

*République Algérienne Démocratique Et Populaire*

*Université Abou Baker Belkaid*

*Faculté de Médecine de Tlemcen*

*Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant*

*Service de Pédiatrie*

*Mémoire Fin d'Etude*

*Thème :*

# *La Prise en Charge de la Fièvre Chez le Nourrisson*

*Réalisé par :*

✓ *MOHAMMED KRACHAI Zoulikha*

✓ *DELLAOUI Amel*

*Encadreur :*

✓ *Dr. EL MEZOVAR*

*Chef de Service : Pr. BENDEDOUCHE*

*الاستشفائية المتخصصة تلمسان  
مصحة طب الأطفال  
الأستاذ صالح بن ددوش  
رئيس المصحة*

*Année Universitaire : 2010/2011*

## ***Remerciements***

***Nous tenons a remercié ceux qui nous  
ont aidés de près ou de loin à réaliser ce  
modeste travail en particulier:***

***Notre PROFESSEUR: Pr BENDEDOUCHE***

***Notre encadreur : Dr ELMEZOUAR***

***Nos ENSEIGNENTS qui ont veillé à  
nous enseigner toute la connaissance  
et le savoir qu'implique notre travail.***

PLAN :

1- Introduction

2- Définition

3- Physiopathologie

4- Evaluation

4-a- Tolérance

4-b- Terrain

5- La fièvre aiguë chez le nourrisson

5-1- Les principaux types de courbes thermiques

5-2- Démarche diagnostique et diagnostic étiologique

5-3- Caractère en fonction de l'âge

5-4- Signes d'accompagnement

5-5- conséquence et principaux signes

5-6- L'hyperthermie majeure

6- La fièvre prolongée

6-1- Définition

6-2- Etiologie

7- Traitement

8- Conclusion.

## 1-INTRODUCTION :

Bébé a de la fièvre lorsque sa température dépasse 38°C. Souvent le nourrisson est pâle, transpire et son front, ses mains, pieds sont brûlants. Une modification du comportement peut également annoncer une fièvre.

La fièvre est reconnue depuis des siècles comme un signe de maladie. Elle constitue un des problèmes les plus fréquemment rencontrés en clinique et elle peut représenter jusqu'à 20% des motifs de consultation aux urgences. L'évaluation clinique et le bilan à effectuer chez un enfant fébrile est un des challenges majeurs pour le clinicien.

La fièvre est un phénomène complexe qui représente une réponse adaptative.

Différentes observations chez les mammifères suggèrent que la fièvre est bénéfique pour l'hôte infecté car ses défenses semblent avoir évolué pour fonctionner de manière optimale dans un climat fébrile. Quelques données suggèrent que l'élévation de la température corporelle réduit la multiplication des germes et pourraient faciliter l'activité bactéricide phagocytaire. La réaction fébrile est relativement stéréotypée et indépendante de la cause précise.

## 2-DEFINITION :

La fièvre est un phénomène naturel pour lutter contre les infections. Les globules blancs libèrent des substances qui élèvent la température pour défendre l'organisme.

Lorsque la température est supérieure à 37° C, les globules blancs se montrent plus efficaces et les bactéries et les virus se développent moins bien, la fièvre n'est pas toujours d'origine infectieuse et peut faire suite à une vaccination ou à certains traitements.

La définition de la fièvre n'est pas toujours consensuelle car il est difficile d'établir le seuil qui serait anormal pour tous les enfants dans toutes les situations. Les enfants, à l'instar des adultes, ont des variations diurnes de la température, avec un pic qui survient entre 17h et 19h. La variation peut atteindre 0,9°C. Cette variation est moins marquée chez les nourrissons.

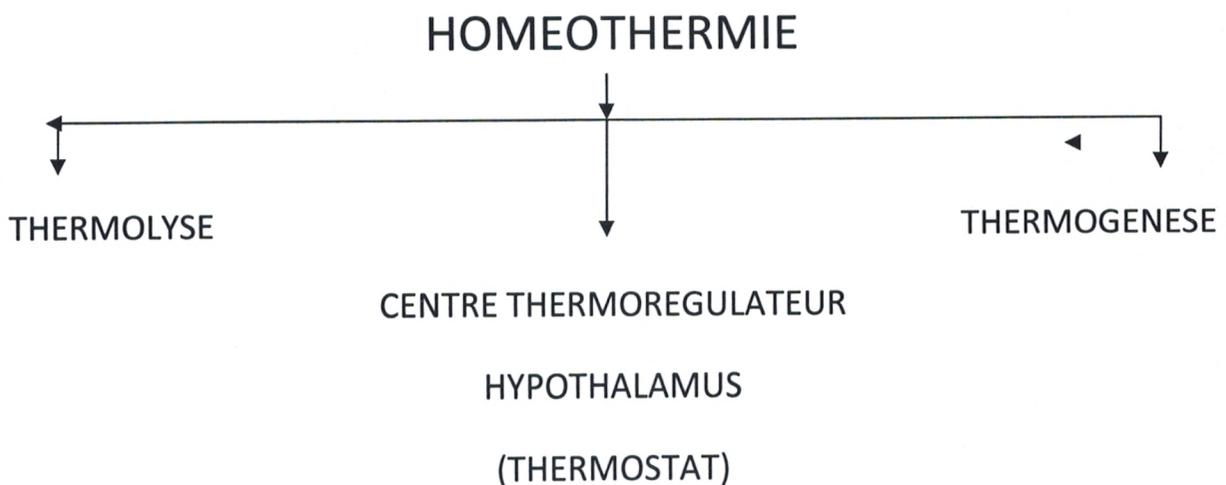
La définition de la fièvre qui le plus souvent acceptée est celle d'une température rectale supérieure ou égale 38°C.

Une température orale supérieure à 37,6°C ou axillaire supérieure à 37,3°C est souvent admise comme une fièvre. La mesure de la température tympanique est utilisée dans quelques situations car il a été montré qu'elle a une excellente corrélation avec la température centrale. Cependant, son utilisation est controversée en pédiatrie car s'il est vrai que quelques études ont confirmé la fiabilité de cette technique par rapport à la température rectale, d'autres ont remis en question l'exactitude des mesures de la température tympanique, notamment chez les nourrissons âgés de moins de 3 mois.

Par conséquent, étant donné l'importance de la fièvre chez les jeunes nourrissons, il est prudent de se baser sur la température rectale dans cette tranche d'âge.

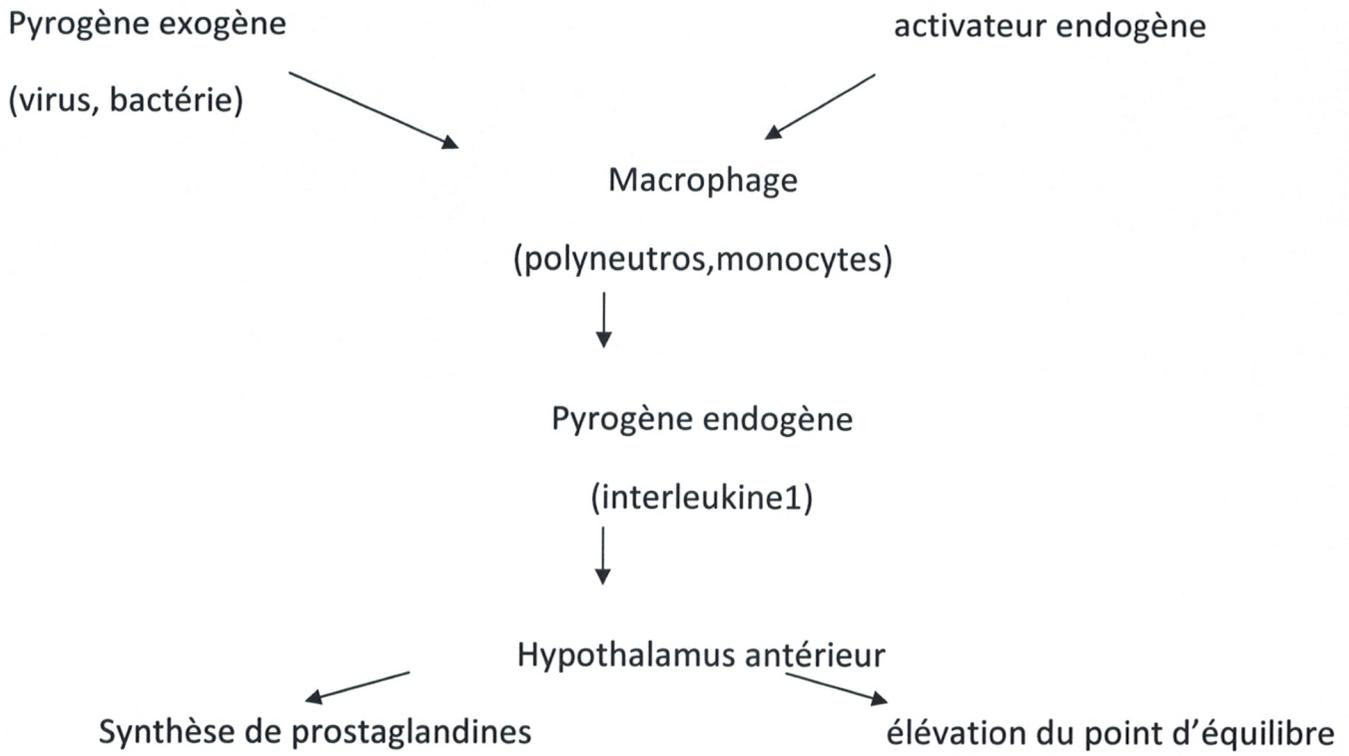
La fièvre est considérée comme modérée entre 38°C et 38,5°C ; élevée au dessus de 38,5°C et ayant le risque d'une hyperthermie majeure au dessus de 40,5°C.

### 3-PHYSIOPATHOLOGIE:



Homéothermie est le résultat d'équilibre entre la thermogénèse et thermolyse régulée par le centre thermorégulateur hypothalamus véritable thermostat.

### Mécanisme de la fièvre



### Thermique

La température est régulée en permanence, le centre régulateur se situe dans la région hypothalamique.

Physiologiquement, la température résulte en équilibre entre production et déperdition de chaleur

-production de chaleur, métabolisme protidique, lipidique, glucidique, travail musculaire.

-déperdition : principalement par la peau (vasomotricité).

Et +/- respiratoire au cours de la fièvre, le centre hypothalamique est stimulé par les substances pyrogènes. Cela entraîne une augmentation du thermostat, avec mise en œuvre des mécanismes effecteurs qui produisent la chaleur (vasomotricité, frissons).

Ces substances pyrogènes sont des cytokines produites par les cellules de système immunitaire, stimulée par les agents infectieux, ou lors de réaction inflammatoire non spécifique. Plus rarement, une hyperthermie peut être due à un dérèglement du centre régulateur (origine centrale), qui a un déséquilibre entre production et déperdition.

Les mécanismes en jeu pour augmenter la température sont les tremblements et frissons ou seulement une augmentation du tonus musculaire, la vasoconstriction périphérique, pour la diminution sueurs et vsodilatation.

## 4-EVALUATION :

Dans toute fièvre, trois éléments sont importants ; préciser la cause de la fièvre, apprécier sa tolérance et assurer sa prise en charge. Toute fièvre peut être le témoin d'une infection sévère ; une fièvre supérieure à 41,1°C est plus souvent associée à une pneumonie, une infection bactérienne, ou une méningite .lors de l'évaluation d'une fièvre .l'âge est un élément essentiel pour la prise en charge

Une anamnèse et un examen clinique complet seront les clés d'un diagnostic précis de la cause de la fièvre .l'impression générale obtenue durant les premiers instant de l'examen est très importante pour la reconnaissance d'une cause potentiellement grave de la fièvre .l'examen clinique du nourrisson commence durant l'anamnèse réalisée avec les parents. Une information précieuse peut être obtenue par l'observation du nourrisson alors qu'il se trouve dans les bras de ses parents .le médecin doit déceler l'état de vigilance de l'enfant, sa réponse face aux objet et personnes, son effort respiratoire, sa couleur cutanée, et sa réactivité et capacité de socialisation selon son âge.

La sévérité de la maladie peut devenir évidente si l'enfant est agité, peu ou pas intéressé ou peu réactif face à son entourage, ces tableaux peuvent être le témoin d'une méningite ou une septicémie. D'autre part, le nourrisson qui pleure ou devient irritable lorsque ses parents le prennent dans leurs bras ou le caressent présente une irritation paradoxale qui peut être aussi le signe d'une méningite. En revanche, un enfant qui joue ou sourit à ses parents n'a probablement pas un pronostic vital immédiatement grave

Bien qu'il soit nécessaire de chercher systématiquement des signes d'une maladie grave, la grande majorité de fièvres obéissent une à cause bénigne. Les causes les plus fréquentes de fièvre chez le nourrisson sont diverses et multiples.

## a-TOLERANCE :

Plusieurs critères ou scores ont été décrits pour évaluer la tolérance en cas de fièvre .Le tableau montre une façon globale et générale d'apprécier la tolérance de la fièvre.

	Bonne tolérance	Mauvaise tolérance
fasciés	vultueux	Pâle ;cyanose péribuccale
conscience	normale	somnolence
cris	vigoureux	Plaintifs ,geignard
téguments	Arthrosique, chauds	Marbrures, extrémités froides
Temps de recoloration	immédiat	Allongé>3seconds

## -complication de la fièvre :

- convulsion fébrile

-Température supérieure à41°C

-déshydratation aigue

## b-TERRAIN :

-nourrisson âgé de moins de 3mois chez qui le risque de bactériémie est plus important que chez l'enfant plus âgé.

- Enfant immunodéprimé.

En cas de fièvre mal tolérée, il faut redouter en premier lieu : une pyélonéphrite aigue, une méningite purulente ; une infection bactérienne sévère ,une hyperthermie majeure.

