

Fièvre aiguë chez l'adulte. Critères de gravité d'un syndrome infectieux (203)

*Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropicale
Juin 2003*

Pré-Requis :

Cours de bactériologie et virologie du PCEM

Résumé :

Symptôme le plus fréquent des maladies infectieuses, la fièvre n'est cependant pas toujours synonyme d'infection ; inversement, au cours de certaines toxi-infections (choléra, tétanos, botulisme) et infections chroniques (ostéite, sinusite,...), la température est normale ; un choc septique à bacille à Gram négatif peut être associé à une hypothermie.

Mots-clés :

Fièvre, sepsis

1. Fièvre

La fièvre se définit comme une élévation de la température centrale, dépassant 37,5° C le matin et 37,8° C le soir, alors que le sujet est au repos depuis plus d'un quart d'heure, et à jeun depuis plus de 2 heures.

Les chiffres de la température prise par voie axillaire ou buccale (à préférer à la voie rectale) sont habituellement augmentés d'un demi-degré pour apprécier la température centrale. On peut également mesurer la température tympanique.

La fièvre, indépendamment de son étiologie, peut être grave :

- chez le nourrisson et l'enfant de moins de 4 ans : risque de convulsions hyperthermiques et/ou de déshydratation,
- chez le vieillard : risque de déshydratation et de troubles du comportement,
- chez le patient porteur d'une tare sous-jacente, la gravité de la décompensation peut prendre le pas sur celle de l'infection.

Quel que soit l'âge, la fièvre peut être le symptôme inaugural d'une infection qui risque rapidement d'engager le pronostic vital : il faut reconnaître l'existence ou non de signes de gravité et savoir évaluer le degré de l'urgence : le terrain et la clinique interviennent dans cette appréciation.

2. Classification des pathologies sous-jacentes

La classification de Mac Cabe est la plus utilisée :

- **pathologie non fatale (NF) :** patient indemne de toute pathologie sous-jacente ou porteur d'une pathologie sous-jacente non fatale ; ex : hypertension artérielle

contrôlée, diabète non insulinodépendant, bronchite chronique sans retentissement aux EFR ...

- **pathologie ultérieurement fatale (UF) :** patient porteur d'une pathologie sous-jacente potentiellement fatale à échéance de 5 ans ; ex : bronchopneumopathie chronique obstructive, cirrhose non décompensée, insuffisance coronarienne peu grave et stable ...
- **pathologie rapidement fatale (RF) :** patient porteur d'une pathologie sous-jacente potentiellement fatale à échéance de 6 mois ; ex : myocardiopathie ou cirrhose du foie décompensée, BPCO avec hypoxémie grave et insuffisance ventriculaire droite, immunodépression grave (SIDA en phase terminale), cancer métastatique ...

3. Définitions des états infectieux

3.1. Infection

L'infection est le résultat de l'agression d'un organisme par une bactérie, un virus, un parasite ou un champignon.

La bactériémie traduit la présence de bactéries viables dans le sang.

3.2. Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS)

C'est la réponse inflammatoire systémique à certaines agressions cliniques graves : pancréatite aiguë, ischémie, polytraumatisme, choc hémorragique, maladie de système.

Ce syndrome est caractérisé par la présence d'au moins deux des signes suivants :

- température corporelle $> 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$,
- rythme cardiaque > 90 battements/min,
- rythme respiratoire $> 20/\text{min}$ ou hyperventilation se traduisant par une $\text{PaCO}_2 < 32$ mm Hg ($< 4,3$ kPa) en air ambiant,
- leucocytes $> 12\,000/\text{mm}^3$ ou $< 4\,000/\text{mm}^3$ ou $> 10\%$ de cellules immatures (en l'absence d'autres causes connues).

3.3. Sepsis

Il caractérise la réponse inflammatoire systémique à une infection. Elle se définit de la même façon que le syndrome de réponse inflammatoire systémique mais s'y ajoute un processus infectieux en évolution doit être confirmée au moins cliniquement.

3.4. Sepsis grave

C'est un sepsis associé à une dysfonction d'organe, une hypotension ou une hypoperfusion.

- L'hypotension se définit comme une TA systolique < 90 mm Hg ou une réduction d'au moins 40 mm Hg des chiffres tensionnels habituels, en l'absence d'autre cause connue d'hypotension (médicaments hypotenseurs, choc cardiogénique).

