

Fièvre aiguë chez l'enfant et chez d'adulte

Critères de gravité d'un syndrome infectieux

1^{re} partie – Chez l'enfant

D^r Ève Laporte, D^r Isabelle Claudet

Urgences pédiatriques, Hôpital des Enfants, 330, avenue de Grande-Bretagne, TSA 70034, 31059 Toulouse Cedex 9, France
claudet.i@chu-toulouse.fr

Objectifs

- Diagnostiquer une fièvre aiguë chez l'enfant.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Motif fréquent de consultation en pédiatrie, la fièvre n'est pas toujours synonyme d'infection et peut être par exemple la manifestation d'une maladie inflammatoire ou hémato-oncologique. Elle reste très souvent une source d'inquiétude pour les parents, d'autant plus que l'enfant est jeune.

La recherche de signes de gravité chez un enfant fébrile doit constituer le premier temps de l'interrogatoire et de l'examen clinique. L'âge ou la présence d'un purpura extensif constituent à eux seuls des éléments de gravité. Sont également évaluées sa tolérance et d'éventuelles complications avant la recherche de sa cause afin d'adopter une prise en charge optimale. Si, dans la majorité des cas, la fièvre n'est qu'un des signes d'une maladie infectieuse bénigne, elle peut inaugurer une pathologie sévère, en particulier chez les nourrissons âgés de moins de 3 mois. Parmi ces derniers, avec l'aide, entre autres, de critères et/ou de scores validés, doivent être individualisés rapidement les enfants à risque d'infection bactérienne sévère (IBS) nécessitant un traitement urgent.

DIAGNOSTIQUER UNE FIÈVRE

Définition et méthodes de mesure

La fièvre est définie par une élévation de la température centrale au-dessus de 38 °C, en l'absence d'activité physique intense, chez un enfant normalement couvert, dans une température ambiante tempérée.

Au niveau cérébral, la température corporelle est déterminée par le centre thermorégulateur ; le point d'équilibre thermique est déplacé vers le haut en cas de fièvre. Elle se distingue en cela de l'hyperthermie, où l'augmentation de la température est due à une accumulation de chaleur d'origine exogène (coup de chaleur) ou endogène (effort physique intense, par exemple).

La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. Dans d'autres pays, les méthodes varient : ainsi, en Grande-Bretagne par exemple, la voie buccale est préférée à la voie rectale qui apparaît comme une méthode « barbare » outre-Manche ! La prise de température par voie axillaire, ou tympanique (auriculaire) est également possible, avec des spécificités en termes de matériel, de durée de prise, et le risque d'une sous-estimation.

Caractéristiques de la fièvre

Moyen de réponse de l'organisme aux infections, la valeur numérique de la température en cas de fièvre n'est pas toujours corrélée à la gravité de l'affection causale. Sa durée, son mode d'installation (brutal ou progressif) permettent de différencier fièvre aiguë et fièvre prolongée dont la durée atteint ou dépasse 2 à 3 semaines selon les auteurs. La réalisation de la courbe thermique est utile pour différencier une fièvre en plateau, ondulante, oscillante, intermittente, désarticulée, voire hectique et aider à la recherche d'une cause (exemple du « V » grippal).

Les signes généraux d'accompagnement doivent être recherchés : frissons, sueurs, asthénie, altération de l'état général, douleurs diffuses. Chez le nourrisson, seront prises en compte une modification du comportement, du cri, du tonus, des difficultés alimentaires (refus du biberon, vomissements).

L'examen clinique minutieux et complet de l'enfant entièrement déshabillé permet le recueil et la recherche des données suivantes : constantes hémodynamiques, troubles de la vigilance ou du tonus, signes méningés, détresse respiratoire, anomalies de coloration cutanée et de la peau (en particulier un purpura), signes d'infection des parties molles et du squelette, atteinte ORL.