## 5-LA FIEVRE AIGUE CHEZ LE NOURRISSON :

### 5-1- les différentes courbes de température significative :

- Fièvre continue : T° reste élevée oscillation max 1°C.
- Fièvre oscillante : oscillation max de la T° <1,5°C ; T° plus élevée le soir que du matin.
- Fièvre intermittente : grande variation, oscillation>1,5 °C
- Fièvre récurrente : poussée de fièvre entrecoupée de période de rémission de 2 à 15 j sans fièvre
- Fièvre ondulante : évolution en cloche avec montée lent, un plateau élevé pendant plusieurs jours.
- Fièvre diphasique : poussée de T° en 2 phases ; courbée T° en V avec 2pics entrecoupée d'une phase de rémission .

### 5-2-DEMARCHE DIAGNOSTIC ET DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

- Il s'agit de mener un interrogatoire et réaliser un examen clinique complet chez un nourrisson déshabillé totalement.
- Le but de l'examen est de repérer les situations d'urgence, les complications et identifier une cause de la fièvre.
- a- Al' interrogatoire, les nourrissons à risque infectieux sévère seront rechercher :
  - drépanocytaire
  - immunodéficitaire
  - affection chronique
  - Antécédents d'affections chronique.
  - contage, vaccination, chirurgie récente.
  - notion de voyage
  - prise médicamenteuse
- b-A l'examen clinique ;
  - signe de choc, signe de déshydratation.

-purpura, exanthème , urticaire , infection sous cutané.

- adénopathie

-angine , rhinorrhée, otite moyenne aigue.

-douleurs abdominales, hépato splénomégalie.

-polypnée ,ràles d'encombrement, toux.

-douleurs osseuses ou articulaire.

.une bandelette urinaire sera réalisée à la recherche de pyélonéphrite aigue qui peut se manifester par une fièvre isolée dans 30 % des cas.

-Quand réaliser les examens complémentaires :

-En cas de pertes de poids>5%, on réalise un ionogramme sanguin.

-ECB des urines des que les bandelettes urinaires est +( leucocytaire+ présence de nitrites) chez le nourrisson +de 3 mois.

-Radiographie de thorax en cas de détresse.

a) En cas de fièvre bien tolérée en absence de signe de gravité :

pas de bilan sanguin ,on réalise après ex clinique ;NFS ,CRP.

b)en cas de mauvaise tolérance ou de signe de gravité ;

on réalise NFS ou CRP ,hémoculture en cas de  $T^{\circ}>38,5^{\circ}\text{C}$  ou s'il existe des signes cliniques de bactériémie ,on évaluera le retentissement avec une glycémie et un ionogramme sanguin, PH capillaire et un dosage des lactates seront demandés en présence des signes de choc

-CRP est un marqueur intéressant

-Analyse de l'hémogramme en cas de fièvre permet d'évaluer le risque de bactériémie.

### 5-3-Caractères en fonction de l'âge ;

-Chez le nouveau- né, la fièvre peut faire défaut dans les infections graves au cours desquelles on peut observer au contraire une hypothermie.

-chez le nourrisson, l'hyperthermie peut constituer un risque neurologique et vital , quelle que soit son étiologie .

Mieux supportée par l'enfant, elle pourra affecter différents types ; accès brefs ou fièvre prolongée épousant des allures variables ; simple fébricule ,fièvre en plateau, oscillante, ondulante, intermittente, rémittente, palustre, ou pseudopalustre,désarticulée.

### a/CHEZ LE NOURRISSON DE MOINS DE 3 MOIS :

La fièvre à cet âge doit être considérée comme très potentiellement sévère : méningite ostéo-articulaire, cellulite, infection urinaire, pneumopathie, gastro-entérite, et otite moyenne aiguë. La démarche clinique est compliquée par le fait que les signes sont peu spécifiques. Les signes qui doivent inquiéter sont les suivants ; altération de la conscience et / ou du tonus, troubles du comportement (anomalies du cri, anomalies de la réactivité, difficultés d'alimentation à anomalies de l'hémodynamique, anomalies de la coloration, signe de déshydratation, signe de respiratoires (toux, difficulté respiratoire, polypnée...), signe évoquant une infection de parties molles, purpura, enfants de moins d'un mois.

## -Bilan à réaliser

Chez l'enfant de moins de 3 mois, les examens complémentaires sont nécessaires quelque soit l'examen clinique. Deux situations possibles.

- a) -existence d'un ou plusieurs signes d'infection potentiellement sévère ou enfant âgé de moins d'un mois ; hospitalisation. Les examens complémentaires à réaliser sont ; NFS plaquettes, bandelette urinaire et écu, TP, tck fibrinogène, hémoculture, crs, si possible un dosage de la pro calcitonine, radiographie de thorax, ponction lobaire. en fonction du contexte considérer un ionogramme sanguin, un gaz du sang, échographie abdominale, coproculture.
- b) -aucun signe de haut risque d'infection sévère ; NFS plaquettes, hémoculture, fibrine, CRP, bandelette urinaire +/- ECBU, +/- radiographie du thorax, +/- ponction lombaire (si marqueur de l'inflammation anormaux), +/- coproculture. si ces examens sont normaux, un retour à domicile peut être envisagé moyennant une surveillance de qualité

il ne faut pas oublier que lorsqu'un bilan est réalisé très rapidement après le début de la fièvre, les examens peuvent initialement être normaux. il ne faut pas hésiter à refaire des examens lorsque le premier bilan a été précoce et l'état de nourrisson reste préoccupant.

### b/ CHEZ LE NOURISSON DE 3 A 24 MOIS :

Chez les nourrissons âgés de plus de 3 mois l'examen clinique permet de déceler de façon plus faible les nourrissons qui risquent une infection sévère. l'existence de signes de mauvaise tolérance doit conduire à la réalisation d'explorations complémentaires, d'une antibiothérapie probabiliste, et d'une hospitalisation pour surveillance. une fièvre de plus de 39 °C qui dure plus de 48 h est un critère supplémentaire pour pousser les explorations. le bilan comportera ; NFS plaquettes, hémoculture, CRP, si possible pro calcitonine, bandelette urinaire et selon les résultats ECBU. selon la symptomatologie associée ; PL, radiographie du thorax, +/- recherches virales. Lorsque la fièvre est bien tolérée, les explorations ne seront demandées que si la fièvre persiste au-delà de 3-5 jours, après avoir répété l'examen clinique et jugé de l'évolution.

### - Les étiologies de la fièvre aiguë :

#### 1-Système nerveux central :

- méningite bactérienne
- méningite virale
- méningo-encéphalite virale

2-sphère ORL :

- rhume
- angine
- rhino-pharyngite
- laryngite
- otite moyenne aigue
- adénite cervicale.

3-pulmonaire :

- pneumonie
- bronchiolite
- trachéobronchite.

4- cavité buccale :

- abcès dentaire
- gingivostomatite.

5-gastro-intestinale :

- appendicite
- gastro entérite aigue.

6- urinaire :

- Infection urinaire

## 5-4- Signes d'accompagnement :

Ils seront pris en considération ; frissons traduisant des décharges bactériémiques ou une suppuration profonde , douleurs, sueurs, altération de l'état général, amaigrissement, asthénie....

La symptomatologie fonctionnelle pourra orienter vers une localisation ; dysphagie toux et/ou dyspnée , troubles digestifs arthralgies , syndrome méningé signes fonctionnels urinaires ....

L'examen complet , appareil par ,devra s'attacher à rechercher les signes d'une localisation infectieuse.

## 5-5-Conséquences et principaux signes

La gravité de l'hyperthermie réside dans le risque de voir survenir, surtout chez le nourrisson, deux complications ; la déshydratation et/ou les convulsions.

### a- La déshydratation :

Elle peut survenir en dehors de toute perte par vomissements et/ ou diarrhée .on estime la perte d'eau liée à l'hyperthermie de l'ordre de 80 ml/m<sup>2</sup> caré/degé au –dessus de 37° .cette perte sera souvent aggravée par défaut d'hydratation (manque d'apport , refus de boire) . le plus souvent, les troubles digestifs associés aggravent rapidement cette déshydratation.

### b- L'hyperthermie majeure :

la brutalité du décalage thermique en est responsable chez les nourrissons prédisposés elle réclame un traitement symptomatique d'urgence et ultérieurement une thérapeutique préventive

## 5-6- l'hyperthermie majeure :

elle réalise un tableau gravissime survenant surtout chez un nourrisson de moins de six mois, aussi bien en hiver qu'en été .a l'occasion d'une infection banale (rhinopharyngite..) , le nourrisson est retrouvé le plus souvent le matin , en état de mal convulsif , inconscient ; sa température atteint 41° voire 42° . l'état de collapsus est attesté par une chute de la tension artérielle , une abolition des pouls périphériques , une lenteur à la relocation des extrémités une oligurie , un syndrome hémorragique , traduisant une C.I.V.D et/ou une atteinte hépatique , peut compliquer ce tableau. Malgré la mise en œuvre de moyens de réanimation ,l'issue fatale est à redouter , précédée par un syndrome de décérébration ;la suivre n'est le plus souvent observée qu'au prix de lourdes séquelles neurologiques

c'est dire l'importance des mesures préventives visant à éviter ces hyperthermies chez le nourrisson et la nécessité de la réduire au maximum la durée de tout hyperthermie à cet âge

## **6- La fièvre prolongée :**

### **6-1- Définitions et diagnostic :**

Définition par la constatation d'une température centrale supérieure à 37 ° 5 le matin et /ou 37°8 le soir ( dans les conditions basales de repos ), évoluant depuis au moins une semaine , la fièvre prolongée chez l'enfant exige ;

-un interrogatoire très rigoureux ; mode de prise de température (par les parents ou non) , type de fièvre , régime alimentaire s'il s'agit d'un nourrisson , retentissement sur l'état général ,symptomatologie fonctionnelle d'accompagnement , contag possible dans l'entourage ,traitements éventuellement institués , vaccination GCG et l'allergie tuberculinique...

-un examen clinique complet et minutieux comportant obligatoirement un examen O.R.L. et un touche rectal .

Des examens complémentaires minimum ; vs hémogramme , culot urinaire , radiographie du thorax , réactions tuberculiques , et d'autre guidés par la clinique (hémoculture , tests inflammatoires ,séro -diagnostics,...)

A ce stade , il faudra se poser deux question ;

La fièvre est-elle authentique ? c'est -à- dire éliminer une thermopathomimie ; exclusivement observée chez l'enfant d'âge scolaire , plus souvent fille que garçon en s'aidant du contrôle des prises thermiques , du caractère normal des examens complémentaires et en sachant qu'un tel diagnostic débouchera le plus souvent sur une investigation et/ou une prise en charge psychothérapique.

-la fièvre est-elle organique

- L'exercice musculaire peut être responsable de fièvre par augmentation(nécessité de prendre la température dans les conditions de repos
- La thermolyse est parfois débordée(chauffage excessif) ou congénitalement déficiente (dysplasie anhidrotique)
- Enfin, il est des fièvres iatrogènes (pénicilline, anticomitiaux ,....)

### **6-2- Etiologie**

La démarche étiologique d'une fièvre prolongée se pose différemment selon qu'il s'agit ;

1-fièvre d'origine infectieuse :

a -Ophtalmologique :

- Cellulite péri orbitaire.
- Cellulite orbitaire.

b-Muscla-squelettique :

- Ostéomyélite.
- Arthrite septique.

c-Cutanée :

- Cellulite.
- Exanthèmes d'origine virale.

d-hépatite surtout A

e-mononucléose infectieuse

f-maladie des inclusions cytomégaliqes.

g-les parasitoses( toxoplasmose, kala -azar,...)

-la dermatomyosite.

-les rhumatismes chroniques

-la périartérite noueuse

## 2- Les fièvres métaboliques :

Elles ne sont pas exceptionnelles à cet âge ; déshydratation au cours d'une gastro-entérite (virale ou bactérienne). D'un coup de chaleur, d'une mucoviscidose, d'un diabète insipide. Mais aussi fièvre du lait sec, observée avec le lait concentré sucré ou les laits en poudre, lorsque la concentration est excessive ; la simple correction de la ration hydrique entraîne la normalisation de la température. Fièvre carencielle : l'hyperthermie fait partie du tableau du scorbut infantile et à un moindre degré de la carence martiale. Enfin, l'hypervitaminose D au cours de laquelle s'associent anorexie, soif et vomissements.

## 3- Les fièvres d'origine neurologique :

Elles sont relativement rares chez le nourrisson : dérèglement thermique chez certains encéphalopathes ou chez des nourrissons porteurs de malformations cérébrales. En fait, c'est surtout l'hématome sous-dural chronique qu'il faut évoquer. Le diagnostic sera étayé par l'augmentation de volume du crâne, l'hémorragie au fond d'œil, la ponction à l'angle externe de la fontanelle et /ou l'examen scanographique.

## 4- Fièvre d'origine immunologique : Le syndrome de KAWASAKI :

L'étiologie inconnue, mais très proche du tableau de périartérite noueuse du nourrisson, associe une hyperthermie prolongée, un éxanthème avec glossite et chéilite, une adénomégalie : son pronostic est conditionné par le risque de complications cardiovasculaires (anévrismes coronariens et mort subite)

## 5- Autre : Le syndrome de WISSLER-FANCONI ;

Se caractérise par des poussées fébriles élevées et intermittentes, généralement moyennement supportées chez les nourrissons, associées à des rachs cutanés et à des manifestations articulaires fugaces (arthralgies). Les poussées fébriles s'accompagnent d'accélération de la VS et d'hyperleucocytose importante.

## 7- TRAITEMENT :

Les moyens physiques doivent toujours être instaurés en premier. Il faut conseiller à l'entourage d'éviter de trop couvrir le nourrisson, d'aérer la pièce, de faire boire le nourrisson le plus souvent possible. Ces mesures simples contribuent à limiter l'ascension de la température, à augmenter l'efficacité du traitement médicamenteux et à maintenir une hydratation correcte du nourrisson. Les autres méthodes physiques (bains frais, poche de glace, etc) vont à l'encontre de l'objectif principal du traitement, qui est la lutte contre l'inconfort, et sont à réserver à des situations exceptionnelles.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux, la monothérapie est la règle de principe. Ce pendant, une fièvre persistant plus de 24h malgré un traitement bien conduit justifie l'adjonction d'un second médicament. La voie d'administration préférentielle est la voie orale ; la voie rectale doit être réservée au cas d'intolérance digestive.

