

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 24 janvier 2012

Hôpital cantonal de Genève

Nouvelles approches décisionnelles et microbiologiques dans le diagnostic du patient fébrile

Dr S. Emonet

Commençons par l'état fébrile sans altérations de l'état général ...

Après l'anamnèse (en particulier les voyages), les comorbidités (p.ex. agranulocytose après chimio) et l'examen clinique d'usage, il y a les biomarqueurs qui sont:

- les globules blancs et leur répartition
- la CRP
- la procalcitonine (PCT)

Globules blancs et CRP ne font pas toujours la différence entre inflammation et infection, par exemple lors d'une poussée d'un cancer ou d'une maladie auto-immune, alors que la PCT le fait...

Chez les enfants fébriles, une PCT basse fait drastiquement chuter probabilité d'avoir une infection bactérienne de 30% (pré-test) à 3% (post-test).

Chez l'adulte, la PCT est surtout corrélée avec quelque chose de plus grave, c'est à dire une mortalité et/ou une prise en charge en «soins intensifs» plus fréquente.

Aux HUG's un résultat de PCT < 0,25ug/l est accompagnée du commentaire que l'infection bactérienne est improbable, mais qu'elle n'est pas exclue, au contraire lorsqu'elle est > 0,2ug/l le texte dit «fortement suggestif d'une infection bactérienne».

Lorsqu'en plus de l'état fébrile, il y a une altération de l'état général, on auscultera attentivement pour ne pas rater l'endocardite et on approfondira le bilan avec:

- 3 paires d'hémocultures (qui n'ont pas forcément besoin d'être prises à distance les unes des autres)
- un sédiment urinaire
- une radio du thorax

En donnant des antibiotiques à l'aveugle on risque de décapiter une infection qui aurait pu devenir apparente quelques jours plus tard et en retarder le diagnostic, et il n'est pas inutile dans cette situation de penser à hospitaliser le patient pour lui permettre d'être observé, d'être en contact avec un grand nombre de consultants (dont un va bien finir par avoir la «bonne idée»), de pouvoir faire des investigations microbiologiques complexes et rapides .

A ce propos, on nous raconte l'histoire d'un jeune homme présentant un état fébrile en revenant de la Martinique, avec des crampes abdominales et des selles défaites, et chez lequel on suspectait une fièvre typhoïde (ayant des bâtonnets Gram nég. dans l'hémoculture), qui se sont avérés ultérieurement grâce à la spectrométrie de masse, des *Burkholderia pseudomallei* (cousine éloignée de *Pseudomonas*) responsable de la melioïdose. Diagnostic rapide donc et changement de traitement (mais issue fatale malgré tout après 36 heures...).

La FUO pour «fever of unknown origin» dure habituellement plus de 3 semaines.

On nous rappelle que «fever» c'est:

- >38,2° auriculaire
- >37,2° axillaire
- > 38,2° rectal
- > 37,7° oral

Les diagnostics sont infectieux, connectivites, tumeurs, et médicaments

- infectieux avec TBC en tête de file suivi par abcès, ostéomyélite et endocardite
- connectivites avec maladie de Still, maladie de Horton (après 50 ans), vasculites, PR, sarcoïdose, Behçet.
- tumeurs avec lymphomes, cancer rénal ou hépatique, leucémie aileucémique et myélome.
- médicaments avec les antiépileptiques, les antibiotiques, les antihistaminiques et les AINS (seuls 25% des fièvres médicamenteuses présentent rash et/ou éosinophilie).

(plus rarement des pathologies thyroïdiennes, plus intermittent: la fièvre méditerranéenne familiale)

L'imagerie qui devient à la mode semble être le PET dans un 1^{er} temps qui montre les zones «inflammatoires», et surtout le PET-CT lowdose qui permet de visualiser l'inflammation dans l'organe, même si l'anatomie de ce dernier est conservée.

Pour terminer, on nous raconte l'histoire d'une femme de 40 ans qui présente une «FUO» après voyage en Sardaigne et notion de contagé avec un enfant infecté par le Parvovirus B19.

La CRP est à 200, la CPT à 1,6, il y a des adénopathies inguinales...sinon pas grand chose à part la fièvre au dessus de 39° persistante.

Dans un 1^{er} temps, la virémie pour le parvovirus revient positive, mais dans un 2^e temps un dépistage pour la syphilis, aussi...

Et pourtant aucune prise de risques de ce côté là...

C'est finalement le mari qui, il y a 8 mois avait eu un dérapage non contrôlé, et qui était le porteur et le transmetteur du tréponème...

Comme quoi rien n'est simple, et que même avec une bonne anamnèse, la vérité de l'un ne correspond pas forcément à celle de l'autre...

Est ce que le PET-CT aurait beaucoup aidé dans cette situation là...probablement pas...

La médecine, c'est difficile les gars...on a le moral d'oser continuer à faire notre boulot ...avec toutes les menaces qui rôdent



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch