

# La fièvre chez le cardiaque

## PLAN

- I. Introduction
- II. Intérêt de la question
- III. Reconnaître la fièvre
- IV. Rechercher la cardiopathie
- V. Rechercher la cause de la fièvre
- VI. Diagnostic étiologique
- VII. Conclusion

**I. Introduction :**

La plupart des cardiopathies sont apyrétiques, la survenue d'une fièvre chez un cardiaque est habituellement en rapport avec une complication.

**II. Intérêt de la question**

**A. Fréquence :**

- La fièvre est un des symptômes les plus fréquents en pathologie générale.
- Son importance est particulière lorsqu'elle survient chez un cardiaque.

**B. Diagnostic :**

- Elle peut être le premier signe d'une cardiopathie débutante.
- Elle peut révéler une complication d'une cardiopathie préexistante.
- Elle peut n'avoir aucune relation avec la cardiopathie.

**C. Pronostic :**

- Elle peut mettre en jeu le pronostic vital comme elle peut être tout à fait banale.

**III. Reconnaître la fièvre**

- La fièvre est un décalage thermique au-delà de 37° le matin et 37.5° le soir de la température rectale, chez un patient au repos depuis au moins 15 minutes.
- La courbe de température doit être réalisée sur les 24 heures (chaque 3 heures, au moment des pics fébriles, des sueurs et des frissons).

**IV. Rechercher la cardiopathie**

**A. Interrogatoire :**

- Notion de cardiopathie préexistante (congénitale ou acquise).
- Rechercher la symptomatologie d'accompagnement.

**B. Examen cardiaque :**

- Souffle cardiaque.
- Frottement péricardique.

**C. Examens complémentaires :** Radio thorax, ECG, échocardiographie.

**V. Rechercher la cause de la fièvre**

**A. Interrogatoire :**

- Date d'apparition et la durée de la fièvre.
- Evolution de la courbe thermique : en plateau, intermittente, ondulante
- Contexte de survenu : exploration endoscopique, chirurgie cardiaque ou soins dentaires.
- Signes généraux : sueurs, frissons, myalgie, arthralgie, anorexie, asthénie et amaigrissement.
- Signes orientant vers l'atteinte d'un appareil particulier :
  - ✓ Expectoration, toux : foyer pulmonaire.
  - ✓ Diarrhée, vomissement : foyer digestif.
  - ✓ Dysurie : foyer urinaire.
- Thérapeutique instituée : antibiotique et antipyrétique.

**B. Examen clinique :**

- Recherche d'un souffle cardiaque à l'auscultation.
- Recherche de signes de septicémie : splénomégalie, hépatomégalie, adénopathies.
- Recherche d'un foyer infectieux :
  - ✓ Cavité buccale : caries, angine, phlegmon amygdalien.
  - ✓ Cutanéomuqueux : staphylococcie.
  - ✓ Pleuropulmonaire : broncho-pneumopathie.
  - ✓ Digestive : gastro-entérite.
  - ✓ ORL : sinusite.
  - ✓ Ostéo-articulaire : arthrite, ostéo-arthrite.
  - ✓ Phlébo-thrombose.

**C. Examens paracliniques**

- ✓ Examen d'orientation : FNS, CRP, fibrinogène, VS, électrophorèse des protéines.
- Hémoculture
  - ✓ 3 hémoculture/12h.
  - ✓ Recueil de 10 ml de sang.
  - ✓ Ensemencer sur milieu aérobie et anaérobie.
  - ✓ Deux hémocultures positives au même germe = une septicémie.
- Examens focalisées selon le signe d'appel.

**VI. Diagnostic étiologique**

**A. Fièvre et souffle cardiaque :**

**1. Cardite rhumatismale en poussée :**

- Sujet jeune de moins de 25 ans et surtout chez l'enfant.
- Il peut s'agir soit d'une première poussée soit d'une rechute.
- Le diagnostic repose sur les critères de Jones.
  - ✓ La 1ère poussée :  
2 critères majeurs ou 1 critère majeur et 02 critères mineurs + preuve d'une infection au streptocoque  $\beta$ .
  - ✓ La récurrence rhumatismale (ATCD de RAA ou de cardite rhumatismale) :  
1 critère majeur ou plusieurs manifestations mineures + preuve d'une infection au streptocoque  $\beta$ .