-Le paracétamol est le médicament de première intention. Il possède un effet antipyrétique

Et antalgique. La posologie est de 15mg /kg/prise toutes les 6 heures, sans dépasser 80mg/Kg/j.

-L'ibuprofène est un anti inflammatoire non stéroïdien d'action antipyrétique et antalgique. Il est utilisé à partir de l'âge de 6 mois à la dose de 7,5mg/kg/prise toutes les 6 heures. Il est contre indiqué en cas de varicelle.

-Aspirine elle est peu utilisée en raison du risque de syndrome de REYE ; elle est contre indiquée en cas de varicelle.

-Tous les nourrissons doivent être surveillés afin de repérer l'apparition de nouveaux signes. L'entourage doit recevoir des conseils dans ce sens. En cas de mauvaise tolérance , d'apparition de nouveaux signes, les parents doivent avoir la consigne de reconsulter.

## 8- Conclusion :

Le diagnostic d'une fièvre repose sur une anamnèse exhaustive et un examen clinique rigoureux, le plus important est de ne pas méconnaître une infection grave et surtout d'exclure une pathologie maligne même si les causes infectieuses sont les plus fréquentes en pédiatrie, l'absence de réponse aux antibiotiques, Le caractère prolongé ou récurrent, le retentissement sur l'état général sont des indices qui doivent être pris en compte. Le diagnostic de ces maladies inflammatoires est souvent différé par manque de connaissances et surtout parce que les tableaux sont rarement typiques et complets aux moments de la présentation seule l'évolution et la réponse au traitement permettent parfois de poser un cadre nosologique.

***PARTIE***

***PRATIQUE***

# ***I. Méthodologie :***

## **A-Type et Durée d'Etude :**

*Ce travail est une étude rétrospective et prospective réalisé dans les services de pédiatrie, et des urgences pédiatrique du centre hospitalo-universitaire de Tlemcen*

*L'étude s'est déroulée sur une période de 1 an allant de Janvier **2010** à Décembre **2010***

## **B-Cadre d'Etude :**

### **-1- Situation Géographique :**

*Le CHU Tlemcen est situé dans le Centre de la ville de Tlemcen. A l'intérieur de cet établissement se trouve :*

*- Le Service des Urgences pédiatriques (S.U.P) - Le Service de Pédiatrie*

### **-2- Les Locaux :**

*- Les Services de Pédiatrie.*

*Ils comprennent :*

*- Un Service de Pédiatrie avec 30 lits d'hospitalisation.*

*Les urgences pédiatriques avec salle d'observation et salle de soin.*

## **C- Les Patients :**

*Tous les patients ont été recrutés dans le Service des Urgences pédiatriques et dans les services de pédiatrie du .C.H.U de l'Hôpital de Tlemcen*

*Un questionnaire préétabli a permis de recueillir les renseignements nécessaires pour chaque patient.*

### **1- Critères d'inclusion**

*Tous les patients de **1mois à 2 ans** ayant consulté dans le Service des Urgences Pédiatriques ou dans les Services de Pédiatrie du C.H.U Tlemcen pour fièvre*

### **2- Critère de non inclusion**

*Ont été exclus de cette étude :*

*- Tous les patients n'ayant pas consulté dans le Service d'Urgences Pédiatrique du C.H.U Tlemcen*

- Tous les patients dont les examens cliniques et para cliniques n'ont décelé aucune fièvre- Tous les patients hospitalisés dans le Service mais ayant été opéré ailleurs que dans le Service des Urgences pédiatriques et les Services de Pédiatrie du C.H.U T

### **3- Echantillon**

Nous avons recruté 7051 patients admis pour fièvre au cours de la période d'étude

### **D-Méthode**

• Tous les malades recrutés ont bénéficié :

- d'un interrogatoire,
- d'un examen physique,
- d'un bilan para clinique

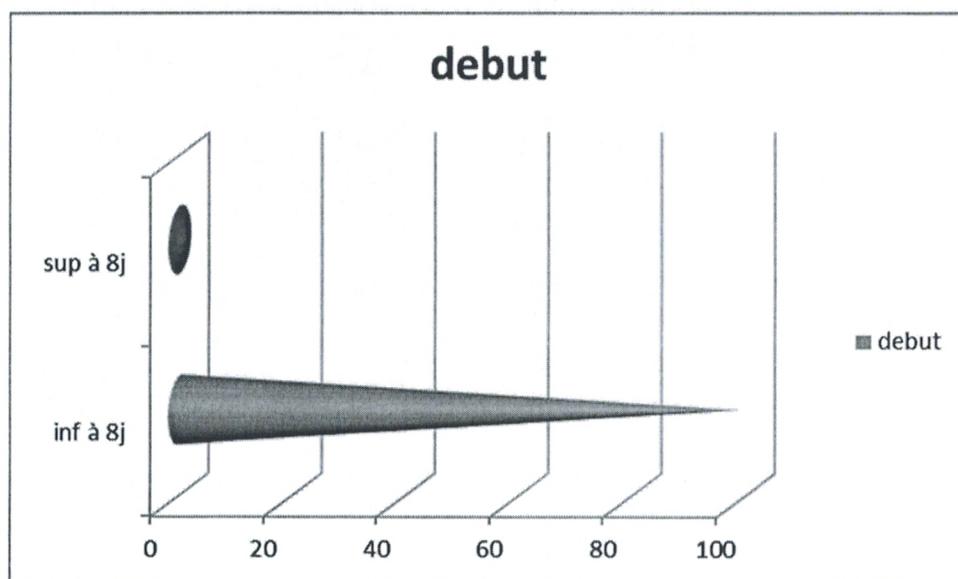
### **E-Support**

- La fiche d'enquête,
- La collecte et la saisie des données sur les dossiers des patients
- L'analyse des données sur les dossiers

### **F- Résultats**

**Fréquence : 10000** patients ont été hospitalisés au cours de notre étude .Nous avons recensé **7051** cas de fièvre,

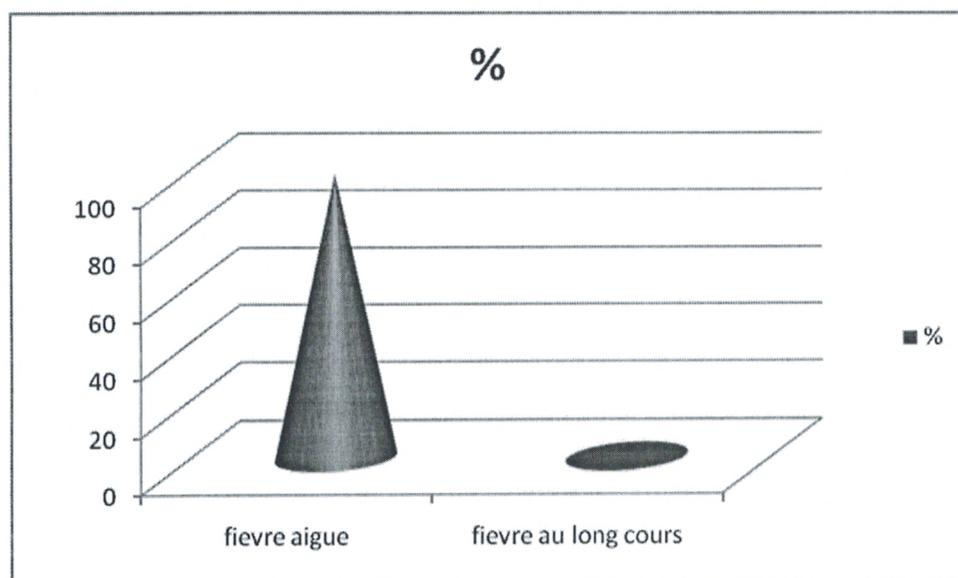
**Tableau -1-** : la répartition selon le début des troubles



les cas de la persistance de la fièvre plus de 8 jours est moins que les cas inférieure a 8 jours

**Tableau -2-** : répartition en fonction la durée du symptôme

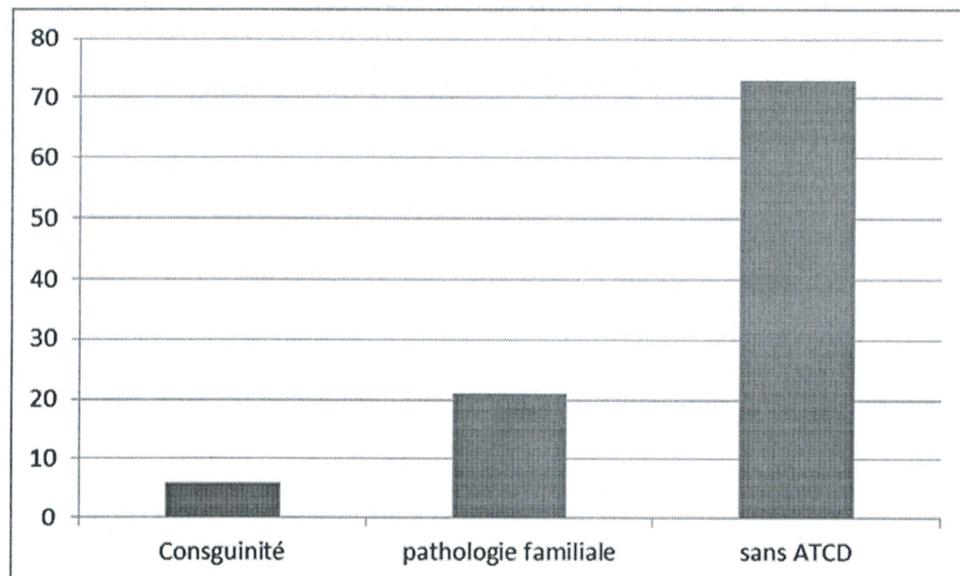
	Fièvre aigue	Fièvre a long cours	Totales
effectifs	6967	84	7051
%	98,8	1,2	100



On note que la fièvre aigue est plus fréquente par rapport la fièvre au long cours

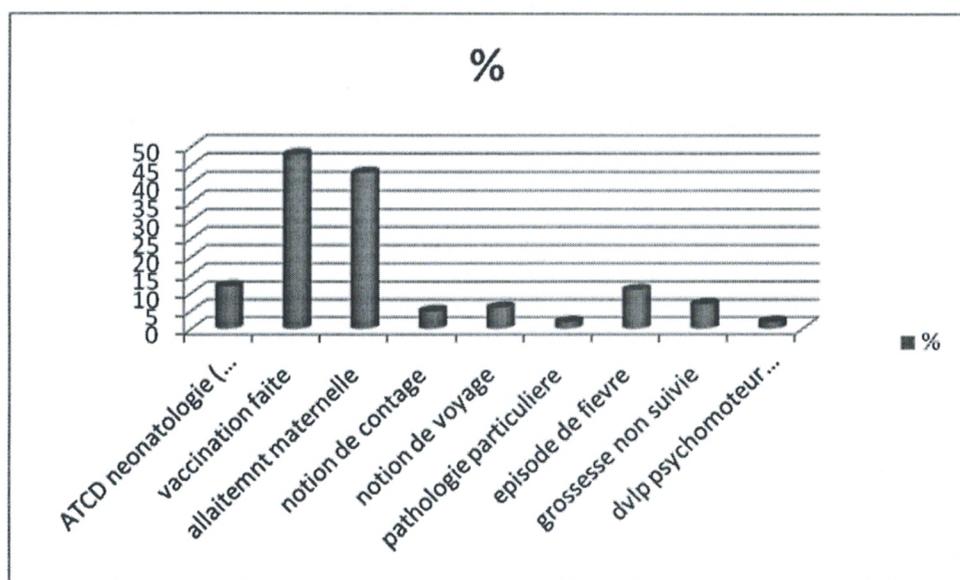
### A-Fièvre au long cours :

**Tableau -1-** : la répartition selon les ATCD familiaux



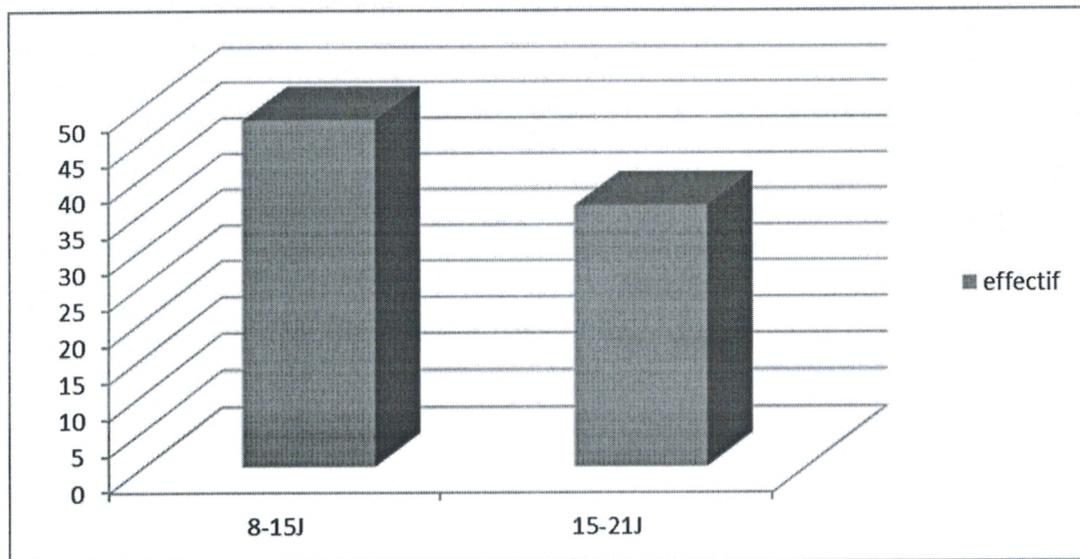
On note que les ATCD familiaux existent avec des pourcentages différents

**Tableau-2-** : la répartition selon les ATCD personnels



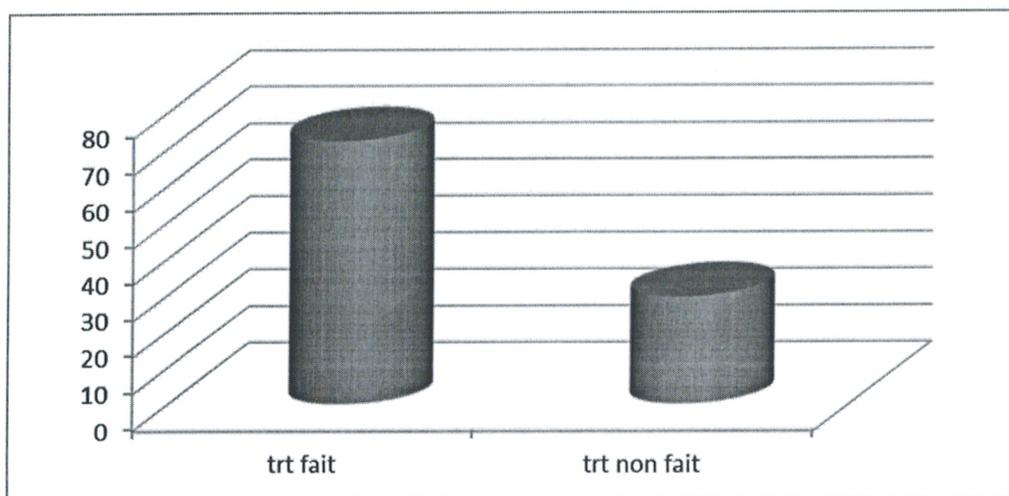
La moitié des enfants hospitalisés présentent des ATCD néonatalogie en plus de ça 48% : allaitement maternelle, les autre avec pourcentage différent.

