

Klaus Bally, Peter Graber, Edy Riesen, Jean-Pierre Grob

# Fièvre et infections des voies respiratoires supérieures et inférieures<sup>1</sup>

## La fièvre

Un abrégé présentant certaines parties essentielles de cet exposé a déjà paru dans PrimaryCare [1] ainsi que dans un livre publié récemment [2]. En complément à ces résumés voici les principaux énoncés qui ont été formulés:

### Evaluation de la fièvre – comment effectuer une mesure correcte

Fièvre ou non, la température corporelle estimée sans mesure préalable, selon l'impression subjective du patient ou la présomption du médecin, présente une sensibilité et une spécificité surprenantes, allant de 70 à 80%; l'estimation du médecin n'est en aucun cas meilleure que celle du patient.

Après avoir d'abord été accueillie avec enthousiasme, la mesure tympanique de la température (mesure du rayonnement émis par le tympan) est de plus en plus déconseillée en raison des nombreuses causes possibles d'erreur liées à cette méthode (bouchon de cérumen, interférence avec la température des parois du conduit auditif). Des études récentes montrent que la température mesurée dans l'oreille et celle mesurée par voie buccale ou rectale peuvent présenter des écarts considérables.

La mesure buccale de la température est la plus fiable, à condition de prêter attention aux points suivants: durée d'au moins trois minutes, placement de l'extrémité du thermomètre sous la langue au pied du frein lingual; durant les 30 minutes précédant la mesure, ne pas prendre de repas très chauds ou très froids, ni mâcher de chewing-gum, ni inhaler de fumée. Lorsque les valeurs mesurées diffèrent, c'est la température la plus élevée qui prime.

### La stratification des risques

Une proportion toujours plus grande de personnes âgées ou immunodéficientes est soignée dans les cliniques centrales et dans les

cabinets médicaux. En outre, il est aujourd'hui courant de partir en voyage et les patients oublient parfois de mentionner un séjour qu'ils auraient fait dans une région tropicale. Il faut donc prêter une attention particulière aux situations suivantes:

- immunosuppression: chimiothérapie, stéroïdes, méthotrexate, anti-TNF-alpha, transplantation, infection VIH avec un nombre de cellules CD4 <200/ $\mu$ l,
- statut de splénectomie (sepsie à pneumocoques),
- séjour dans une région tropicale (malaria, fièvre hémorragique virale, etc.),
- âge dépassant 65 ans.

Au cabinet médical, s'il s'agit de déterminer la gravité d'une infection ou la nécessité d'une hospitalisation, l'évaluation des critères du SIRS (SIRS = *Systemic Inflammatory Response Syndrome*) ainsi que leur saisie doivent être mises en œuvre plus souvent en cas de:

- température >38° ou <36°,
- tachypnée avec une fréquence respiratoire >20/min,
- tachycardie avec une fréquence cardiaque >90/min,
- leucocytes >12×10<sup>9</sup>/l ou <4×10<sup>9</sup>/l, ou >10% de neutrophiles non segmentés.

Dès que deux de ces critères sont remplis, il faut songer à l'éventualité d'une sepsie et à une hospitalisation précoce – particulièrement s'il s'agit d'un patient à risque.

### Le traitement antipyrétique

Les bienfaits et méfaits du traitement antipyrétique n'ont pas encore été établis de manière générale de nos jours. Lors de ces traitements, il faut en principe tenir compte de certaines circonstances particulières:

- les convulsions fébriles peuvent provoquer des lésions cérébrales, avant tout chez les nourrissons et les enfants en bas âge.
- la fièvre peut conduire à des troubles quantitatifs et qualitatifs de la conscience chez des personnes âgées.
- la fièvre augmente la consommation d'oxygène de l'organisme, ce dont il faut particulièrement tenir compte chez les personnes dont l'apport d'oxygène au cœur est déficient (cardiopathie coronaire). Des altérations du métabolisme accompagnées d'une sécrétion élevée de noradrénaline s'observent principalement durant la phase de fièvre croissante.