Mécanismes physiopathologiques

La réaction fébrile est souvent une partie des réactions de défense face à des infections ; les causes non infectieuses de la fièvre sont plus rares. En simplifiant, on peut représenter les stimuli divers (infectieux, toxiques, inflammatoires ou immunologiques) qui activent une réaction en chaîne (figure) avec production et libération de cytokines (nommées dans ce contexte souvent pyrogènes endogènes), facteurs d'activation de la cyclo-oxygénase à l'origine de la production de prostaglandines à partir de l'acide arachidonique. On pense que c'est la prostaglandine E2 (PGE2) qui augmente la valeur cible du centre de thermorégulation hypothalamique. Ceci produit primordialement une rétention de chaleur (vasoconstriction, modification du comportement [position corporelle, habillement]) et parfois des mécanismes de thermogénèse (métabolisme, frissons). Ces réactions sont maintenues jusqu'à ce que la nouvelle valeur cible de la température corporelle soit atteinte. Contrairement à l'hyperthermie, il existe aussi des mécanismes de régulation (*feedback* négatif) qui limitent la montée de la température corporelle.

Après normalisation de la valeur cible (soit par une évolution spontanée de la maladie, soit induite par des antipyrétiques), la thermogénèse est réduite, et la libération de chaleur par une vasodilatation, la transpiration et le comportement est augmentée. La réaction fébrile à des stimuli divers existe aussi chez les reptiles, les poissons, les amphibiens et même chez certains invertébrés.

IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE ET PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE

Fièvre témoignant d'une infection grave ou potentiellement grave

Souvent mal tolérée, elle s'accompagne de signes généraux majeurs. L'hospitalisation est nécessaire dans tous les cas.

L'examen clinique, aidé par des examens complémentaires, oriente le diagnostic face à des situations cliniques préoccupantes, mais ils ne doivent pas ralentir la prise en charge thérapeutique de ces enfants et la mise en place d'une antibiothérapie probabiliste en même temps que toute mesure nécessaire au soutien de l'état hémodynamique (oxygénation, ventilation artificielle, remplissage).

Deux urgences particulières dans ce groupe : les patients présentant un purpura extensif et les nourrissons âgés de moins de 6 semaines.

Chez les premiers, le caractère fulgurant de l'infection impose au premier médecin face à un enfant présentant un purpura fébrile l'injection sans délai d'une céphalosporine de 3^e génération, une orientation médicalisée vers un centre hospitalier doté d'une réanimation ou de soins intensifs pédiatriques alertés de son arrivée ; chez les seconds, le risque de bactériémie occulte justifie une prise en charge et une surveillance en milieu hospitalier.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Fièvre aiguë chez l'enfant – Critères de gravité d'un syndrome infectieux ».

Peuvent entrer dans un dossier sur la fièvre aiguë chez l'enfant et ses critères de gravité des questions multiples portant sur :

- les signes cliniques d'une infection bactérienne sévère ;
- les facteurs de risque d'une infection materno-fœtale ;
- les critères d'un syndrome de réponse inflammatoire systémique chez l'enfant ;
- la hiérarchisation des explorations complémentaires ;
- la prescription et les posologies des antipyrétiques.

Cas clinique

Le petit Matéo, 3 semaines, né au terme de 38 semaines d'aménorrhée, est amené aux urgences pédiatriques par ses parents pour une fièvre qui a débuté 24 heures auparavant, oscille entre 38,1 et 38,7 °C et n'est accompagnée d'aucun autre symptôme. Le matin, il a refusé de boire son biberon de lait, ce qui a inquiété ses parents.

1 Que devez-vous demander à l'interrogatoire, en particulier concernant la période néonatale ? Quels signes devez-

vous rechercher à l'examen clinique faisant craindre une infection bactérienne sérieuse (IBS) ?

- 2 Quels sont les germes responsables des infections materno-fœtales ?
- 3 Détaillez les différents examens complémentaires (biologie, microbiologie, imagerie) que vous réalisez aux urgences. Expliquez ce que vous en attendez.
- 4 Débutez-vous un traitement particulier (étiologique et/ou symptomatique) ? Si oui, lequel ? Précisez les posologies des différents médicaments utilisés.
- 5 Décrivez la surveillance au cours des 24 premières heures.

Éléments de réponse dans un prochain numéro

Le purpura fulminans est une urgence absolue, sa mortalité reste élevée. Afin d'éviter l'évolution de ces infections graves vers un tableau de choc septique, il est indispensable, pour en réduire la mortalité, de savoir reconnaître ces états septiques ou SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*) à leur début (tableaux 1 et 2 : c'est le but de l'actuelle campagne Sepsis ou « *Sepsis campaign* »).

Les pathologies infectieuses graves susceptibles d'être révélées par ces tableaux cliniques sont par exemple : les méningites ou méningo-encéphalites, le purpura fulminans, les péritonites, les infections ostéo-articulaires, cutanées, urinaires hautes, les gastro-entérites invasives, les pneumonies et pleuropneumonies.

Fièvre mal tolérée

Les signes de mauvaise tolérance se manifestent chez l'enfant par une altération de l'état général ou une asthénie importante, une coloration anormale (pâleur, marbrures inhabituelles, teint gris), une vasoconstriction périphérique (extrémités froides, temps de recoloration allongé), un comportement inhabituel (apathie, geignement, somnolence ou irritabilité), des frissons, des signes de mauvaise tolérance hémodynamique (tableau 2). Ces signes peuvent être isolés ou associés. Une hospitalisation est souvent nécessaire pour surveillance et réalisation d'examens complémentaires. Plus l'enfant est jeune et plus le seuil de prescription d'explorations complémentaires doit être bas. Face à ces signes inquiétants, un traitement antibiotique probabiliste doit être démarré après réalisation des prélèvements.

Fièvre survenant chez un enfant ayant un terrain ou des antécédents particuliers rendant l'infection potentiellement grave

C'est le cas des enfants atteints d'affections les prédisposant à un risque infectieux élevé : drépanocytose homozygote, déficits immunitaires, pathologie viscérale chronique par exemple. Une hospitalisation pour une surveillance de quelques heures au minimum et la réalisation d'explorations complémentaires sont souhaitables.

Fièvre isolée

L'attitude est alors fonction de l'âge de l'enfant. En effet, la fièvre peut être le seul symptôme d'une bactériémie occulte ou d'une méningite bactérienne chez le nourrisson, d'où l'importance d'une prise en charge optimale et clairement définie.

1. Cas des nourrissons âgés de moins de 6 semaines

L'hospitalisation est systématique, la fréquence des **IBS** est élevée (13 % chez l'enfant fébrile âgé de moins de 1 mois). C'est la période des infections materno-fœtales (IMF), l'interrogatoire insiste sur la recherche de critères de telles infections pendant la grossesse ou autour de l'accouchement (tableau 3). Une antibiothérapie par voie intraveineuse, associant une **céphalosporine** de troisième génération, un **aminoside** et de l'**ampicilline**, est démarrée après la réalisation des prélèvements lorsqu'il existe **au moins un signe de haut risque d'IBS** : troubles de la vigilance et/ou

POINTS FORTS

à retenir

- **Toute fièvre accompagnée d'un purpura extensif est une urgence absolue. Aucun examen complémentaire ne doit retarder sa prise en charge thérapeutique. L'orientation vers une unité de réanimation pédiatrique alertée de sa venue est indispensable, le transport est médicalisé.**
- **Savoir reconnaître les signes cliniques d'un état septique systémique (SIRS pour *systemic inflammatory response syndrome*) avant son évolution vers un sepsis grave ou un choc septique. De la précocité de sa prise en charge dépendra l'amélioration de son pronostic (« *Sepsis campaign* »).**
- **Hospitaliser systématiquement les nourrissons âgés de moins de 6 semaines présentant une fièvre isolée à des fins de surveillance et d'explorations complémentaires en raison du risque de bactériémie occulte dans ce groupe d'âge.**
- **Bien expliquer aux parents la gestion des médicaments antipyrétiques et leur posologie, s'assurer de la compréhension des informations transmises, donner des critères d'alerte (signes d'infection bactérienne sévère) imposant un nouvel examen clinique de l'enfant.**

du tonus, du comportement, anomalies de l'hémodynamique, de la coloration, du cri, de la réactivité à l'entourage familial, signes de détresse respiratoire, de déshydratation, suspicion d'une infection des parties molles ou du squelette, purpura, difficultés alimentaires, irritabilité et/ou inconsolabilité.