**Tableau-3- : la répartition selon le début des troubles**



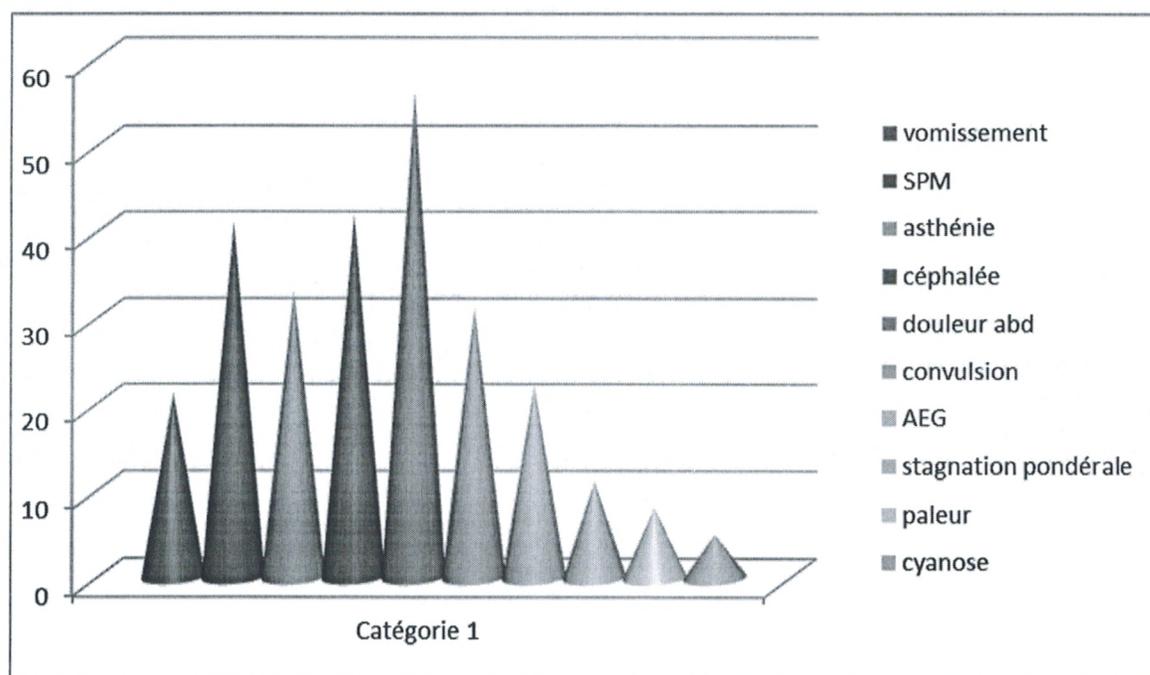
Le début des troubles est variable

**Tableau-4- : la répartition selon le traitement reçu avant hospitalisation**



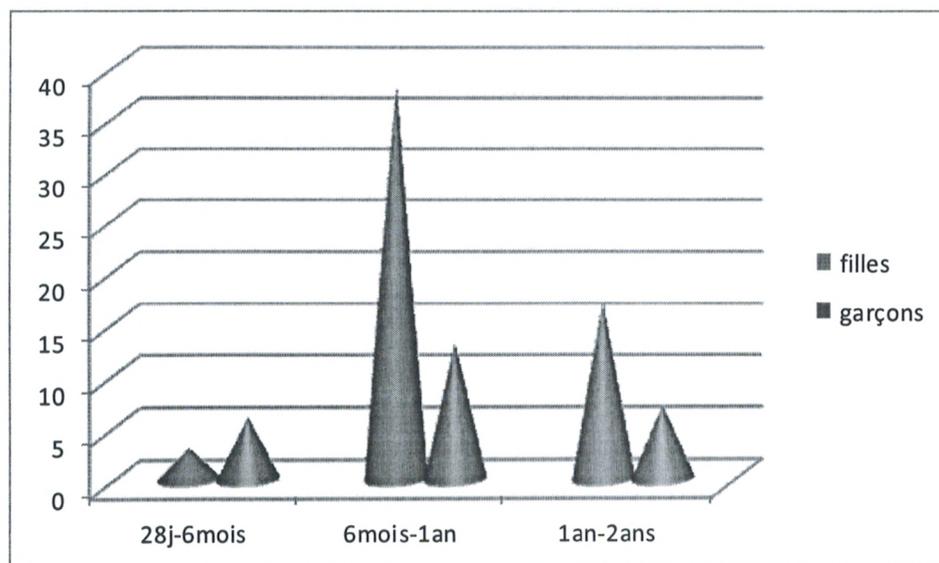
La plupart des patients ont reçus des traitements ultérieurs avec 71.8%

**Tableau-5- : la répartition selon les signes associe**



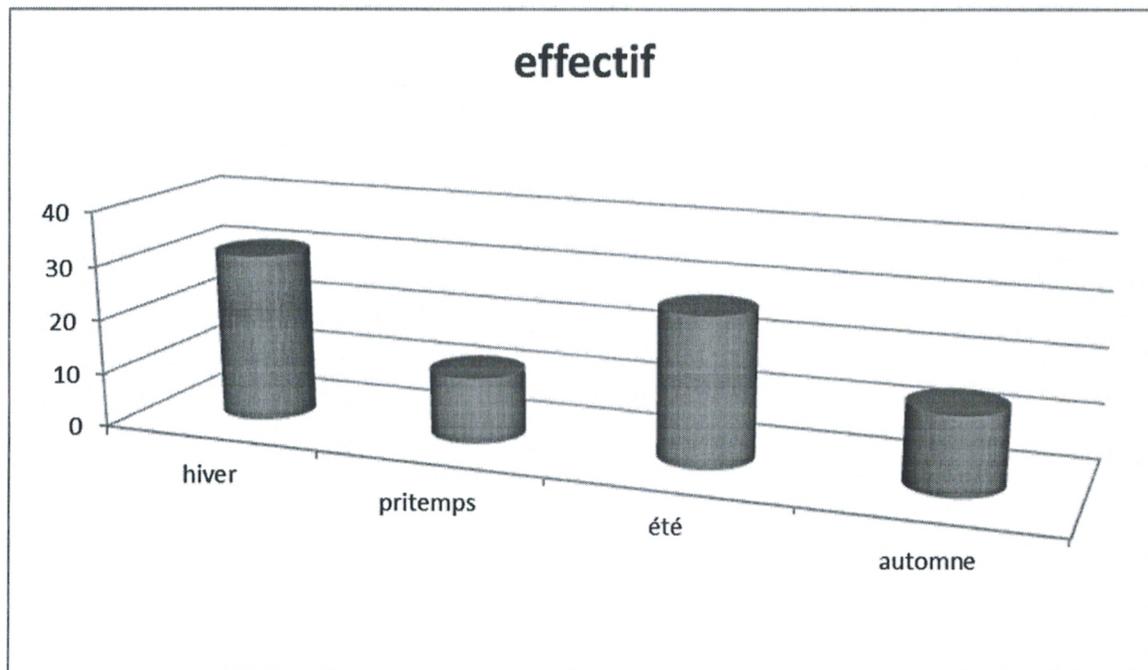
Douleur abdominale, splénomégalie, convulsion et céphalée sont présentés plus la moitié des cas par rapport aux autres signes

**Tableau -6- : la répartition en fonction de l'Age par rapport au sexe**



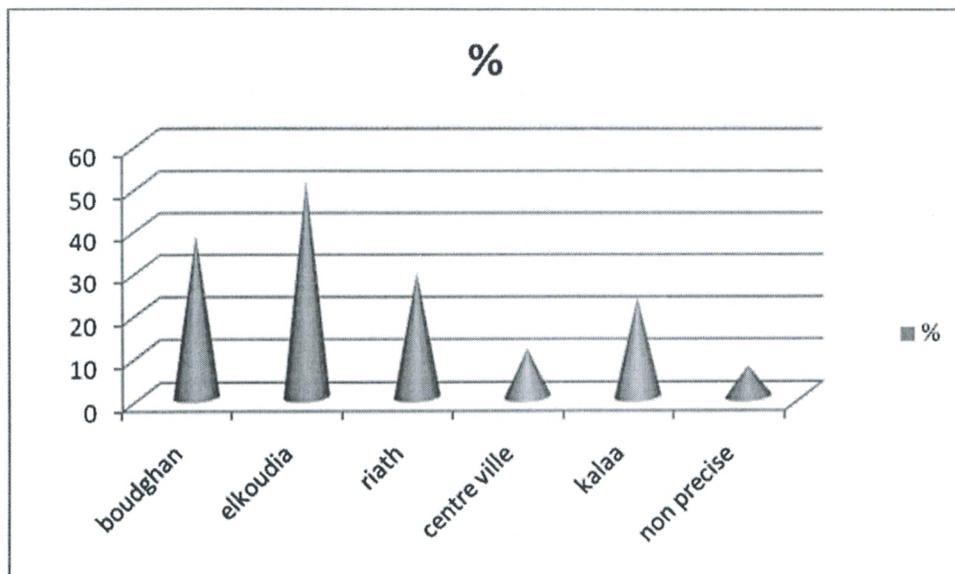
On note une légère prédominance masculine dans la première tranche d'âge et nette prédominance féminine dans la deuxième et troisième tranche d'âge

**Tableau-7- : la répartition selon la saison**



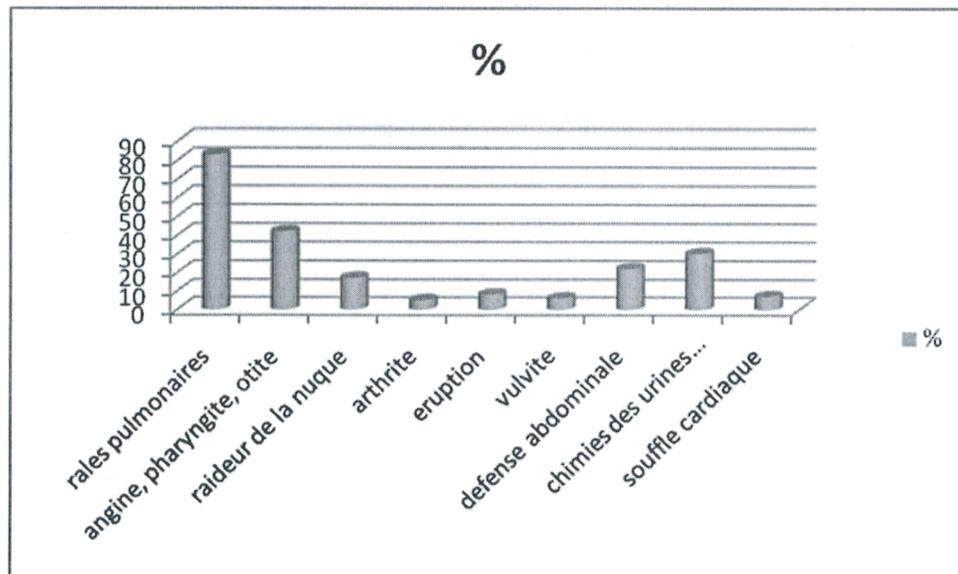
On remarque que motif de consultation « fièvre » très élevé dans toutes les 4 saisons avec des pourcentages différents mais surtout hivernal

**Tableau -8- : la répartition selon la région**



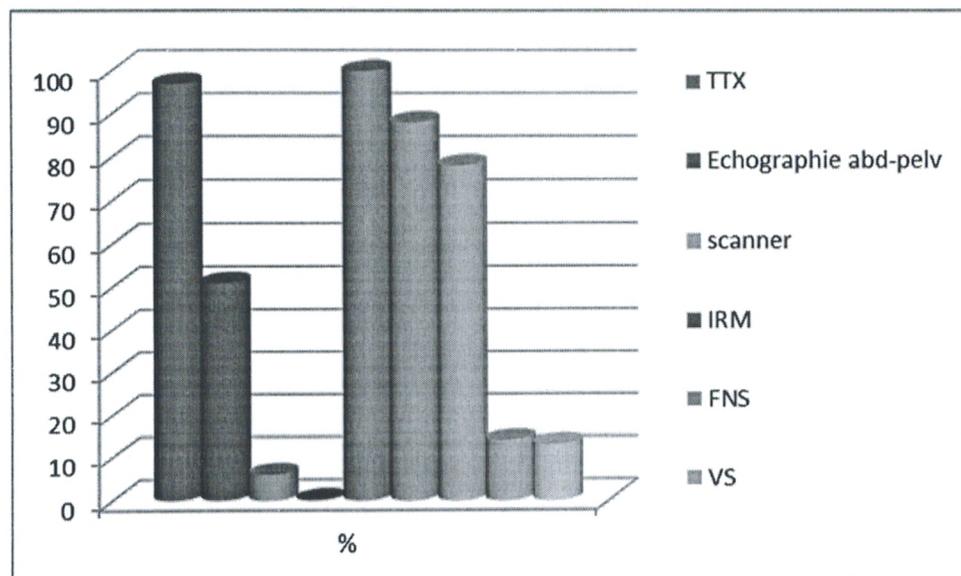
Toute les régions sont concernées mais avec des pourcentages différent le plus touchés boudghen et elkoudia expliqué par niveau socio-économique qu'est bas.

