

Rolf Temperli, Andrea Duppenhaler

Mon enfant a de la fièvre

D'après une intervention à la SFD Conference 2011

La fièvre, avec ou sans signes d'infection, est le motif de consultation le plus fréquent en pédiatrie, avant tout chez les enfants en bas âge. Leur état de santé est souvent difficile à évaluer car les symptômes classiques font parfois défaut. L'évaluation de l'état général et l'observation de l'évolution sont les principaux outils diagnostiques dans la pratique pédiatrique.

Tri des patients

La définition de la fièvre en soi constitue déjà un grand défi, d'une part en raison des fluctuations circadiennes pouvant atteindre jusqu'à un degré et d'autre part en raison de l'interprétation variable faite par les parents. Alors que les uns parlent uniquement de fièvre en cas de température mesurée supérieure à 39 °C, les autres considèrent déjà qu'un enfant est fiévreux lorsque sa tête est chaude et ses yeux vitreux. Il s'agit là uniquement d'une des raisons pour lesquelles la fièvre joue un rôle mineur à tous les niveaux de la décision de tri (urgence de la consultation, diagnostic, traitement).

L'évaluation de l'état général de l'enfant par les parents, l'assistante médicale et le médecin revêt une importance beaucoup plus grande:

- L'enfant est-il capable de jouer?
- L'enfant est-il capable de boire?
- La respiration, les selles et les mictions sont-elles normales? Pas de vomissements?
- Peau rosée?

Si la réponse à ces questions est «oui», il est peu probable qu'il s'agisse d'une urgence médicale aiguë; une attitude attentiste et/ou une consultation ultérieure sont alors indiquées. Les parents doivent toujours être rendus attentifs aux signes d'alerte potentiels et prendre contact avec le médecin en cas de dégradation.

Il convient de faire attention aux signes d'alerte suivants:

- Trouble de la conscience, manque d'interaction, somnolence
- Céphalées et vomissements
- Vomissements ou diarrhée d'intensité sévère ou persistants
- Difficultés à respirer ou accélération de la respiration
- Coloration anormale de la peau, mauvaise circulation, éruption cutanée
- Douleurs abdominales

Dans le cadre d'une prise en charge optimale des enfants, il convient non seulement de questionner patiemment les parents au sujet de leurs inquiétudes vis-à-vis de l'état de santé de leur enfant, mais également de renforcer leurs compétences en matière d'évaluation de l'état de santé de leur enfant.

Evolution

Souvent, il n'est pas facile de distinguer les maux fréquents et banals des affections rares et dangereuses. Cette difficulté est d'au-



tant plus présente que les enfants sont jeunes, car les symptômes typiques peuvent (encore) faire défaut. Il faut toujours garder à l'esprit l'image de l'enfant content le matin, qui est hospitalisé en soins intensifs le soir en raison d'une méningite à méningocoques. Les parents doivent être avertis qu'en cas d'évolution inattendue ou de dégradation rapide de l'état de l'enfant, une réévaluation médicale immédiate s'impose, même si l'enfant était encore uniquement jugé comme légèrement malade quelques heures auparavant. L'évaluation de l'état général et l'observation de l'évolution sont les principaux outils diagnostiques dans la pratique pédiatrique. La température corporelle est uniquement l'un des nombreux critères à prendre en compte. Les enfants peuvent être atteints d'une infection grave alors qu'ils ne sont pas fiévreux ou ont uniquement une légère fièvre. A l'inverse, les enfants victimes d'une fièvre élevée peuvent être étonnamment en forme (un exemple classique est la roséole qui, en cas d'évolution typique, ne nécessite ni diagnostic supplémentaire ni traitement, même en cas de température avoisinant les 40 °C, sans aborder ici une éventuelle utilisation pertinente des antipyrétiques dans cette situation.

Diagnostic clinique

L'état général de l'enfant (ainsi que la question de savoir à quel point les parents et l'assistante médicale ou le médecin ont pu évaluer correctement l'état général de l'enfant par téléphone) est déterminant pour la décision de tri par téléphone: consultation en urgence, consultation ultérieure, attitude attentiste? Durant la consultation également, le médecin évalue dans un premier temps l'état général de l'enfant et son comportement.

En cas d'infection fébrile, la source est recherchée. A cet effet, les tympans, la bouche, les amygdales, le palais et le pharynx sont inspectés (attention en cas de suspicion d'épiglottite, qui est prati-

quement éradiquée); chez les enfants plus âgés et les adolescents, le médecin procède à une évaluation des sinus, à une palpation

Face à tout état fébrile d'origine indéterminée, mais également face à tout mal de ventre inexplicé chez un nourrisson, un enfant en bas âge ou un enfant, il convient de rechercher ou d'exclure une infection des voies urinaires

des stations ganglionnaires lymphatiques, à une évaluation de la respiration, à une auscultation pulmonaire (chez les nourrissons et les enfants en bas âge, il est impossible de diagnostiquer ou d'exclure une pneumonie par simple auscultation), à une palpation de l'abdomen et à avant tout, à une inspection de la peau (les enfants doivent être déshabillés!). Une coloration gris pâle de la peau, des pétéchies ou d'autres colorations cutanées sombres et une mauvaise recapillarisation (pâleur de la peau suite à une pression exercée; la recapillarisation ne devrait pas durer plus de 3 secondes) constituent des signes

d'alerte et en tant que tels, ils se rencontrent plus souvent chez les enfants dans un état critique que le méningisme, qui est toutefois souvent absent chez le nourrisson.