Tableau 1 Définitions des états septiques de l'enfant*

SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*)

Deux des critères suivants, dont au moins la température ou la leucocytose :

- température > 38,5 °C ou < 36 °C
- fréquence cardiaque > 2 DS pour l'âge ou bradycardie (< 1 an)
- fréquence respiratoire > 2 DS pour l'âge ou ventilation mécanique
- leucocytose > 12 000/mm³ ou < 4 000/mm³

Sepsis

SIRS + infection (prouvée ou suspectée)

Sepsis grave

■ sepsis associé à une défaillance cardiovasculaire ou à un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)¹ ou au moins 2 autres défaillances d'organe

Choc septique

■ sepsis associé à une défaillance cardiovasculaire (tableau II)

1. Le SDRA est défini par un rapport PaO₂/FIO₂ < 200 et des infiltrats radiologiques diffus en l'absence d'élévation de la pression auriculaire gauche. D'après Goldstein B et al., *Pediatr Crit Care Med* 2005;6:2-8 et Groupe Transversal Sepsis.

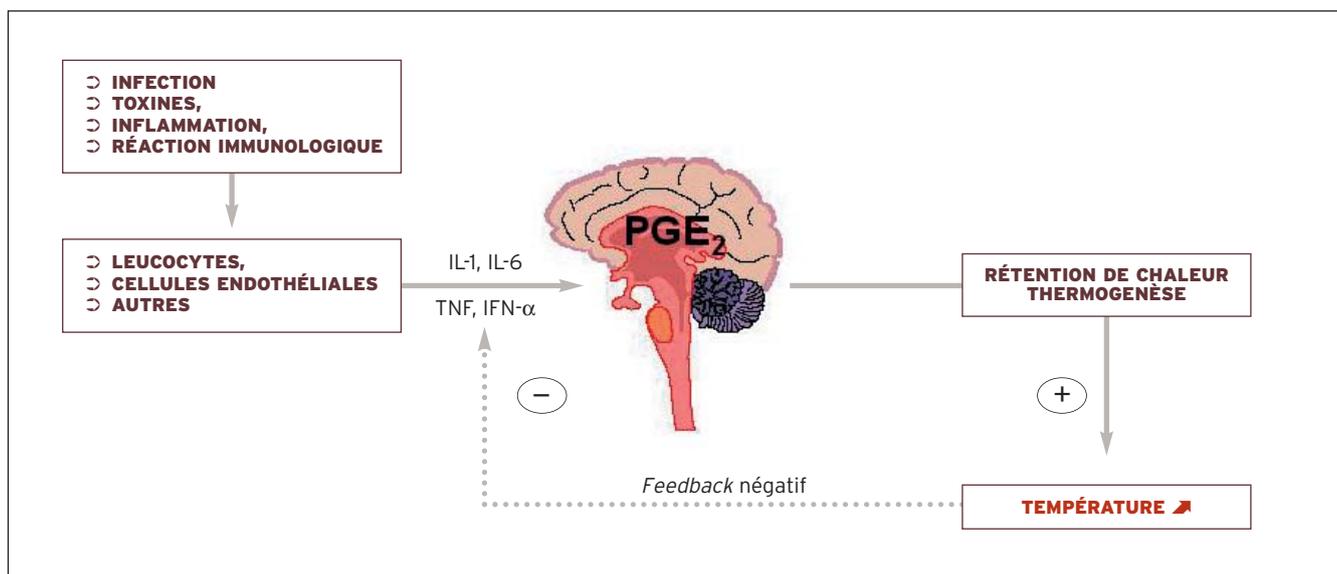


Figure Physiopathologie de la fièvre.