**Tableau-9- : la répartition en fonction de l'examen clinique**



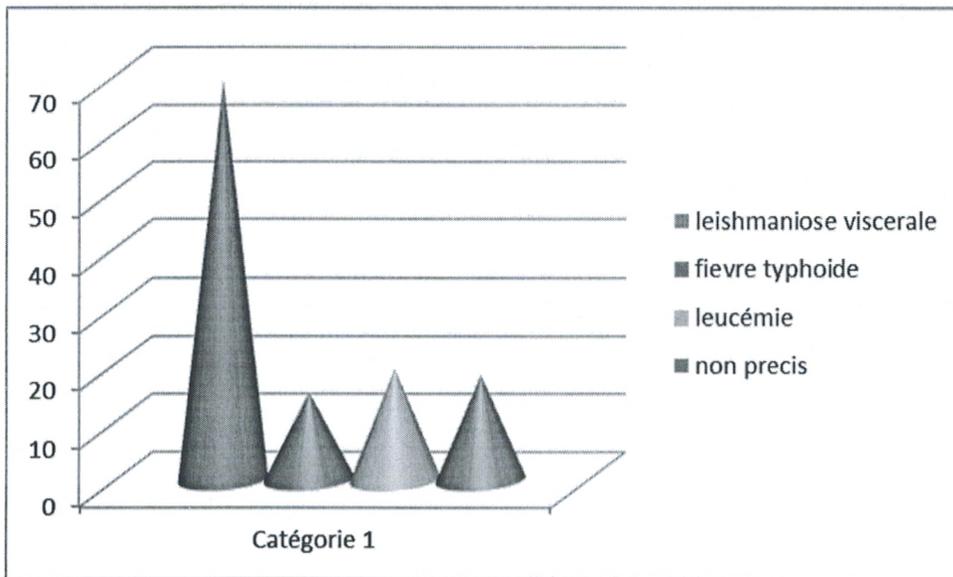
L'examen clinique peut nous orienter vu sa richesse

**Tableau-10- : la répartition en fonction des examens complémentaires**



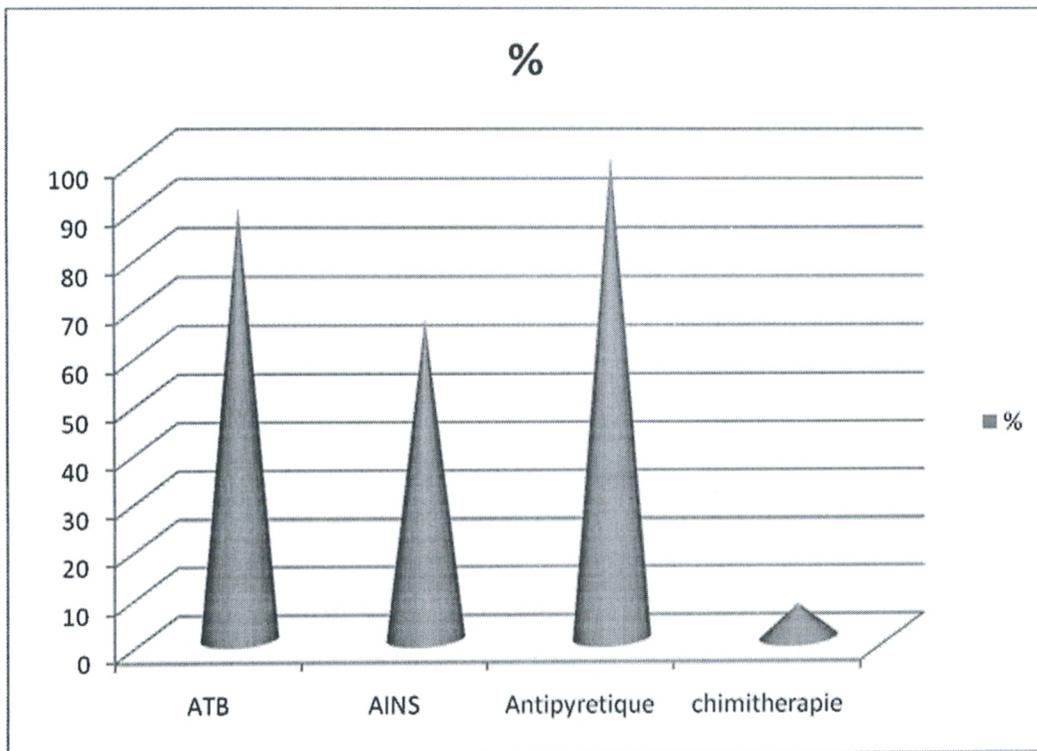
Les examens complémentaires sont fiables et justifient leur place dans la certitude de diagnostic

**Tableau-11- : répartition selon le diagnostic posé**



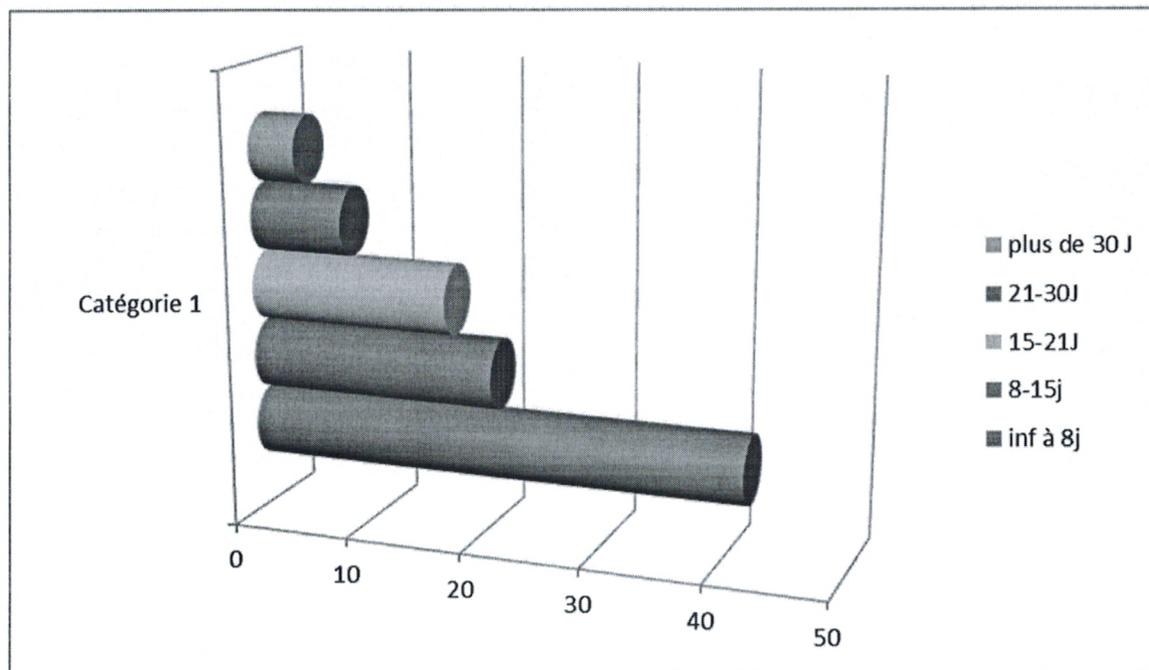
Concernant la pathologie la plus fréquente leishmaniose viscérale avec 69% puis pathologies cancéreuse et fièvre typhoïde avec 15% et d'autre non précis 18%

**Tableau-12- : la répartition selon le traitement**



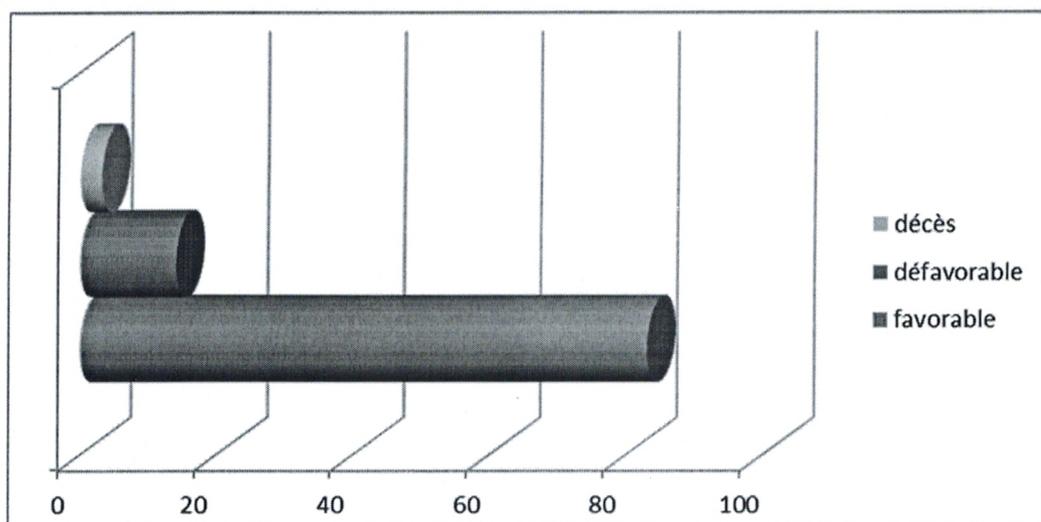
Les antipyrétiques prendre la première place puis les antibiotiques

**Tableau-13- : la répartition selon la durée d'hospitalisation**



On remarque que la durée d'hospitalisation sa défère, inferieure à 8j avec 42% et plus de 30j avec 4%.

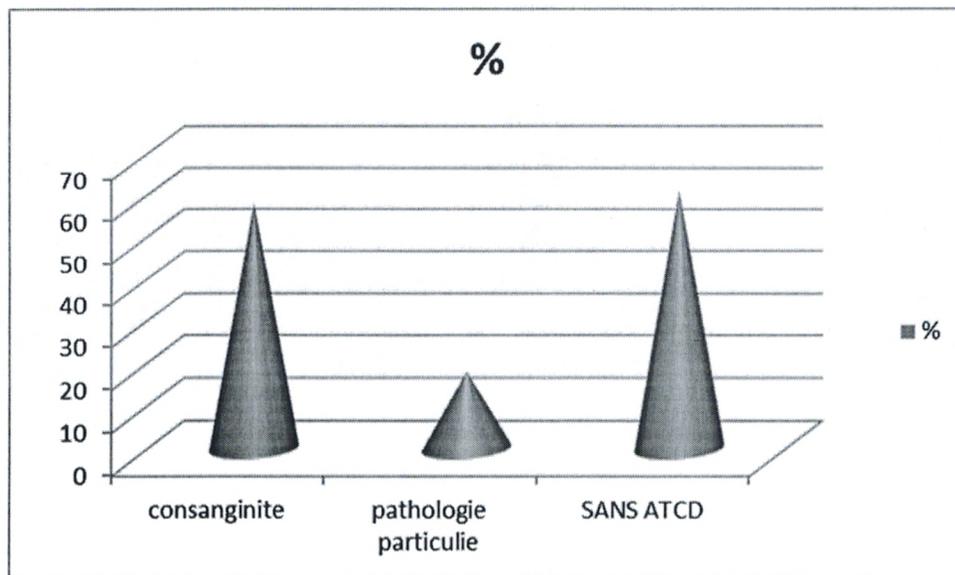
**Tableau-14- : la répartition selon l'évolution**



L'évolution est favorable avec 83% et défavorable 14%, décès 4%

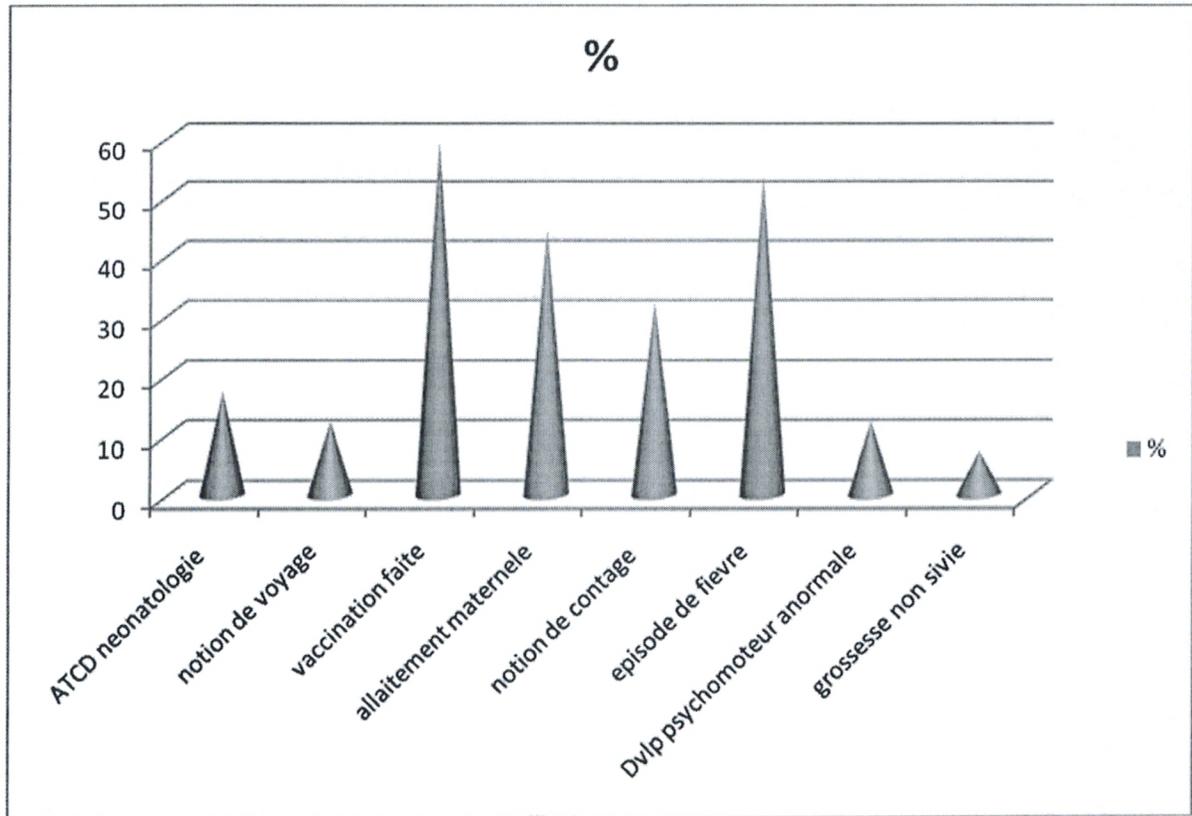
## B-Fièvre aigue :