- L'hypoperfusion se traduit habituellement, mais non exclusivement, par une acidose lactique, une oligurie, une encéphalopathie aiguë, une hypoxémie inexpliquée, une coagulopathie.

3.5. Choc septique

C'est un sepsis associé à une hypotension persistante, malgré un remplissage vasculaire adapté qualitativement et quantitativement, accompagnée ou non de signes d'hypoperfusion.

Les patients qui sont sous drogues inotropes ou vasopressives peuvent ne plus être hypotendus au moment où les anomalies de perfusion sont recherchées, mais ces patients sont considérés comme étant porteurs d'un choc septique.

4. Scores de gravité

Des indices de gravité, additionnant des scores, permettent de prédire le risque de décès à l'admission dans une unité de soins intensifs ou de réanimation.

Le risque de mortalité est d'autant plus important que l'indice est élevé.

Ces scores n'ont pas pour but d'établir un pronostic vital individuel. Leur intérêt essentiel est de définir correctement les patients et de permettre des stratifications, notamment lors d'études épidémiologiques ou de médicaments anti-infectieux ou modificateurs de la réponse inflammatoire, de façon à comparer des groupes homogènes de malades.

4.1. Syndrome de dysfonction multiviscérale

C'est la présence d'un dysfonctionnement d'organe(s), chez un patient dont l'état est altéré de façon aiguë, et tel que l'homéostasie ne peut plus être maintenue sans une suppléance médicale.

Un tel dysfonctionnement peut être apparaître de façon aiguë ou progressive, peut être absolu (insuffisance rénale aiguë en hémodialyse) ou relatif (débit cardiaque et délivrance en oxygène normaux et oxygène tissulaire altérée avec acidose lactique).

Ce syndrome peut être primitif ou secondaire, de cause infectieuse ou non infectieuse.

4.1.1. Défaillance cardio-vasculaire

Présence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants :

- fréquence cardiaque $< 55/\text{min}$
- tension artérielle systolique $< 80 \text{ mm Hg}$
- tachycardie et/ou fibrillation ventriculaire
- pH artériel $< 7,25$ avec $\text{PaCO}_2 < 50 \text{ mm Hg}$

4.1.2. Défaillance respiratoire

Présence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants :

- rythme respiratoire spontané $< 5/\text{min}$ ou $\geq 50/\text{min}$
- $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mm Hg}$

- différence alvéolo-artérielle en O₂ > 350 mm Hg
- dépendance du respirateur ou de la VS-PEP (respiration spontanée ne pression positive) le 2ème jour de l'hospitalisation

4.1.3. Défaillance rénale

Présence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants en l'absence d'hémodialyse chronique préalable :

- débit urinaire < 480 ml/24 h ou < 160 ml/8 h
- urée sanguine > 1,20 g/l (20 mmol/l)
- créatininémie > 35 mg/l (310 µmol/l)

4.1.4. Défaillance hématologique

Présence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants :

- globules blancs < 1 000/mm³
- plaquettes < 20 000/ mm³
- hémocrite < 20%

4.1.5. Défaillance neurologique

Le score de Glasgow ≤ 7 correspond à un coma

4.1.6. Défaillance hépatique

Présence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants :

- TP < 15 % avec facteur V < 40 %
- Bilirubinémie totale > 60 mg/l (100 µmol/l)

4.2. Indice de gravité simplifié II (IGS II)

L'indice de gravité simplifié II est maintenant le seul utilisé.

Il additionne les scores de plusieurs variables pour donner un total prédictif de mortalité.