2. Cas des nourrissons âgés de 6 semaines à 3 mois

Les enfants présentant un signe au moins d'IBS doivent être hospitalisés. Ceux ne présentant aucun de ces signes doivent bénéficier d'examens complémentaires : numération formule sanguine (NFS), CRP, hémoculture et examen cytotactériologique urinaire (ECBU), et en fonction du contexte, radiographie du thorax, ponction lombaire, coproculture.

Plusieurs scores ont déjà été construits et évalués dans leur capacité à mettre en évidence un groupe à bas risque d'infection bactérienne sévère dans cette classe d'âge (les deux plus connus : score de Rochester et score de Philadelphie, tableau 4). Ces scores sont réputés pour leur bonne valeur prédictive négative. Ces scores, qui définissent deux catégories de patients (à bas risque et à haut risque d'IBS), ont permis de développer des stratégies de prise en charge « allégée » visant à éviter aux enfants à faible risque des hospitalisations inutiles potentiellement délétères et des antibiothérapies. Toutefois, l'utilisation de ces scores n'a pas été formellement validée. Aucun de ces scores n'intègre la valeur de la CRP sérique, marqueur inflammatoire aujourd'hui largement reconnu et utilisé, et peu coûteux.

Les enfants classés comme « à faible risque » peuvent retourner à domicile mais avec des consignes de surveillance très strictes et doivent être réexaminés régulièrement par un médecin.

Les critères de Rochester concernent des enfants plus jeunes comparés aux deux autres scores et ne recommandent pas la réalisation d'une ponction lombaire de façon systématique.

Le score de Boston est le seul à recommander la prescription d'une antibiothérapie empirique même pour les enfants « à risque faible » après la réalisation d'une ponction lombaire.

Les critères de Philadelphie et de Boston ne sont pas applicables aux nouveau-nés dont l'âge est compris entre 0 et 1 mois, tous les enfants fébriles de moins de 1 mois devant être hospitalisés.

3. Nourrissons et enfants âgés de 3 à 36 mois

Dans cette tranche d'âge, les infections virales sont de loin les plus fréquentes. Mais le risque d'une infection bactérienne n'est pas négligeable : bactériémie et méningite à *Streptococcus pneumoniae* et *Neisseria meningitidis*, principalement. En présence d'un signe de gravité, l'hospitalisation s'impose. Si la fièvre est isolée mais bien tolérée, les examens complémentaires ne sont pas justifiés systématiquement. Un bilan sanguin avec NFS, CRP, un ECBU pourront être réalisés au-delà de 3, voire 5 jours de fièvre isolée et en l'absence d'aggravation. L'évaluation clinique ainsi que la présomption du risque d'IBS peuvent s'appuyer, là encore, sur un score élaboré aux États-Unis appelé score de Yale (tableau 5). Son interprétation est la suivante : si le score égale 10, l'incidence d'une infection grave est égale à 2,7 % ; si le score est compris entre 11 et 15, l'incidence d'une infection grave s'élève à 26 % et pour un score supérieur à 16, l'incidence d'une infection grave atteint 92,3 %.

4. Après l'âge de 3 ans

Le risque d'infection bactérienne diminue. L'hospitalisation et la réalisation d'examens complémentaires ne s'imposent qu'en cas de forte suspicion d'IBS.

PRISE EN CHARGE DE LA FIÈVRE

La fièvre n'est qu'un symptôme. Elle n'entraîne que rarement des complications comme la déshydratation ou les convulsions hyperthermiques. Il n'y a pas de traitement préventif des convulsions. La recherche de l'apyrexie ne constitue pas un objectif en soi. En revanche, il faut s'attacher à améliorer le confort de l'enfant.