Manifestations majeures	Manifestations mineures	Infection SGA
Cardite	Fièvre	SGA sur le frottis de gorge (culture)
Arthrite	Arthralgie	Anticorps anti-streptolysine O Elevés (ASLO)
Chorée de Sydenham	Intervalle P-R prolongé sur l'ECG	Anticorps anti-deoxyribonucléase B Elevés (Anti-DNase B)
Erythème marginé	ESR ou CRP élevées	
Nodules sous-cutanés		

**2. L'endocardite infectieuse :**

- Interrogatoire :
  - ✓ Une cardiopathie connue : valvulopathie, cardiopathie congénitale, prothèse valvulaire.
- Examen clinique :
  - ✓ Changement de l'auscultation cardiaque.
  - ✓ Recherche des signes immunologiques.
  - ✓ Recherche de complications.
  - ✓ Recherche d'une porte d'entrée.
- Examens complémentaires : hémoculture, Echocardiographie.
- Le diagnostic repose sur les critères de la Duke university.
- Antibiothérapie : précoce, double, synergique, bactéricide, probabiliste puis adaptée à l'antibiogramme, prolongée.

Critères de Duke modifiés		Définition des critères
<b>Endocardite certaine si</b>	<p><b>1 des 2 critères suivants :</b></p> <p><b>Critère pathologique :</b> culture ou examen histologique +</p> <p><b>Critère clinique :</b> association de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 critères majeurs</li> <li>- ou de 1 critère majeur et de 3 critères mineurs</li> <li>- ou de 5 critères mineurs</li> </ul>	<p><b>CRITÈRES MAJEURS</b></p> <p><b>Hémocultures positives :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 hémocultures positives à : streptocoques non groupables, <i>Streptococcus gallolyticus</i>, HACCEK, <i>S. aureus</i>, Entérocoque communautaire.</li> <li>- hémocultures persistantes au même microorganisme : 2 hémocultures + à 12h d'intervalle, ou toutes les hémocultures (si 3) ou une majorité (si plus de 4).</li> </ul> <p><b>Sérologie de <i>C. burnetii</i> :</b> avec des IgG en phase I <math>\geq 800</math> en IF (immunofluorescence)</p> <p><b>Atteinte de l'endocarde, signes échographiques et cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Échographique + : végétation, abcès ou désinsertion d'une valve prothétique</li> <li>- Clinique + : nouveau souffle cardiaque</li> </ul>
<b>Endocardite possible si</b>	<p><b>Critère clinique :</b> association de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 critère majeur et de 1 critère mineur,</li> <li>- ou de 3 critères mineurs</li> </ul>	<p><b>CRITÈRES MINEURS</b></p> <p><b>Clinique :</b> Cardiopathie préexistante, toxicomanie, fièvre <math>&gt;38^{\circ}\text{C}</math>, phénomènes vasculaires, immunologiques (glomérulonéphrite, nodules d'Osler, taches de Roth, facteur rhumatoïde..)</p> <p><b>Microbiologie :</b> hémocultures positives (mais n'entrant pas dans la définition du critère majeur), sérologie positive pour une bactérie connue pour être responsable d'endocardite infectieuse.</p>
<b>Endocardite exclue si</b>	<p>Aucun diagnostic certain</p> <p>Résolution en moins de 4 jours sous antibiotiques</p> <p>Absence d'évidence à la chirurgie ou à l'autopsie après 4 jours d'antibiotiques</p> <p>Aucun critère d'endocardite</p>	

Groupe A : Cardiopathie à haut risque	Groupe B: Cardiopathie à risque moins élevé
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prothèses valvulaires.</li> <li>• Cardiopathies congénitales cyanogènes</li> <li>• Antécédents d'endocardite infectieuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valvulopathies non opérées</li> <li>• Bicuspidie aortique.</li> <li>• Cardiopathies congénitales non Cyanogènes sauf CIA</li> <li>• Cardiomyopathies hypertrophiques Obstructives</li> </ul>

### 3. Thrombose de l'OG :

- Fièvre plus ou moins prolongée + des signes d'auscultation mitrale.
- Des troubles du rythme (notamment une FA).
- Une dilatation importante de l'OG.
- Des embolies de la grande circulation viennent à l'appui de ce diagnostic.
- Le diagnostic est confirmé par l'échocardiographie.