Les recommandations suivantes en résultent pour le cabinet médical:

- prescription généreuse de médicaments antipyrétiques aux nourrissons, aux enfants en bas âge (pas d'AAS – attention au syndrome de Reye), aux personnes âgées et aux patients dont

---

Prescription généreuse de médicaments antipyrétiques seulement aux nourrissons, aux enfants en bas âge, aux personnes âgées et aux patients dont l'apport d'oxygène à certains organes vitaux est déjà compromis.

---

<sup>1</sup> Résumé d'un exposé et d'ateliers du cours de formation continue d'Arosa 2007.

l'apport d'oxygène à certains organes vitaux est déjà compromis.

- dans tous les autres cas, prescription prudente d'antipyrétiques.
- Si l'on prescrit des antipyrétiques, alors il faut le faire de manière préventive et à intervalles réguliers, avant qu'une poussée de fièvre ne soit documentée (afin d'éviter les altérations du métabolisme).

### Questions au Dr Peter Graber

*Est-ce qu'une documentation de l'évolution de la fièvre présente un intérêt pour le diagnostic au cabinet médical (évolution caractéristique de la fièvre en cas de malaria, de typhus, de brucellose, etc.)?*

Elle est peu utile au cabinet médical (documentation par le patient souvent insuffisante, évolution faussée par la prise d'antipyrétiques; à l'hôpital la durée d'attente ne se justifie pas, exigence d'un diagnostic rapide).

*Faut-il prélever des hémocultures à fin diagnostique au cabinet médical?*

Lorsque l'état du patient le permet, cela se justifie dans certains cas. Si l'état général est mauvais ou une sepsie suspectée (voir les critères du SIRS ci-dessus), une hospitalisation en vue du prélèvement serait indiquée.

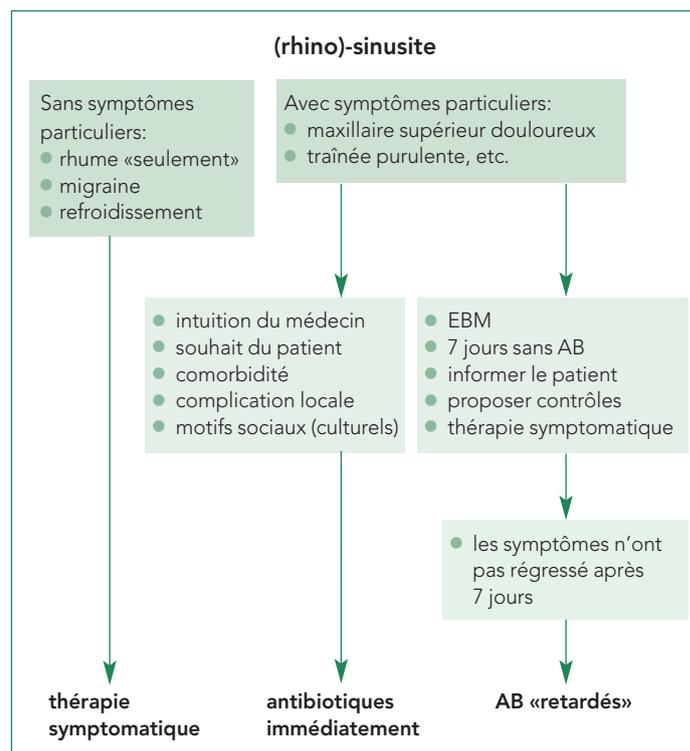
*En cas d'état fébrile peu clair et de risque associé, faut-il ordonner un test de Mantoux permettant de déceler une tuberculose ignorée jusqu'ici?*

Ce test est recommandé. Il faut toutefois tenir compte des faiblesses de sa sensibilité et de sa spécificité, et de l'influence éventuelle exercée par la vaccination BCG. Dans ces situations, une radiographie thoracique est de rigueur.