Tableau 2 Valeurs des variables cliniques et biologiques définissant le syndrome de réponse inflammatoire systémique chez l'enfant et celles de la pression artérielle systolique, selon l'âge (Groupe Transversal Sepsis)

ÂGE	FRÉQUENCE CARDIAQUE (batt/min)		FRÉQUENCE RESPIRATOIRE (c/min)	PRESSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE (mmHg)	LEUCOCYTES X $\times 10^3/\text{mm}^3$
	Tachycardie	Bradycardie			
J1-1 semaine	> 180	< 100	> 50	< 65	> 34
1 semaine-1 mois	> 180	< 100	> 40	< 75	> 19,5 ou < 5
1 mois-1 an	> 180	< 90	> 34	< 100	> 17,5 ou < 5
2-5 ans	> 140	-	> 22	< 100	> 15,5 ou < 6
6-12 ans	> 130	-	> 18	< 105	> 13,5 ou < 4,5
13-18 ans	> 110	-	> 14	< 117	> 11 ou < 4,5

Méthodes physiques

Ces méthodes reproduisent les échanges que l'organisme met en jeu avec le milieu extérieur pour assurer sa régulation thermique : radiation (déchabillage), conduction (boissons fraîches), évaporation (brumisation et mouillage), convection (ventilateur).

Trois mesures sont à privilégier chez l'enfant :

- découvrir l'enfant,
- aérer la pièce,
- proposer fréquemment des boissons plutôt fraîches.

L'utilité du bain a été remise en cause (inconfort majoré le plus souvent, faisabilité pratique en pleine nuit...) dans les dernières recommandations énoncées par l'Afssaps en 2005.

Tableau 3 Critères d'infection materno-foetale

■ Température maternelle ≥ 38 °C à une heure d'intervalle avant ou en début de travail
■ Portage vaginal maternel à streptocoque B connu, d'infection urinaire à streptocoque B pendant la grossesse ou d'antécédent d'infection materno-foetale à streptocoque B et si l'antibioprophylaxie maternelle per partum a été incomplète
■ Rupture prématurée des membranes > 18 h sans portage connu
■ Prématurité sans cause (< 36 SA)
■ Anomalie du rythme cardiaque fœtal inexplicquée (ex : tachycardie)
■ Infection urinaire ou vaginale maternelle non traitée ou depuis moins de 48 heures
■ Liquide amniotique méconial

Moyens médicamenteux

Quatre médicaments sont à notre disposition en France : paracétamol, aspirine et deux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), ibuprofène et kétoprofène.

En termes d'efficacité, les quatre molécules sont comparables. En revanche, les effets indésirables et les contre-indications diffèrent selon les molécules.

1. Paracétamol

C'est le médicament à utiliser en première intention. Il possède des effets antipyrétiques et antalgiques. Son mode d'action n'est pas complètement connu. Le risque d'interactions médicamenteuses est faible. Ses principaux effets indésirables sont marqués par une toxicité hépatique en cas d'intoxication ou de prise chronique de posologies supratherapeutiques. Une allergie est exceptionnellement possible. La posologie quotidienne est de 60 mg/kg répartie en 4 à 6 prises par voie orale ou rectale.

2. AINS

Ils sont dotés d'effets antipyrétiques, antalgiques et anti-inflammatoires liés à l'inhibition de la synthèse des prostaglandines. L'effet anti-inflammatoire est faible aux posologies utilisées à visée antalgique et antipyrétique. L'ibuprofène est indiqué à partir de 3 mois, le kétoprofène à partir de l'âge de 6 mois. Les principaux effets indésirables sont :

- infection des tissus mous favorisée par les AINS chez des enfants ayant une varicelle ;
- digestifs, se manifestant par des hémorragies digestives, des ulcérations œsophagiennes ou gastriques (effets secondaires exceptionnels) ;
- rénaux, survenant de manière exceptionnelle également (insuffisance rénale aiguë) ;