### 4. Myxome de l'OG :

- Les antécédents de syncopes ou de lipothymies positionnelles.
- Dyspnée paroxystique positionnelle.
- L'altération de l'état général.
- La survenue d'embolies artérielles périphériques chez un patient en rythme sinusal.
- Auscultation mitrale variable dans le temps et suivant la position.
- Le diagnostic est confirmé par l'échocardiographie.

## B. Fièvre et douleur thoracique

### 1. L'infarctus du myocarde :

- L'élévation de la température est tardive (après 24 à 48h) après la survenue de la douleur thoracique, la modification électrique et l'élévation des enzymes cardiaques.
- Elle atteint 38 à 39° le deuxième ou troisième jour puis diminue progressivement pour disparaître entre le 8<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> jour.
- La persistance de la fièvre au-delà de 10 jours est un indice de complication :
  - ✓ Une extension de l'infarctus.
  - ✓ Complications thromboemboliques : thrombose veineuse, embolie pulmonaire, embolie de la grande circulation.
  - ✓ Syndrome post infarctus de Dressler.
  - ✓ Complications infectieuses : les plus fréquentes.

### 2. La péricardite :

- Fièvre souvent immédiate.
- Douleur thoracique augmentée à l'inspiration.
- Frottement péricardique.
- ECG : Troubles de la repolarisation.
- Echocardiographie : diagnostic positif et recherche étiologique.

### 3. Dissection aortique :

- Violente douleur irradiant au dos.
- Souffle d'insuffisance aortique.
- Diminution ou abolition d'un ou plusieurs poulx.
- Radio thorax : élargissement du médiastin.
- Absence de signes électriques.
- Diagnostic confirmé par : échocardiographie, angioscanner, aortographie.

### 4. L'embolie pulmonaire : La fièvre est présente dans 90% des cas.

- 5. **Anévrisme de l'aorte** : souvent en rapport avec une complication type fissure ou une pré rupture de l'anévrisme.

**C. Fièvre et insuffisance cardiaque**

- Quelle que soit la cause de l'insuffisance cardiaque, la fièvre doit faire redouter une complication thromboembolique provoquant ou aggravant une insuffisance cardiaque.
- ✓ Embolie pulmonaire.
- ✓ Thrombophlébite.
- Certaines insuffisances cardiaques primitives évoluent en atmosphère fébrile :
- ✓ Une hyperthyroïdie.
- ✓ Une collagénose (LED, périarthrite noueuse).
- ✓ Une hémopathie (fréquence des localisations péricardiques des leucoses).

**D. Fièvre des cardiaques opérés ou explorés**

**1. Après une exploration cardio-vasculaire :**

- La survenue d'une élévation thermique fait discuter :
- ✓ Une réaction allergique.
- ✓ Une complication hémorragique (hématome) mais surtout un abcès.
- ✓ Une thrombose veineuse ou artérielle.
- ✓ Une septicémie (hémocultures et culture des cathéters utilisés).

**2. Après chirurgie cardio-vasculaire :**

- La fièvre postopératoire précoces :
- ✓ Complication thromboembolique.
- ✓ Complication respiratoire ou rénale.
- ✓ Suppuration sternale.
- ✓ Septicémie.
- ✓ Le syndrome post péricardotomie.
- ✓ Le syndrome mononucléosique.
- ✓ Hépatite virale post-transfusionnelle : dans les 2 à 4 mois postopératoires.
- A distance de l'intervention : endocardite ou complication thromboembolique.

**E. Fièvre de cause non cardiaque intercurrente :**

- Toute cardiaque peut avoir une fièvre n'ayant aucun rapport avec sa cardiopathie (grippe, infection urinaire, infection pulmonaire...).
- La valeur de cette fièvre ne doit jamais être négligée pour deux raisons :
- ✓ Elle peut aggraver l'état cardiaque.
- ✓ Tout foyer infectieux peut être le point de départ d'une endocardite infectieuse.

**F. Fièvre prolongée inexplicée :**

- Surveillance stricte.
- Chez un valvulaire on peut être amené à prescrire une antibiothérapie pour éliminer le risque d'endocardite infectieuse.

**VII. Conclusion :**

- Se méfier toujours d'une fièvre chez le cardiaque.
- Le diagnostic d'une endocardite infectieuse reste très probable à chaque fois qu'une fièvre survient chez un cardiaque.