*Si un patient présente un état fébrile peu clair sans étiologie/diagnostic connu, un généraliste peut-il prescrire une antibiothérapie à l'essai?*

Cette thérapie se justifie certainement lorsque les tests cliniques et les analyses de laboratoire indiquent une infection bactérienne sans pouvoir en préciser le foyer. Ce genre d'indication est posé même en milieu hospitalier.

Le but du cours de formation continue est de permettre d'une part d'identifier le traitement de la fièvre le plus approprié pour le patient, et de considérer l'antibiothérapie d'un œil critique. D'autre part il faut reconnaître rapidement des évolutions dangereuses afin de pouvoir agir à temps (voir les critères du SIRS décrits plus haut).



**Figure 1**

Algorithme facilitant la prescription d'un traitement judicieux pour la rhinosinusite.

### La rhinosinusite

Les infections des voies respiratoires supérieures constituent la cause la plus fréquente de prescriptions d'antibiotiques au cabinet médical. L'évaluation critique de son traitement est donc tout à fait indiquée, non pas en raison de son coût pour la santé publique, qui devient négligeable, mais surtout en raison d'une pratique de prescription des antibiotiques qui manque de discernement, avec les conséquences qui s'ensuivent.

L'étude BASINUS à laquelle nous nous référons pour la sinusite montre d'une manière élégante que le traitement des patients par co-amoxicilline ne diffère pas d'un traitement placebo. Le groupe placebo était même avantagé, car les problèmes de diarrhée y étaient nettement moins fréquents en raison de l'absence d'effets secondaires induits par les antibiotiques. Malgré cela, l'étude BASINUS ne nous permet pas d'avancer; en effet, parmi les 1565 patients inclus dans l'étude, 1313 n'ont pas pu être randomisés. L'âge, la quantité d'antibiotiques consommés durant les quatre semaines précédentes, la grossesse, l'allaitement, y ont été des critères possibles d'exclusion. Les patients qui exigeaient ou qui refusaient à tout prix les antibiotiques furent aussi exclus de l'étude. Or ce sont précisément les patients de ces deux derniers groupes qui nous rendent la vie difficile au cabinet médical; et l'EBM ne nous apporte aucune aide dans ce cas concret.

### Les «take home messages»

- Dans les maladies traitées par antibiothérapie au cabinet médical, la rhinosinusite occupe le deuxième rang, après la cystite.
- Il ne faudrait plus parler de sinusite, mais plutôt de rhinosinusite, car rares sont les rhumes n'impliquant pas les muqueuses des sinus paranasaux.
- Radiographie: la radiographie du crâne en incidence semi-axiale est généralement obsolète.
- CT: il n'est pas utile en phase aiguë, car un CT pathologique ne signifie pas nécessairement une rhinosinusite bactérienne exigeant la prescription d'une antibiothérapie. Un CT est toutefois indiqué dans l'éventualité d'une intervention chirurgicale.
- Utiliser principalement des gouttes nasales décongestionnantes et des médicaments antipyrétiques et anti-inflammatoires contre la rhinosinusite (niveau d'évidence A pour ces deux mesures). Il faut noter que l'utilisation de substances et d'inhalations mucolytiques présente un faible niveau d'évidence bien qu'elles soient régulièrement proposées pour les traitements simples.
- L'antibiothérapie n'a qu'un effet marginal dans la première semaine car les rhinosinusites sont pour la plupart d'origine virale et généralement autolimitées.
- En cas de durée prolongée et/ou de complications (fièvre élevée, tuméfaction ou hypoesthésie dans la région orbitaire, diplopie), de symptômes annexes ou particuliers (par ex. immunodéficience), un traitement par antibiotiques est indiqué. Nous avons établi un algorithme facilitant la prescription d'un traitement judicieux pour la rhinosinusite (fig. 1).