Tableau 4 Critères de Philadelphie, Rochester et Boston

	CRITÈRES DE PHILADELPHIE	CRITÈRES DE ROCHESTER	CRITÈRES DE BOSTON
Âge	■ 29 - 60 jours	■ ≤ 60 jours	28 - 89 jours
Température	■ ≥ 38,2 °C	■ ≥ 38 °C	≥ 38 °C
Antécédents		<ul style="list-style-type: none"> ■ Enfant né à terme ■ Pas d'antibiothérapie périnatale ■ Pas de pathologie connue ■ Pas d'hospitalisation plus longue que celle de la mère 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de vaccination dans les 48 heures précédentes ■ Pas d'antibiothérapie dans les 48 heures précédentes ■ Pas de déshydratation
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apparence clinique rassurante ■ Pas d'anomalie de l'examen clinique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apparence clinique ■ Pas d'infection auriculaire, osseuse ou des tissus mous 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apparence clinique ■ Pas d'infection auriculaire, osseuse ou des tissus mous
Paramètres biologiques (définissent les patients à faible risque)	<ul style="list-style-type: none"> ■ GB < 15 000/mm³ ■ Ratio des neutrophiles < 20 % ■ Culot urinaire < 10 GB/mm³ et uroculture négative pour les bacilles G- ■ Ponction lombaire < 8 GB/mm³ ■ Radiographie pulmonaire : pas d'infiltrat ■ Selles : absence de sang, peu ou pas de GB 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 5 000 < GB < 15 000/mm³ ■ Polynucléaires neutrophiles < 1 500/mm³ ■ Culot urinaire ≤ 10 GB/mm³ ■ Selles ≤ 5 GB/champ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ GB < 20 000/mm³ ■ Ponction lombaire < 10 cellules/mm³ ■ Culot urinaire < 10 GB/mm³ ■ Radiographie pulmonaire : pas d'infiltrat
Patients à haut risque	■ Hospitalisation et antibiothérapie empirique	■ Hospitalisation et antibiothérapie empirique	■ Hospitalisation et antibiothérapie empirique
Patients à faible risque	<ul style="list-style-type: none"> ■ Retour à domicile ■ Pas d'antibiothérapie ■ Suivi systématique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Retour à domicile ■ Pas d'antibiothérapie ■ Suivi systématique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Retour à domicile ■ Pas d'antibiothérapie ■ Suivi systématique
Statistiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibilité 98 % (92-100) ■ Spécificité 42 % (38-46) ■ VPP 14 % (11-17) ■ VPN 99,7 % (98-100) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibilité 92 % (83-97) ■ Spécificité 50 % (47-53) ■ VPP 12,3 % (10-16) ■ VPN 98,9 % (97-100) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibilité NR ■ Spécificité 94,6 % ■ VPP NR ■ VPN NR

GB : globules blancs ; VPP : valeur prédictive positive ; VPN : valeur prédictive négative ; NR : non répertorié.

Tableau 5 Score de Yale

PARAMÈTRES/POINTS	1	3	5
Qualité des pleurs	■ Vigoureux ou absents	■ Pleurniche ou sanglote	■ Faibles, gémissements, cri aigu
Réactivité à ses parents	■ Pleurs brefs ou content	■ Pleurs on/off	■ Pleurs incessants
Réaction à la stimulation	■ Réveil facile	■ Réveil difficile	■ Ne réagit pas ou s'endort
Coloration	■ Rose	■ Cyanose des extrémités	■ Pâle, cyanosé ou marbré
État d'hydratation	■ Yeux, peau et muqueuses humides	■ Bouche un peu sèche	■ Yeux et muqueuses secs
Éveil/environnement social	■ Éveillé ou souriant	■ Éveillé ou sourire bref	■ Pas de sourire, anxieux ou léthargique

– réactions allergiques, atteintes cutanées dont le syndrome de Stevens-Johnson, atteintes hématologiques (neutropénie, anémie hémolytique, allongement du temps de saignement), cytolysse ou cholestase hépatique.