Démarches diagnostiques supplémentaires

Les démarches diagnostiques supplémentaires incluent en premier lieu l'examen de l'urine, ce qui peut paraître étonnant. Face à tout état fébrile d'origine indéterminée, mais également chez tous nourrissons ou enfants en bas âge souffrants sans cause apparente ou des enfants ayant mal au ventre il convient de rechercher ou d'exclure une infection des voies urinaires. Chez les enfants jusqu'à l'âge de 3 ans, la fièvre d'origine indéterminée est due à des infections bactériennes invasives dans 10–14% des cas. Plus de deux tiers de ces infections sont des infections des voies urinaires (IVU). L'absence d'anomalie dans les urines collectées dans une poche permet d'exclure une IVU avec fiabilité. En revanche, des urines anormales collectées dans une poche ne suffisent pas pour diagnostiquer une IVU. Une IVU doit uniquement être diagnostiquée à partir d'urines collectées proprement (mi-jet, cathéter, ponction vésicale). Si l'on ne veut pas recourir à une méthode invasive, la seule technique envisageable est celle du prélèvement stérile («clean catch»), qui consiste à attendre en maintenant le récipient collecteur devant le méat urinaire. Il s'agit là d'une méthode qui demande de la patience, mais qui porte souvent plus rapidement ses fruits que ce qui est redouté.

La numération et la différenciation leucocytaires ainsi que le dosage de la protéine C réactive (CRP; la procalcitonine réagit un peu plus rapidement que la CRP, mais elle n'est pas disponible immédiatement au cabinet médical) peuvent fournir des indices essentiels voire le diagnostic dans de rares cas (par ex. mononucléose infectieuse), mais ces paramètres doivent être interprétés de paire avec le tableau clinique. Il est judicieux de se demander avant le prélèvement sanguin dans quelle mesure quel résultat influencerait l'évaluation clinique. En cas de faible taux de CRP, vais-je renoncer à initier des démarches diagnostiques supplémentaires ou un traitement (dans quel cas, une appendicite perforée risquerait de ne pas être détectée)? Un taux de CRP de 200 mg/l me pousserait-il à tout de même traiter par antibiotiques une grippe clinique?

En cas de leucocytose de 15–20 G/l, une bactériémie est uniquement présente dans 9% des cas. Ce n'est qu'en cas de numération leucocytaire supérieure à 35 G/l qu'une infection bactérienne est

Attention pour les analyses de laboratoire:

- Fausse sécurité
- Surdiagnostic d'infections bactériennes et traitements inutiles
- Le tableau clinique a une plus grande valeur que les analyses de laboratoire!

présente dans plus de la moitié des cas. Les patients atteints d'une infection à méningocoques qui ont été hospitalisés au Kinderspital de Berne présentaient des valeurs de CRP comprises entre 9 et 308 mg/l (valeur moyenne de 127 mg/l); les enfants qui sont décédés de cette infection présentaient des valeurs comprises entre 9 et 60 mg/l lors de leur admission à l'hôpital. Par contre, les enfants hospitalisés en raison d'une infection à adénovirus présentaient des valeurs de CRP comprises entre 1 et 300 mg/l (valeur moyenne de 6–7 mg/l). Ces exemples montrent que les paramètres de laboratoire ne peuvent jamais remplacer un examen clinique et particulièrement l'évaluation de l'état général.

Ainsi, à titre d'exemple, le test de dépistage rapide des streptocoques ne sert pas à rechercher des streptocoques mais à confirmer le diagnostic clinique et à justifier le traitement antibiotique (pas pertinent chez les enfants de moins de 3 ans, car des angines streptococciques ne surviennent que très rarement dans cette tranche d'âge).

La CRP (latence de 4–6 heures, pic après 36 heures) est un paramètre très utile pour suivre l'évolution de la maladie.

Traitement

En cas de confirmation ou de probabilité élevée d'infection bactérienne, il convient d'administrer un traitement antibiotique adéquat:

- Pénicilline ou amoxicilline en cas de scarlatine
- Amoxicilline à une dose suffisamment élevée (50 mg/kg de poids corporel/jour en deux prises) en cas d'otite
- Ceftributène pour traiter une IVU, amoxiclave comme alternative ou, en cas de sensibilité, aussi le cotrimoxazole.

Dans les autres situations, un traitement symptomatique, c.-à-d. «tender loving care», apport en liquide et soins du nez, est indiqué. Les antipyrétiques n'influencent pas l'évolution de la maladie et ne font pas disparaître la fièvre. Ce fait doit toujours être rappelé aux parents. Il faut combattre l'automatisme «fièvre = suppositoire ou sirop». Il semblerait que les antipyrétiques ne soient pas à même de prévenir les convulsions fébriles. L'utilisation d'antipyrétiques/analgésiques est uniquement pertinente lorsque l'état de l'enfant peut être amélioré (temporairement).

Toutefois, si des antipyrétiques sont indiqués, il faut veiller à les administrer à une dose suffisamment élevée:

- Paracétamol: 15–20 mg/kg de poids corporel/prise toutes les 6–8 heures;
- Ibuprofène: 5–10 mg/kg de poids corporel/prise toutes les 6–8 heures;
- Diclofénac: 1 mg/kg de poids corporel/prise toutes les 8 heures.

Les antipyrétiques n'influencent pas l'évolution de la maladie et ne font pas disparaître la fièvre

Correspondance:

Dr Rolf Temperli, Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin
Hessstrasse 27d, 3097 Liebefeld
temperli-rossini[at]bluewin.ch