### La toux aiguë

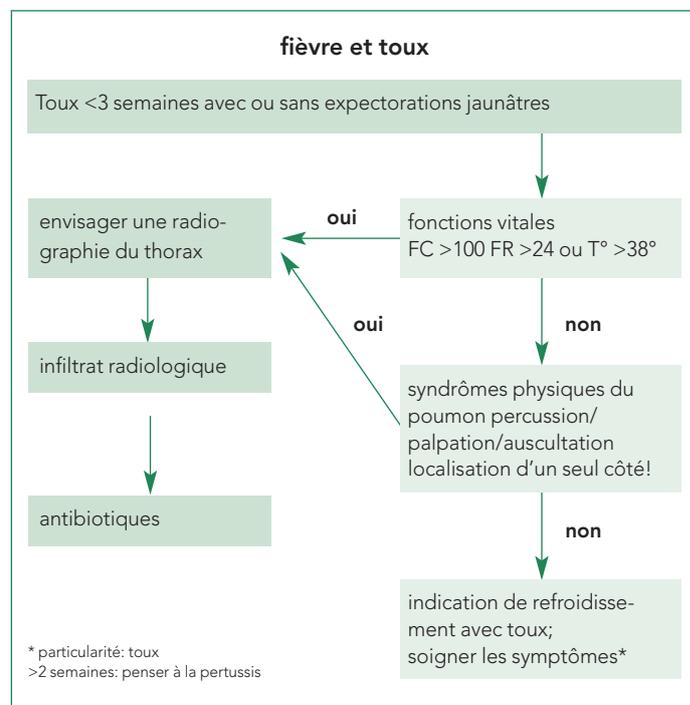
En étudiant la bibliographie mise à disposition par Ruedi Meyer (Möhlin) et complétée par mes propres recherches (internet), j'ai pu constater qu'il régnait une grande incertitude autour de la définition de la «bronchite» au niveau international; d'où le choix du titre ci-dessus. Le problème du médecin de premier recours est d'un ordre bien différent de celui des infectiologues, qui peuvent en général s'accorder au sujet du pathogène et de sa fréquence d'apparition dans les différents groupes d'âge et les différents groupes à risque. Il diffère aussi de celui des pneumologues qui s'intéressent avant tout à la COPD, l'asthme, la tbc, la silicose, etc. J'exagère à peine en affirmant que le généraliste ne sait pas vraiment à quoi s'en tenir lorsqu'il parle d'une toux simple, avec ou sans expectoration, avec ou sans fièvre, avec ou sans *wheezing*: tous ces syndromes se retrouvent sans classification convenable ni validée. La «toux simple» semble peu intéresser la recherche académique et l'industrie; cela explique que d'éminents médecins puissent exiger que l'on renonce autant que possible aux antibiothérapies, sans

grands commentaires ni recommandations sur le traitement du patient souffrant de la toux. Les médecins de premier recours ne peuvent cependant pas se contenter de ne rien faire.

Les études menées par les médecins de premier recours dans les pays du Nord de l'Europe occidentale (Angleterre, Scandinavie et Hollande) et aux Etats-Unis ne peuvent pas lever les incertitudes entourant la toux aiguë, mais elles ont au moins le mérite de l'analyser dans le contexte du banal refroidissement (*common cold*) et de commenter les observations. Les principaux résultats de ces études sont centrés sur la communication: dans la pratique, il faut soigneusement éviter les expressions alarmantes telles que «début de pneumonie», «bronchite purulente» ou autres, et utiliser plutôt des mots anodins tels que «refroidissement» ou «toux».