**Tableau - 1**-selon les ATCD familiaux :



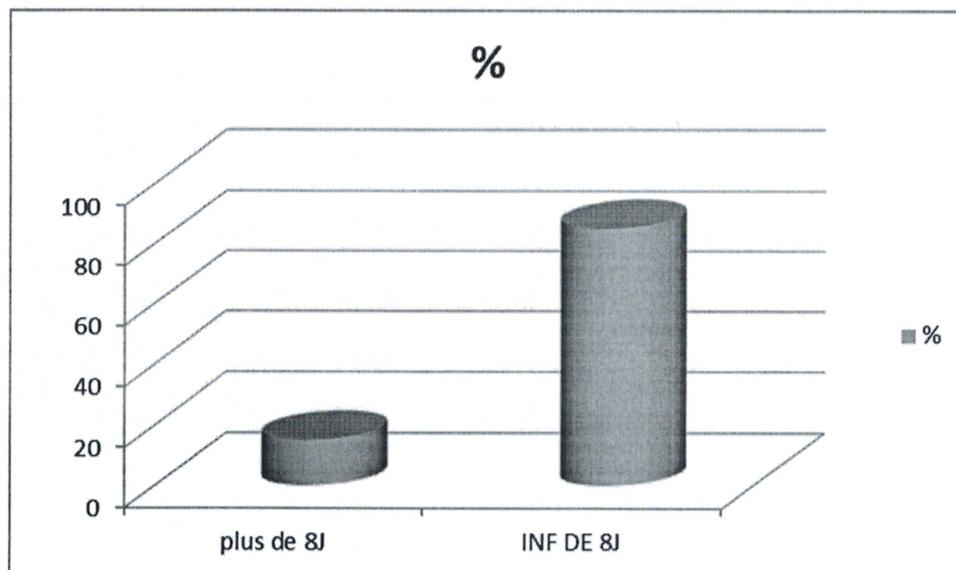
ATCD familiaux existe avec des pourcentages différents dans la fièvre aigue

**Tableau - 2**-selon les ATCD personnels :



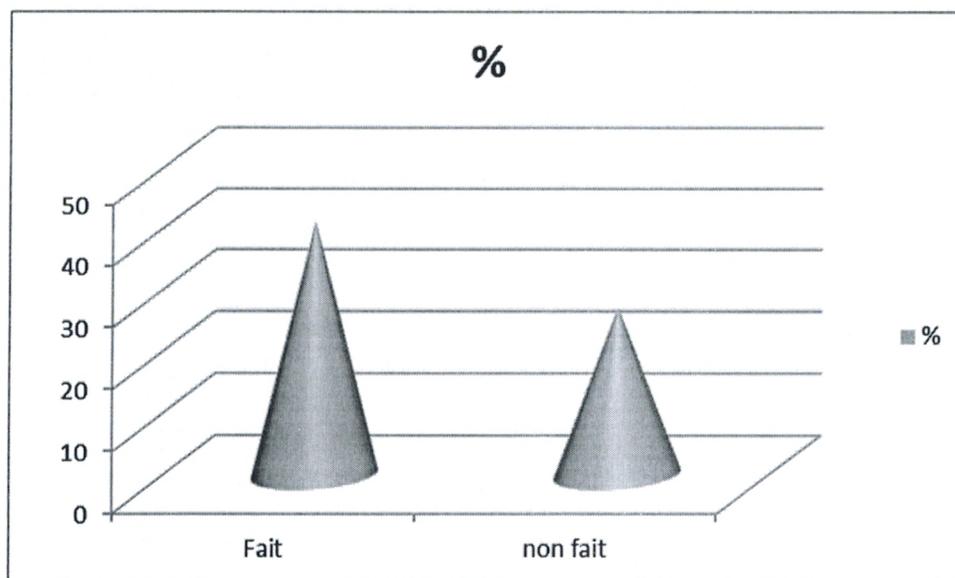
La richesse des ATCD personnels

**Tableau-3- : la répartition selon le début des troubles**



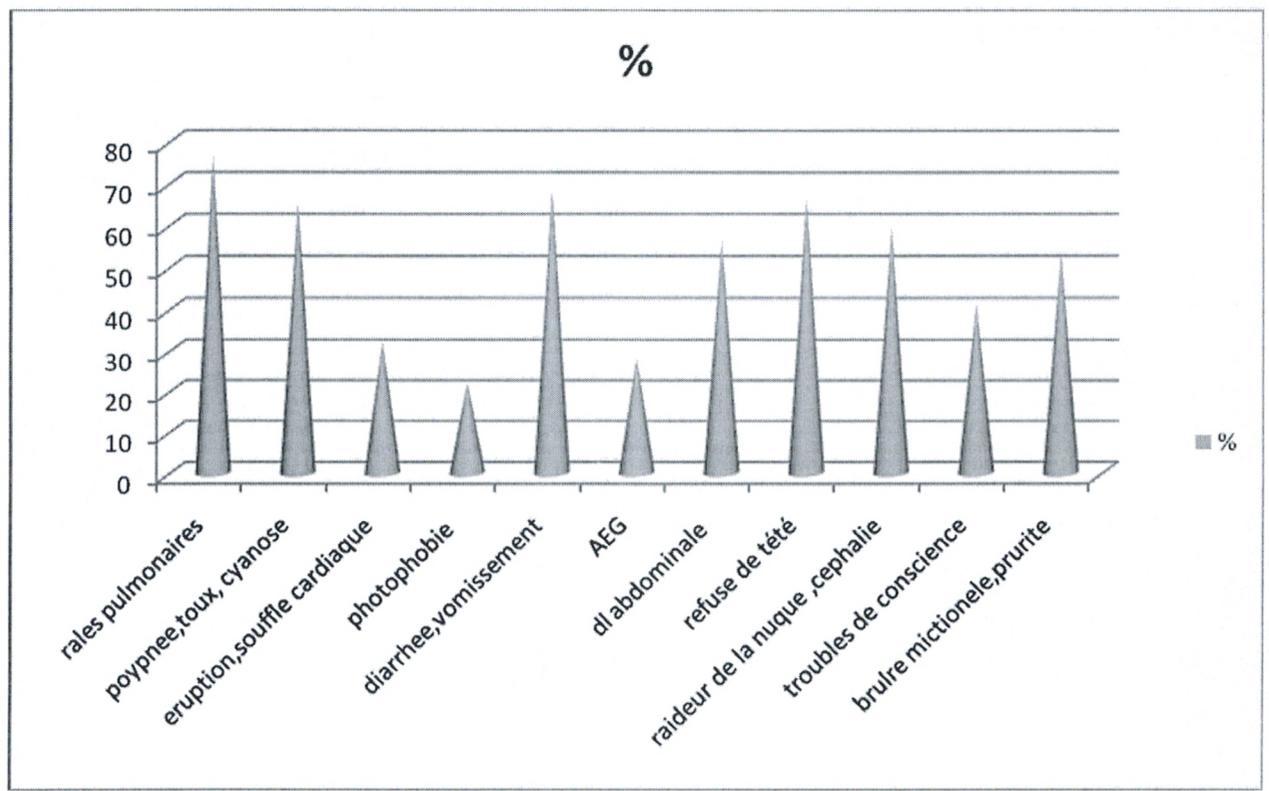
Plus de 70% des patients la fièvre remonte inférieure à 8j

**Tableau-4- : la répartition selon le traitement reçu avant hospitalisation**



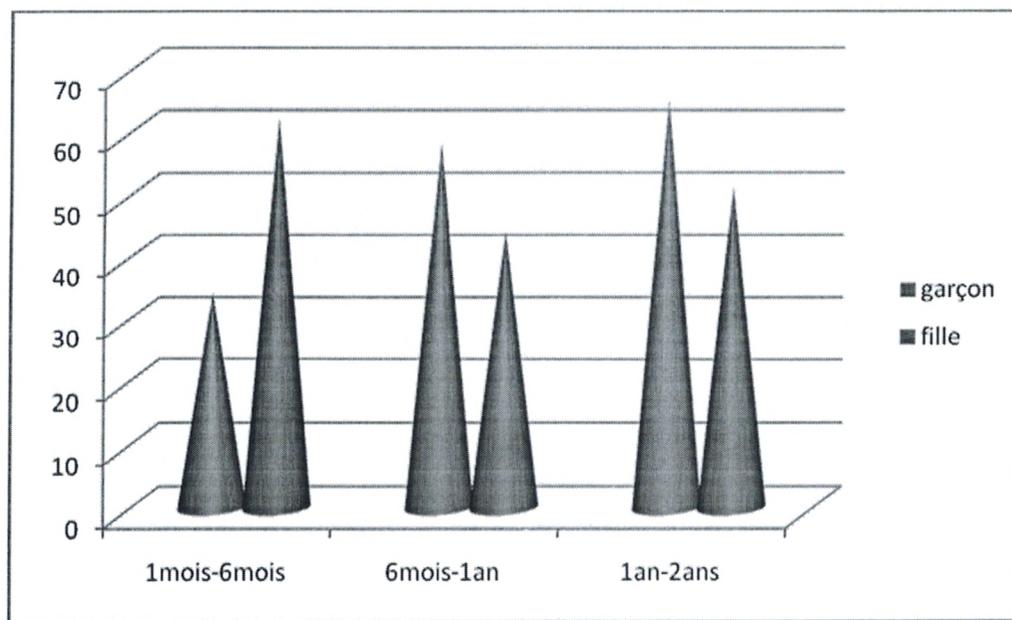
39% des nourrissons ont reçus son traitement initial

**Tableau-5- : la répartition selon les signes associe**



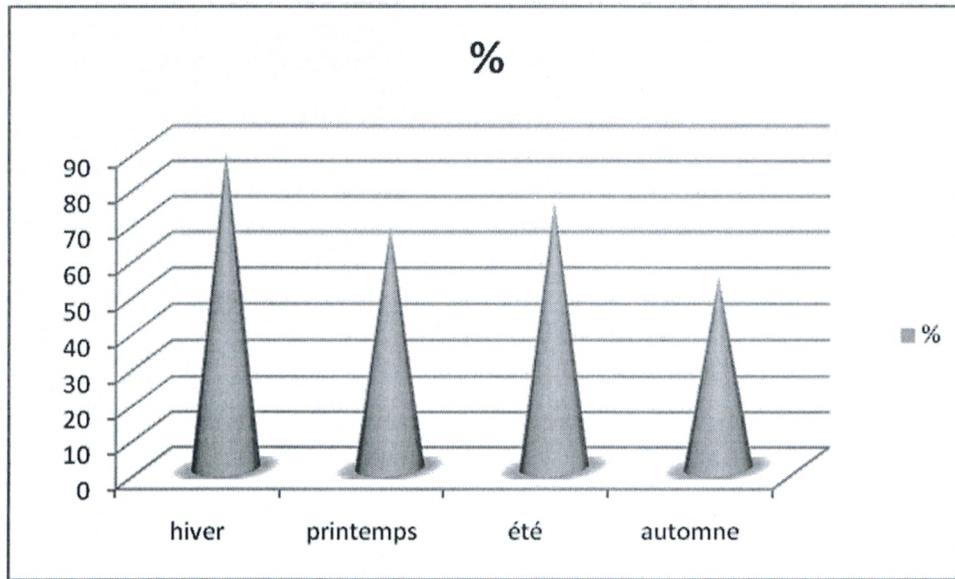
Beaucoup de signes associes sont positifs

**Tableau -6- : la répartition en fonction de l'Age par rapport au sexe**



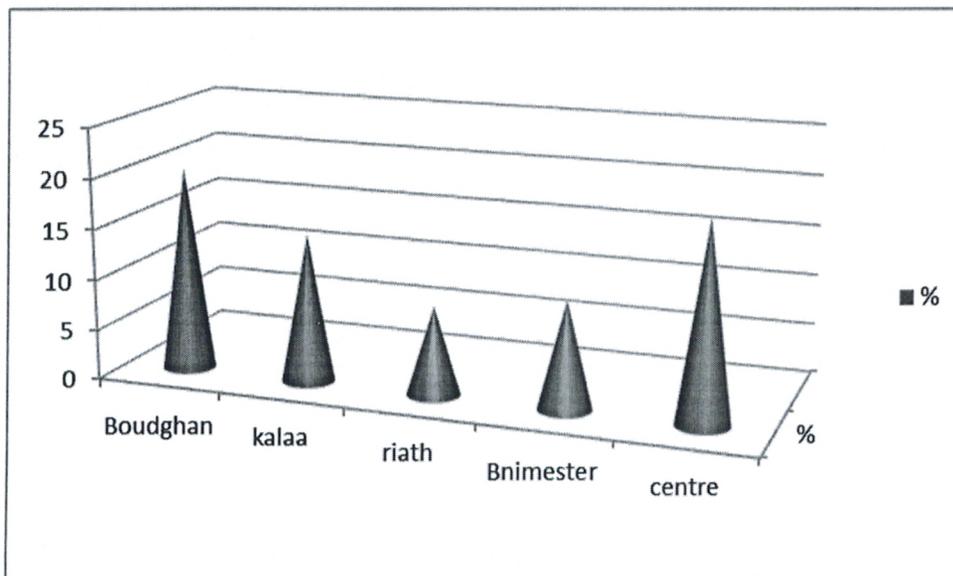
On remarque une légère prédominance masculine entre 6mois-2 ans et prédominance féminine entre 1mois-6mois