Variable	26	15	12	11	9	7	6	5	4	3	2	0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	12	15	16	18
Age (années)												<40						40-59				60-69	70-79	80	
Fréquence cardiaque (b/min)				<60							60-69	70-79				120-159		>160							
Pression artérielle (mm Hg)		<70						70-99				100-199		>200											
Température corporelle												<36°C				>39°C									
PaO2/FiO2 (mm Hg)				<100	100-199		>200																		
Débit urinaire (124h)				<0.500					0.500-0.999			>1000													
Urée sanguine (mmol/l) (g/l)												<10.0 <0.60					10.0-29.9 0.60-1.79				>30 >1.80				
Globules blancs (10 ⁹ /ml)			<1.0									1.0-19.9			>20.0										
Potassium (mEq/l)										<3.0		3.0-4.9			>5.0										
Sodium (mEq/l)								<125				125-144		>145											
HCO3 ⁻ (mEq/l)						<15				15-19		>20													
Bilirubine (mmol/l) (mg/l)												<68.4 <40.0				68.4-102.4 40.0-56.8				>102.5 >60.0					
Score de Glasgow	<6	6-8					9-10	11-15				14-15													
Maladies chroniques																					Cen. Méd.	Hép. Mal.		SIDA	
Type d'admission												Fract.					Méd.		Chir.						
Variable	26	15	12	11	9	7	6	5	4	3	2	0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	12	15	16	18

Tableau : Indice de gravité simplifié II (IGS II)
(Pilly)

Notes :

- Fréquence cardiaque, pression artérielle, température : prendre la valeur la plus anormale
- PaO2/FiO2 : uniquement si la malade est ventilé
- Potassium, sodium, HCO3⁻ : prendre la valeur la plus anormale
- Score de Glasgow : si le patient est sous sédation, tenir compte du score avant sédation
- Type d'admission : Chirurgical si le patient a été opéré une semaine avant ou après programmé si l'intervention du médecin a été prévue au moins 24 heures à l'avance ; Médical pour les autres patients
- Maladies chroniques : Cancer métastatique, prouvé par chirurgie, scanner ou autre méthode ; Hémopathie maligne, lymphome, leucémie aiguë, myélome multiple ; SIDA, maladie VIH + manifestations cliniques opportunistes

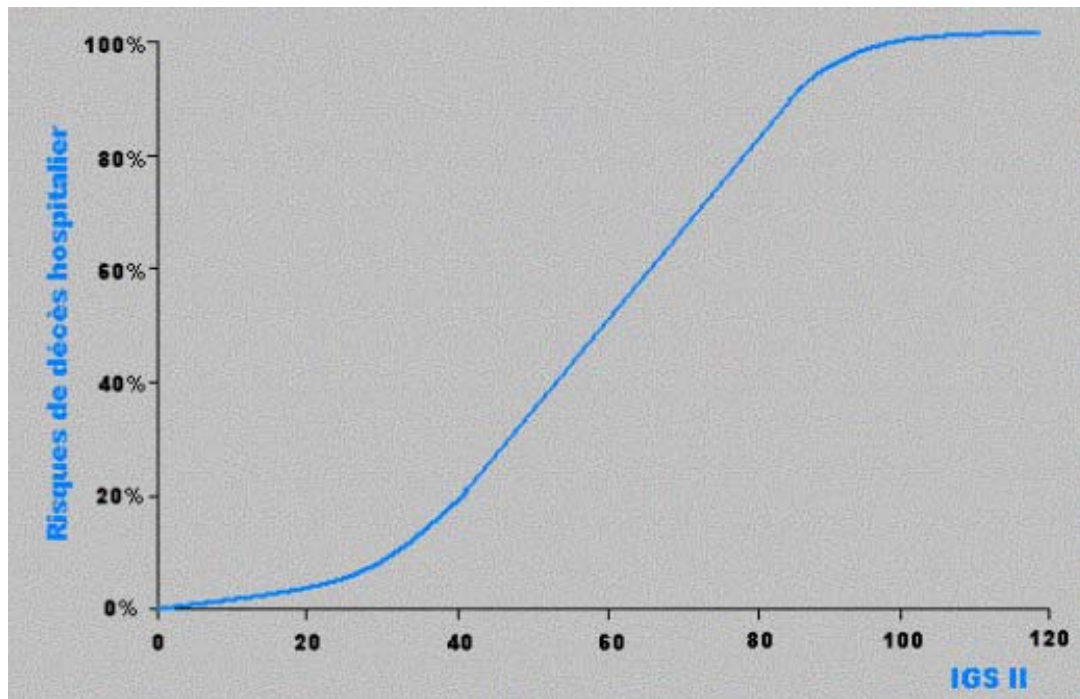


Tableau : risque de décès hospitalier en fonction de l'IGS II
(Pilly)

Références :

- E. Pilly 2002 18^e édition
- Popi 2001 7^e édition