3. Aspirine ou acide acétylsalicylique

Le mode d'action de l'aspirine étant commun avec les AINS, les effets indésirables sont identiques. Le syndrome de Reye (atteinte cérébrale sévère avec coma et atteinte hépatique) est une entité pouvant survenir de manière exceptionnelle chez un enfant ayant une infection virale fébrile (par exemple, la grippe ou la varicelle) traitée par aspirine. Des effets sur l'hémostase avec allongement du temps de saignement sont également possibles.

La posologie habituellement utilisée est de 10 à 15 mg/kg toutes les 6 heures.

L'utilisation de l'aspirine en France a très nettement diminué et elle ne représenterait que 5 % du total des prescriptions d'antipyrétiques chez l'enfant, à l'inverse des AINS.

HYPERTHERMIE MAJEURE

L'hyperthermie majeure réalise un tableau sévère survenant en général chez un nourrisson de moins de 6 mois associant une fièvre très élevée supérieure à 41 °C, un état de mal convulsif, une atteinte multiviscérale avec CIVD, un collapsus.

Sa prise en charge est réalisée en réanimation pédiatrique. La mortalité est élevée (environ 50 %). En cas de survie, Des séquelles neurologiques lourdes sont fréquentes. ■

À PARAÎTRE : Fièvre aiguë chez l'enfant et chez d'adulte
Critères de gravité d'un syndrome infectieux
• 2^{de} partie : « Chez l'adulte »

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pour en savoir plus

► Mise au point sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant (recommandations Afssaps 2005)

<http://www.afssaps.sante.gouv.fr/htm/10/fievre/mapfiev.pdf>

► Fever without source in children 0 to 36 months of age

Ishimine P (Pediatr Clin N Am 2006;53:167-94)

► Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008

International Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee; American Association of Critical-Care Nurses; American College of Chest Physicians; American College of Emergency Physicians; Canadian Critical Care Society; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases; European Society of Intensive Care Medicine; European Respiratory Society; International Sepsis Forum; Japanese Association for Acute Medicine; Japanese Society of Intensive Care Medicine; Society of Critical Care Medicine; Society of Hospital Medicine; Surgical Infection Society; World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al. (Crit Care Med 2008;36:296-327)

► Prise en charge initiale des états septiques graves de l'adulte et de l'enfant

Groupe Transversal Sepsis (Réanimation 2007;16:S16-S21)
http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/2007-sepsis.pdf

► Paracetamol for treating fever in children

Meremikwu M, Oyo-Ita A (Cochrane Database Syst Rev 2002;[2]:CD003676)

► Purpura fulminans de l'enfant

Leclerc F, Leteurtre S, Noizet O, Sadik A, Cremer R
Conférences d'actualisation 2003;615-30. © 2003 Elsevier SAS
http://www.sfar.org/sfar_actu/ca03/html/ca03_38/ca03_38.htm

► Observation scales to identify serious illness in febrile children (score de Yale)

McCarthy PL, Sharpe MR, Spiessel SZ, et al. (Pediatrics 1982;70:802-9)

► Outpatient treatment of febrile infants 28 to 89 days of age with intramuscular administration of ceftriaxone (critères de Boston)

Baskin MN, O'Rourke EJ, Fleisher GR (J Pediatr 1992;120:22-7)

► Febrile infants at low risk for serious bacterial infection-an appraisal of the Rochester criteria and implications for management (critères de Rochester)

Jaskiewicz JA, McCarthy CA, Richardson AC, White KC, Fisher DJ, Dagan R, et al. Febrile Infant Collaborative Study Group (Pediatrics 1994;94:390-6)

► Outpatient management without antibiotics of fever in selected infants (critères de Philadelphie)

Baker MD, Bell LM, Avner JR (N Engl J Med 1993;329:1437-41)

ABONNEZ-VOUS OU RÉABONNEZ-VOUS EN LIGNE

egora.fr
HUVEAUX FRANCE