**Tableau-7- : la répartition selon la saison**



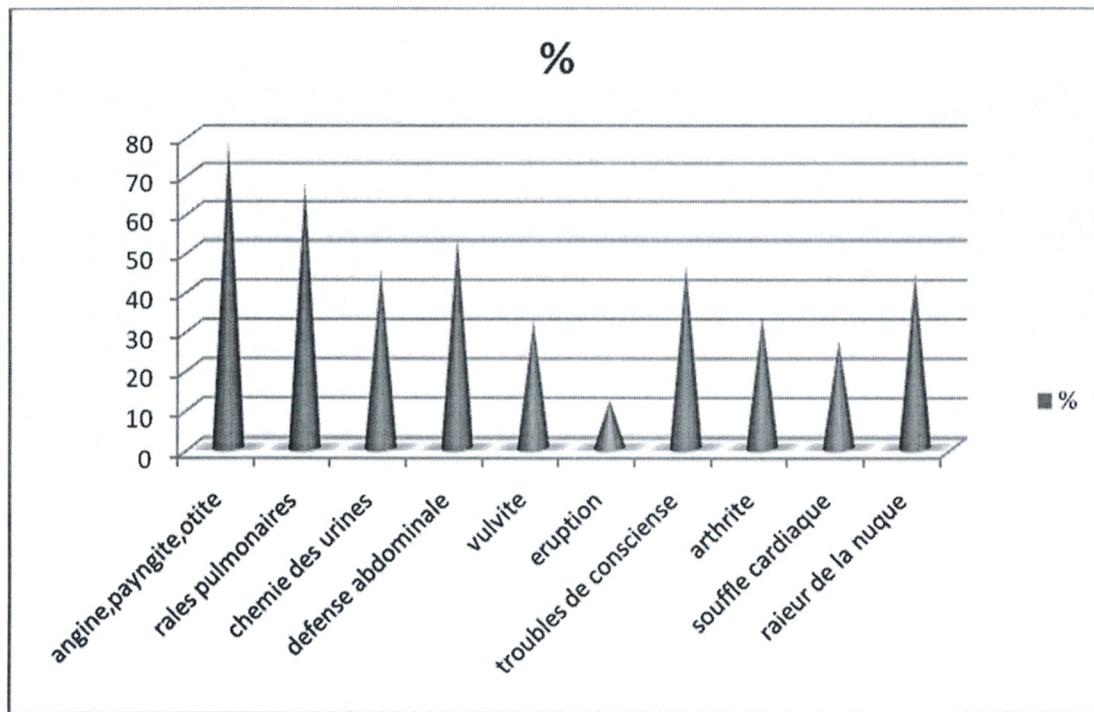
L'hiver est la saison la plus touchée

**Tableau -8- : la répartition selon la région**



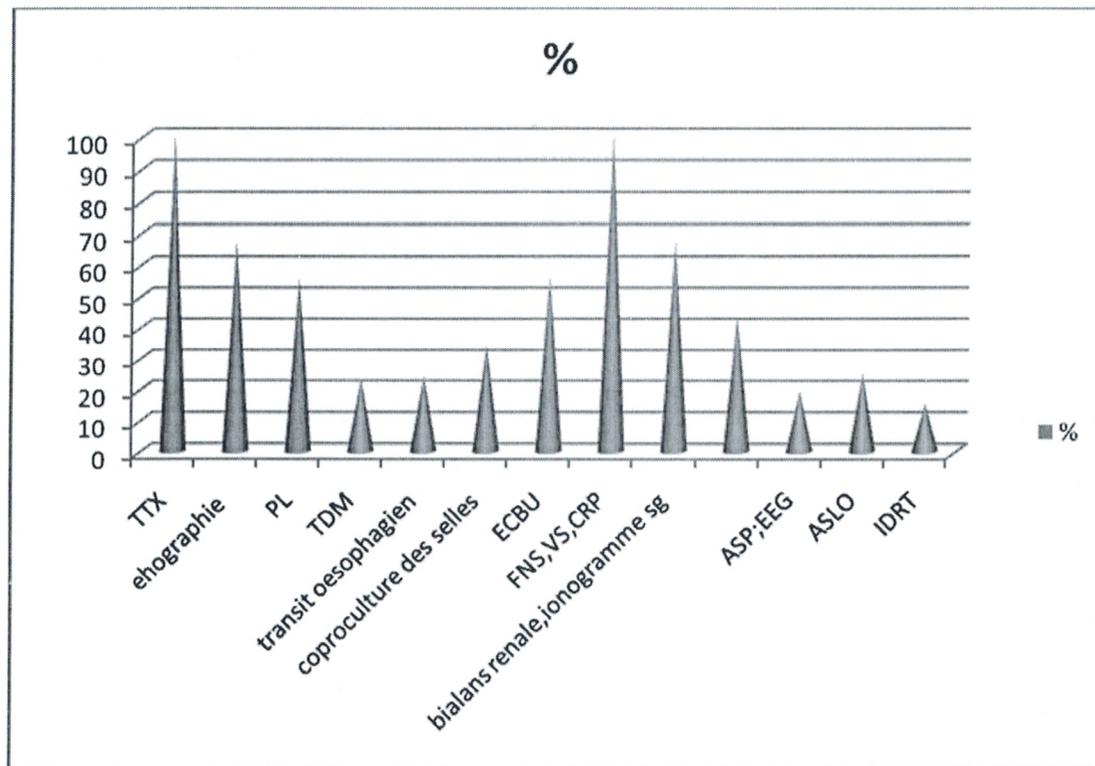
Tous les quartiers de Tlemcen sont concernés ; boudghan le plus touchée en rapport avec niveau socio-économique qu'est bas

**Tableau-9- : la répartition en fonction de l'examen clinique**



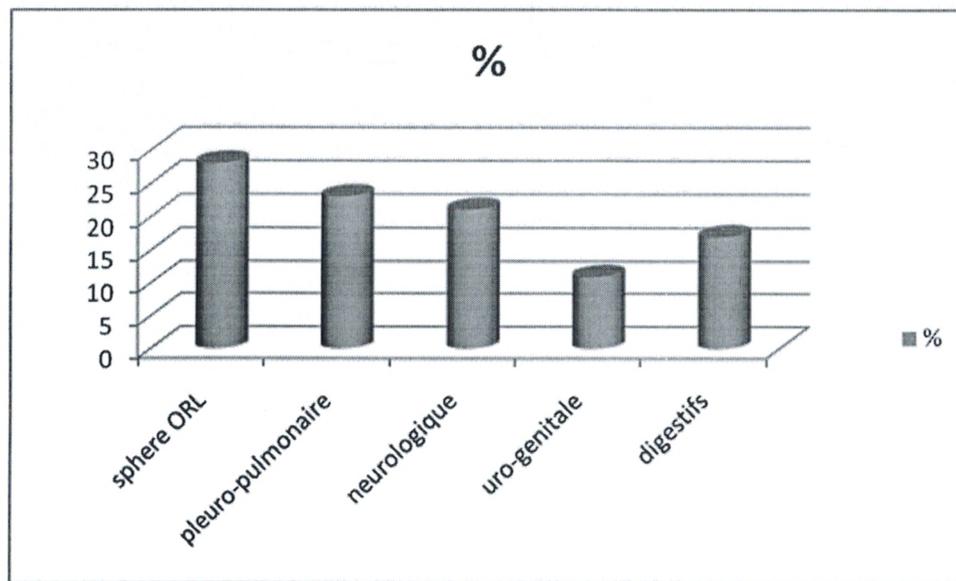
L'examen clinique peut nous oriente vu sa richesse

**Tableau-10- : la répartition en fonction des examens complémentaires**



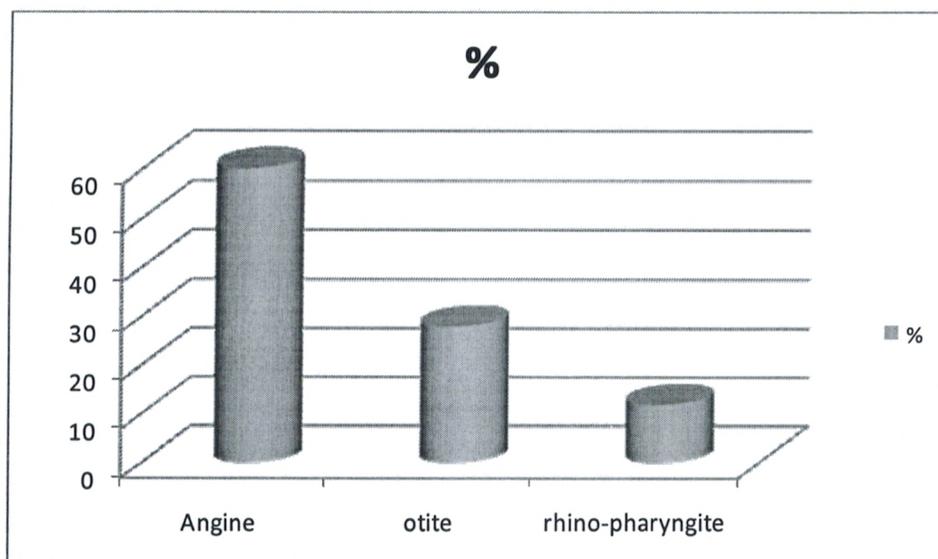
LES examens complémentaires sont fiables et justifient leurs places dans la certitude du diagnostic

**TABEAU-11** : répartition en fonction étiologies :



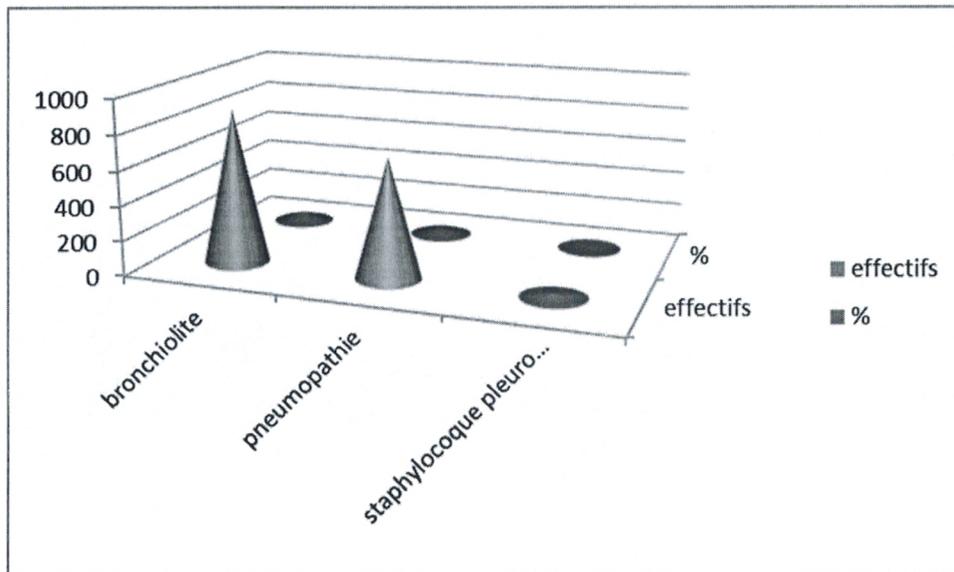
Sphere ORL prendre la première place parmi les étiologies

a /sphère ORL :



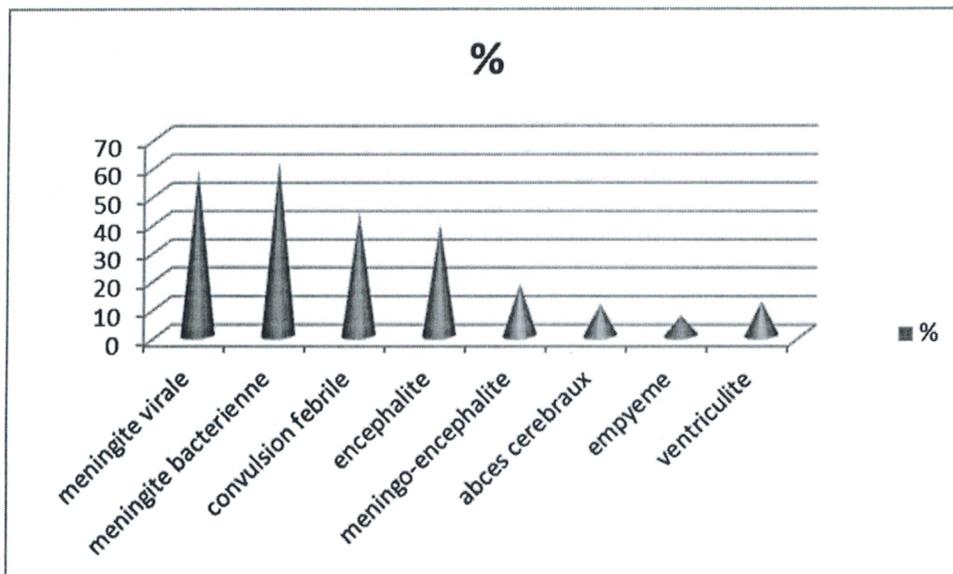
On note que les angines prennent la première place dans les pathologies de la sphère ORL avec 60% puis l'otite 28% et la rhino-pharyngite 12%

b/ pleuro-pulmonaire :



