; cultures d'urine, des selles ou des expectorations (en l'absence de symptômes d'appel); radiographie des sinus, panoramas dentaires, examens de médecine nucléaire.

■ Eventuellement utiles dans un second temps, en milieu hospitalier: biopsie de l'artère temporale chez

les personnes de plus de 55 ans, ponction de moelle, biopsie du foie, CT du thorax et de l'abdomen.

Références

- 1 Landolt-Theus PR. *Ars Medici* 1990;9:458–65.
- 2 Braun RN. Über Definition, Diagnostik und Differentialdiagnostik der Grippe unter Berücksichtigung der Situation in der Allgemeinpraxis. *Z Allgemeinmed* 1971;47:49–55.
- 3 Norman DC, Yoshikawa TT. *Infectious Disease Clinics of North America* 1996;10:93–9.
- 4 Gubler JG, et al. Fever without a recognizable cause in general practice: what should be done? *Ther Umsch* 1992;49:263–7.
- 5 Petersdorf RG, et al. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine (Baltimore)* 1961 Feb;40:1–30.
- 6 Johnson DH, et al. Drug fever. *Infect Dis Clin North Am* 1996;10:85–91.
- 7 Hirschmann JV. Fever of unknown origin in adults. *Clin Infect Dis* 1997;24:291–300; quiz 301–2.
- 8 Arnow PM, et al. Fever of unknown origin. *Lancet* 1997;350:575–80.
- 9 De Kleijn EM, et al. Fever of unknown origin (FUO). I A. prospective multicenter study of 167 patients with FUO, using fixed epidemiologic entry criteria. The Netherlands FUO Study Group. *Medicine (Baltimore)* 1997;76:392–400
- 10 De Kleijn EM, et al. Fever of unknown origin (FUO). II. Diagnostic procedures in a prospective multicenter study of 167 patients. The Netherlands FUO Study Group. *Medicine (Baltimore)* 1997;76:401–14.
- 11 Knockaert DC, et al. Fever of unknown origin in the 1980s. An update of the diagnostic spectrum. *Arch Intern Med* 1992;152:51–5.
- 12 Mourad O, et al. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Arch Intern Med* 2003;163:545–51.

Dr Klaus Bally
Spéc. FMH en médecine générale
St. Johanns-Parkweg 2
4056 Basel
klaus.bally@unibas.ch