On peut donc diagnostiquer «une infection virale des voies respiratoires supérieures» en tant qu'hypothèse de travail, lorsque le cas suivant se présente au cabinet médical: patient(e) de 35 ans souffrant depuis une semaine d'une toux violente, avec 37,8° de fièvre, fréquence respiratoire normale, état général conservé, absence de signes d'alarme cliniques. Plusieurs directives précisent que seule une radiographie des poumons permet une plus grande précision

Les mucolytiques ne sont pas nécessaires du point de vue physiopathologique. Leurs effets positifs n'ont jamais été prouvés.



**Figure 2**  
Algorithme montrant le chemin à suivre lors du diagnostic d'une toux aiguë.

de l'indication d'antibiothérapie; l'antibiotique n'est en effet nécessaire que contre l'infiltrat pulmonaire. Cela ne signifie pas pour autant que chaque patient souffrant d'une toux aiguë doive être radiographié. Pour la prescription d'antibiotiques, la décision intuitive peut s'avérer valable aussi, par exemple en présence de personnes âgées soignées à domicile ou en cas de signes cliniques évidents. Nous ne discuterons pas ici de l'importance certaine de la CRP pour le médecin généraliste, en tant que «sirène d'alarme» ou en tant que paramètre d'évolution de l'infection. La figure 2 montre le chemin à suivre lors du diagnostic d'une toux aiguë.

### Les médecins de premier recours et la théorie des humeurs – rien de nouveau depuis Galien

Une étude allemande très bien conçue montre, lors d'interviews auprès de médecins généralistes, que ceux-ci reprennent l'avis de leurs patients sur l'importance de l'expectoration de mucus, et même qu'ils les renforcent dans leur conviction de devoir expectorer (d'où la grande consommation de mucolytiques). Il n'existe toutefois ni enquêtes physiopathologiques, ni données d'évolution précisant la valeur des mucolytiques. En pratique on applique donc toujours une théorie qui remonte à Galien. Ma propre petite enquête menée auprès de 16 collègues suisses a produit le résultat suivant concernant les mucolytiques: 9 les prescrivent «souvent», 5 «parfois», 2 «rarement» et pas un seul «jamais».

#### Références

- 1 Bally K. Etat fébrile sans cause évidente d'emblée au cabinet du généraliste. *Primary Care* 2006;6(14):273–4.
- 2 Martina B, Battagay E, Tschudi P: *Ambulante Medizin – Evidenz auf einen Blick*. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverband; 2006.

---

Dr Jean-Pierre Grob  
Spécialiste FMH en médecine générale  
Gartenstrasse 9  
4657 Dulliken  
jp.grob@bluewin.ch

#### Les «take home messages»

- Les médecins surestiment souvent le désir du patient de suivre une antibiothérapie: «Madame XY veut certainement un antibiotique». En réalité, elle n'en veut pas du tout.
- Le retard dans la prescription (delayed prescribing, Angleterre) d'antibiotiques diminue leur utilisation.
- Les brochures d'information peuvent être utiles.
- Les mucolytiques ne sont pas nécessaires du point de vue physiopathologique, car leurs effets positifs n'ont jamais été prouvés.
- Les antitussifs sont acceptables sur une courte durée.
- La guérison d'une toux aiguë peut demander quatre à six semaines (et exiger un peu de flegme britannique).

#### Messages positifs au lieu de suggestions négatives

- Être à l'écoute des soucis, des craintes, et tenir compte des expériences antérieures.
- Éviter les expressions alarmantes telles que «début de pneumonie».
- Suivre les symptômes et l'évolution, éventuellement par écrit.
- Discuter des bienfaits et des inepties des thérapies symptomatiques.
- Encourager l'«automédication», stimuler l'utilisation de «recettes de grand-mère», etc.
- S'allier et proposer un safety net.

#### Mes intentions pour l'avenir:

- En cas de doute, faire une radiographie du thorax plutôt qu'une mesure de la CRP.
- Bien informer le patient tout en le sécurisant.
- Prescrire aussi peu de mucolytiques que possible.
- Généraliser la standardisation de thérapies symptomatiques au cabinet médical (instruction aux assistantes médicales).