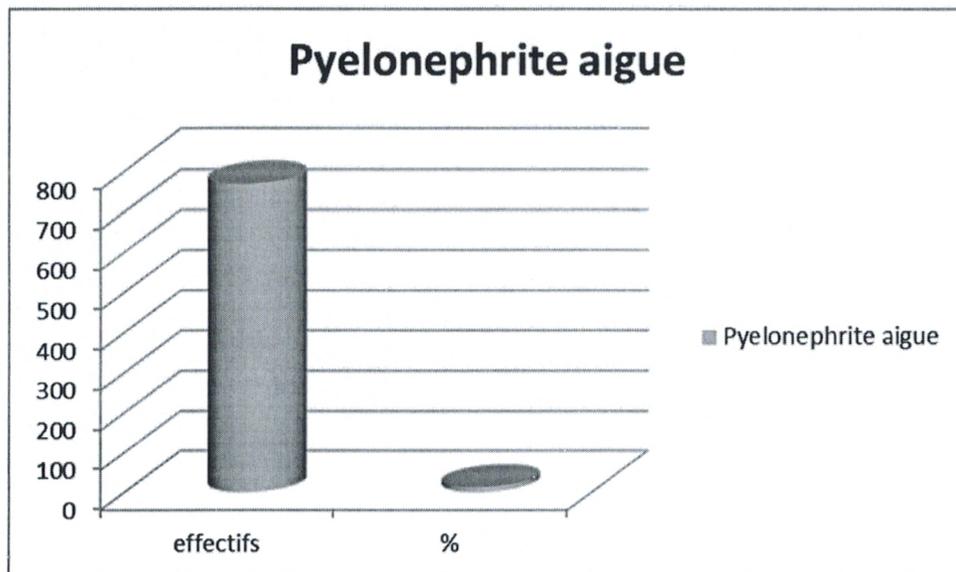
Les diagnostics les plus posés sont bronchiolite et pneumopathie et la rareté du SPP

c /neurologique :



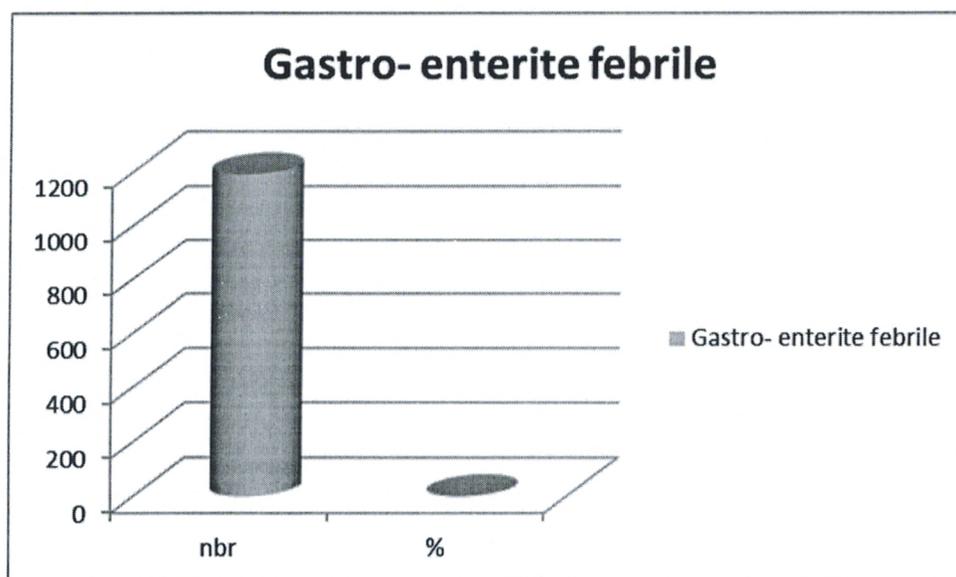
Beaucoup de diagnostic ont été posé

d/ uro-génitale :



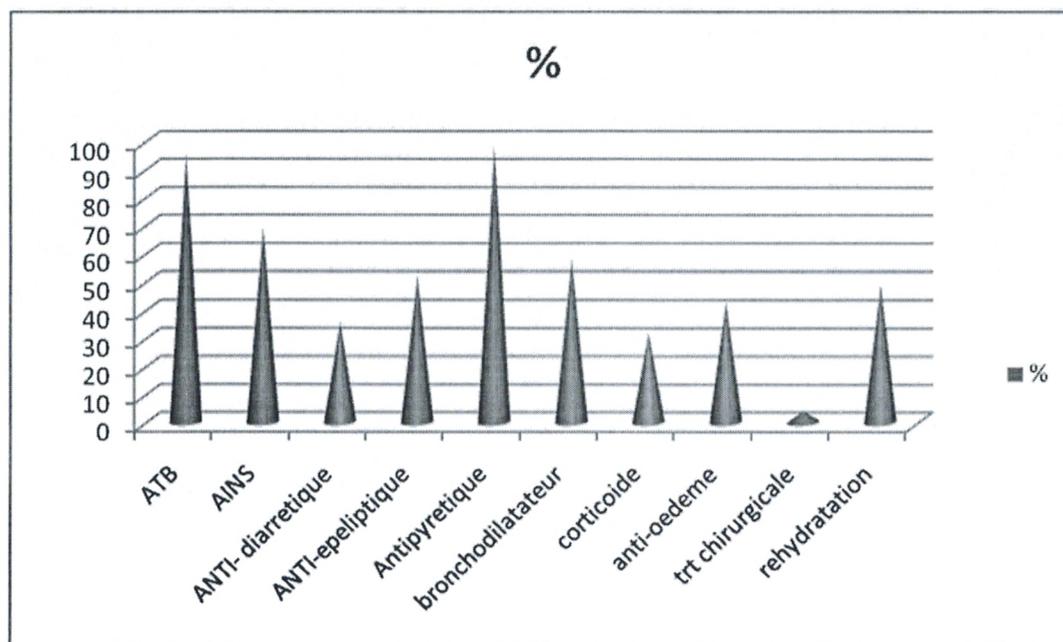
Devant les signes associés et les examens complémentaires et la tranche d'âge la plus touchée le diagnostic a été pose « pyélonéphrite »

e/digestifs :



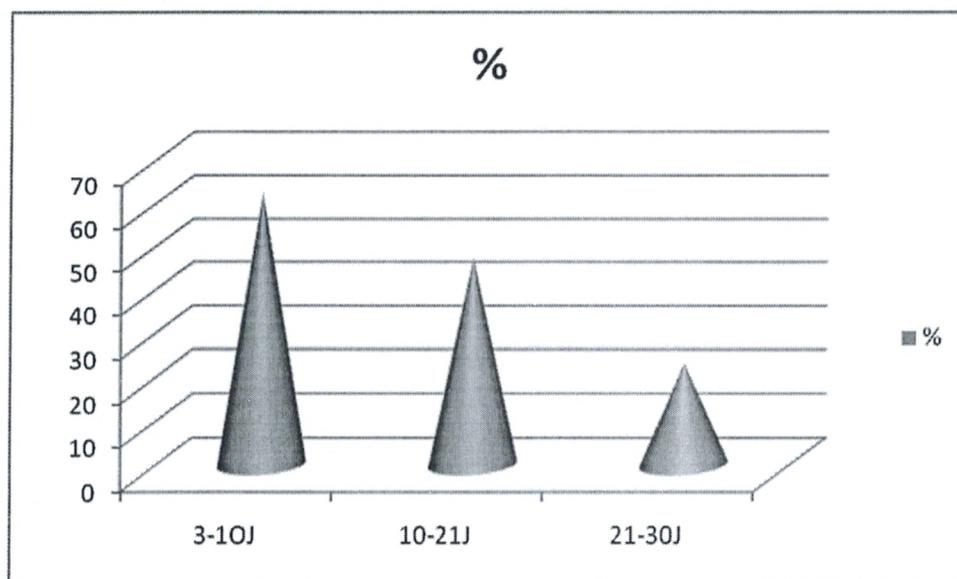
Devant les signes cliniques le diagnostic le plus probable est gastro-entérite fébrile

**Tableau-12- : la répartition selon le traitement**



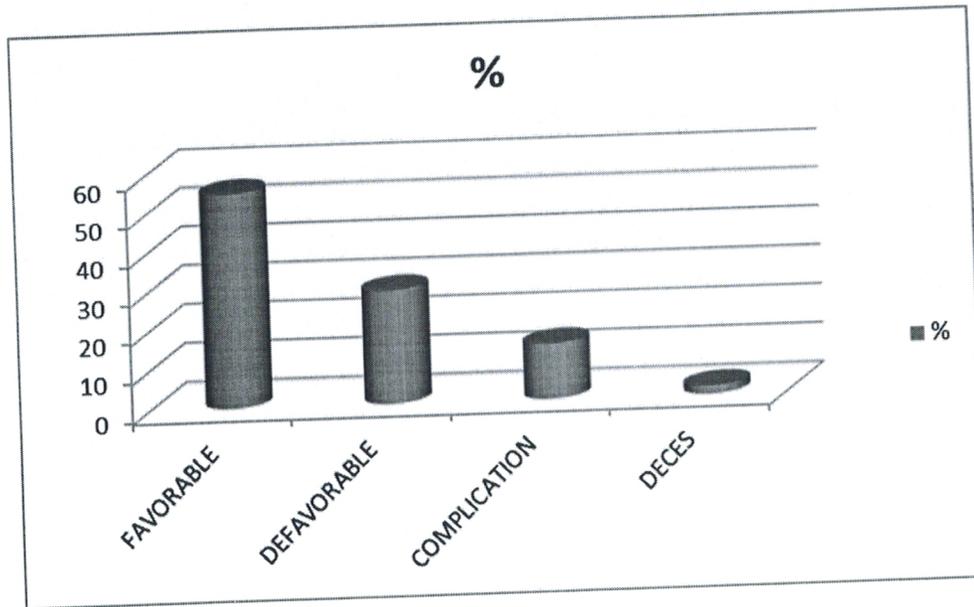
On note que les antibiotique, les antipyrétiques prend la première place parmi les médicaments prescrit

**Tableau-13- : la répartition selon la durée d'hospitalisation**



La durée d'hospitalisation variable en fonction la pathologie

**Tableau-14- : la répartition selon l'évolution**



L'évolution est favorable avec 51% et défavorable 25%, décès 2%

## **G- Commentaire et discussion :**

*Nous avons réalisé une étude rétrospective et prospective qui concerne le service de pédiatrie et des urgences pédiatrique du CHU de Tlemcen, elles représentent 70.5% de l'ensemble des hospitalisations, les renseignements recueillis dans la partie prospective sont fiables et bien exploitables. Par contre nous étions confrontés aux difficultés suivantes :*

- ✓ *Le manque de bilan biologique (NFS-VS, crase sanguine, azotémie etc.) et radiologique en urgence,*
- ✓ *Les difficultés financières dans la prise en charge.*

*L'étude longitudinale de cette pathologie du Janvier 2010 à Décembre 2010 montre que son incidence reste stable et linéaire, se situant chaque année à plus de 90% DE L'ensemble des hospitalisations. On a trouvé que 60% des hospitalisés étaient des filles.*

*La tranche d'âge de moins de 2 ans et plus de 28 jours est la seule concernée dans notre étude.*

*Notre série comporte pratiquement 2 formes cliniques, 98.8% pour la fièvre aiguë et 1.2% pour la fièvre à long cours.*

*Les ATCD familiaux les plus fréquents : consanguinité positifs, pathologies familiales ex lepus ...*

*Les ATCD personnelles les plus fréquents : ATCD néonatale (meningite, ictère)*

*La région la plus touchée est boudghan elkoudia est ça en rapports le niveau socio-économique.*

*Le début des troubles pour la fièvre prolongée plus de 8 jours alors que pour la fièvre aiguë moins de 8 jours*

*La saison la plus concernée est hiver*

*Notre série montre que 48% des cas ont bénéficié d'une ponction lombaire avec la présence des éléments et chimies des urines 88% avec et 50% des cas ont été bénéficié d'une échographie abdomino-pelvienne et 11% ont été bénéficié scanner cérébrale et thoracique avec présence une image.*

*Décès sont présents mais très rares.*

## **H-recommandations :**

### **✓ La population :**

- *Emmener immédiatement les nourrissons à l'hôpital devant toute fièvre.*
- *Eviter l'automédication*

### **✓ Aux Autorités :**

- *Former en nombre suffisant des spécialistes en pédiatrie.*

- Equiper les hôpitaux de moyens matériels facilitant le diagnostic et le traitement
- Créer un système de sécurité sociale
- Créer un hôpital pédiatrique.

✓ **Au Personnel Sanitaire :**

- Examiner de façon minutieuse tous nourrissons présentant une fièvre.
- Renforcer la collaboration interdisciplinaire

## **TITRE : prise en charge de la fièvre chez le nourrisson**

*A propos de 7051 cas admis pour fièvre dans les urgences pédiatrique du C.H.U Tlemcen.*

### **RESUME :**

*Nous avons réalisé une étude rétrospective et prospective portant sur 7051 nourrissons reçus au S.U.P. du C.H.U. Tlemcen pour fièvre de Janvier 2010 à décembre 2010.*

*Il s'agit de 60 %garçons et 40%filles dont l'âge moyen était de 5 mois  
L'examen clinique seul a permis dans la plupart des cas de poser le diagnostic*

*Certains examens para cliniques ont été demandés (ASP, échographie abdominale, groupage rhésus, taux d'hémoglobine et d'hématocrite)*

*Le traitement médicale (antibiotique) a été la seule arme thérapeutique devant fièvre après les moyens physique*

*Tous nos patients ont bénéficié traitement antipyrétique*

*La durée moyenne d'hospitalisation était de 6,9 jours avec des extrêmes de 0 et 30 jours.*

*Mots clés : fièvre chez le nourrisson*

## **II. Conclusion générale :**

La fièvre n'est qu'un symptôme et impose donc un examen clinique rigoureux par un médecin entraîné à la symptomatologie de nourrisson

Les fièvres prolongées bien que plus rares que les fièvres aiguës sont une situation particulièrement préoccupante en pédiatrie notamment en milieu tropical.

Parmi les facteurs générateurs dans nos pays, il y a la négligence et surtout les conditions socio-économiques défavorables des parents.

Les autres facteurs sont représentés par les circonstances dans lesquelles sont réalisées les premières consultations à savoir : par les infirmiers dans les unités de santé maternelle et infantiles, la nuit pendant les gardes dans les services de pédiatrie externe ou le nombre pléthorique de patients rend impossible la prise en charge effective de chaque malade et aussi et surtout celle de la personne qui l'accompagne.

La prise en charge de ce symptôme ne peut pas et ne doit pas se limiter à la seule prescription de formes galéniques d'antipyrétiques adaptées à nourrisson, mais justifie une éducation parentale. Cette éducation sera axée à la fois sur la stratégie thérapeutique et sur les éléments de surveillance.

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

***En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.***

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.**

**Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.**

**Je garderai le respect de la vie humaine dès sa conception.**

**Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage des connaissances médicales contre les lois de l'humanité.**

**Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.**

**Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !**

**Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ?**