

LES FIEVRES PROLONGÉES CHEZ L'ENFANT

A PROPOS DE 168 CAS COLLIGES AU CHU DE BRAZZAVILLE

G. MOYEN (*), J.P. OKANDZE-ELANGA (*), S. NZINGOULA (*)

RESUME

Cent soixante huit dossiers de fièvres prolongées ont été colligés dans le Service de Pédiatrie du CHU de Brazzaville entre Janvier 1989 et Juin 1991 représentant 4,6% des hospitalisations.

Il s'agissait de 85 garçons et 83 filles âgés en moyenne de 8 ans 1 mois (extrêmes 3 et 15 ans). Ils étaient admis dans le Service en moyenne 12 jours après le début de la fièvre (extrêmes 8 et 21 jours).

Les causes infectieuses ont été les plus représentées avec 152 cas : 90,4% parmi lesquelles : le paludisme (27,3%), la fièvre typhoïde (20,2%) et la tuberculose (16%). Dans 6,4% des cas, aucune cause n'a été retrouvée.

L'évolution a été favorable chez 160 enfants : 95,2 %. Nous avons déploré 8 décès : 4,7%. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 8 jours (extrêmes 3 - 92 jours). Nous insistons sur la nécessité d'une conduite diagnostique et thérapeutique cohérente devant une fièvre prolongée de l'enfant.

Mots-Clés : Fièvre prolongée, Fièvre typhoïde, Tuberculose, Paludisme

SUMMARY

One hundred and sixty eight (168) documents of prolonged fevers have been accepted in the Pediatric Service of CHU of Brazzaville during the period of 1st january 1989 and 30th june 1991 : there are 4,6 of hospitalisations.

It was a matter children of medium age having all eight (8) years an one month and the no-residents children form there at fifteen years.

There were eight five (85) boys and eighty three (83) girls. The patients were accepted in the service for twelve days after the start of fever, for the non-residents eight and fourty two days.

The make sicky were dominated by infections causes :

152 cases (90,40%) among them three causes are in the first position : malaria (27,3%), typhoid fever (20,2%) and the tuberculosis (16%).

In 6,4% of cases, any cause has been found. The evolution has been favorable for 160 children : 95,2%, and 8 children : 4,7% who are dead.

The last of hospitalisation was from eight days (or from three to ninety two (92) days.

We lay great stress upon necessity of consistent diagnostic and therapeutic procedures of steps in front of prolonged fever for children in tropical countries.

Key-words : Prolonged fever, Malaria, Typhoid fever, Tuberculosis

INTRODUCTION

La fièvre est un signe d'appel parmi les plus fréquents en pathologie infantile. Elle est plus ou moins directement responsable de 15 à 20% des consultations urgentes dans les pays à haut niveau de vie (14) et certainement plus en zone tropicale. Sa durée est variable mais fonction de l'étiologie et surtout de la précocité de la prise en charge. Plus rares, mais également préoccupantes sont les fièvres prolongées, surtout quand la fièvre apparaît comme symptôme unique ou dominant. C'est à cet aspect de pathologie que nous avons consacré notre étude, en nous proposant d'évaluer la fréquence des fièvres prolongées et d'apprécier leurs particularités étiologiques.

PATIENTS ET METHODE

L'étude a été réalisée dans le Service de Pédiatrie du CHU de Brazzaville qui reçoit les enfants de 3 à 15 ans ; elle a intéressé la période du 1er janvier 1989 au 30 juin 1991 soit 30 mois. Elle a été rétrospective du 1er janvier 1989 au 31 décembre 1990, prospective du 1er janvier 1990 au 30 juin 1991. Elle s'est proposée d'étudier les fièvres prolongées en retenant comme définition : "tout état fébrile évo-

(*) Service de Pédiatrie (Pr. Ag. S. NZINGOULA), C.H.U., B.P. 32 Brazzaville - Congo

luant depuis 8 jours traité ou non, sans foyer infectieux précis à l'entrée dans le Service, sans signes de souffrance viscérale ou de système et dont la cause échappe au clinicien".

Pour la période rétrospective nous avions retenu les dossiers exploitables pour lesquels le diagnostic de fièvre prolongée avait été porté.

Pour la période prospective, outre une observation médicale comprenant un interrogatoire minutieux et un examen clinique complet, nous avons réalisé un bilan dit de "première intention" comprenant : un hémogramme, une vitesse de sédimentation sanguine, une goutte épaisse à la recherche d'hématozoaires, une hémoculture, une ponction lombaire, une intradermoréaction à la tuberculine et une radiographie du thorax. Lorsque le diagnostic était resté en suspens malgré les données de l'anamnèse et de l'examen clinique confrontées à ce premier bilan, il nous a paru licite d'envisager un second bilan dit de "2e intention" variable d'un malade à l'autre et comprenant : une sérologie VIH par la technique Elisa, un sérodiagnostic de Widal, une coproculture, un examen cytologique et bactériologique des urines, une biopsie ganglionnaire, un dosage des anticorps antistreptolysine O, une ponction médullaire et un CATT.

Ainsi, sur 183 dossiers de fièvres prolongées colligés pendant la période d'étude, nous avons retenu pour ce travail 168 dossiers répartis comme suit : 115 dossiers pour la période rétrospective et 53 pour la période prospective.

Le lot de dossiers ainsi retenus a été examiné sous trois grandes rubriques : les renseignements généraux, les étiologies et le profil évolutif.

RESULTATS

1 - Fréquence :

Entre Janvier 1989 et Juin 1991, sur 3603 enfants hospitalisés dans le Service, 168 l'ont été pour fièvre prolongée, soit 4,6% des hospitalisations du Service.

2 - Répartition par âge et par sexe

Il s'agissait de 85 garçons et 83 filles dont l'âge moyen était de 8 ans 1 mois (extrêmes à 3 et 15 ans).

3 - Provenance des malades

Ils habitaient pour 158 d'entre eux à Brazzaville, 10 enfants venaient des régions. Parmi ceux vivant à Brazzaville, 156 habitaient la périphérie de la ville.

4 - Médicaments administrés avant l'hospitalisation : ils sont consignés au tableau I

Tableau I : Médicaments utilisés avant l'hospitalisation

Médicaments	Nb de cas	%
- Antipaludéens	73	43,3
- Antithermiques	20	11,9
- Antipaludéens + Antithermiques	31	18,4
- Antipaludéens + Antithermiques + Antibiotiques	35	20,8
- Sans traitement	9	5,5
- Total	168	

5 - Intervalle entre le début de la fièvre et la consultation : il a été en moyenne de 12 jours (extrêmes à 8 et 21 jours)

6 - Etiologies observées au cours des 168 cas de fièvres prolongées

Les étiologies sont représentées au tableau II ; elles se résument en quatre grandes entités à savoir : étiologies infectieuses : 152 cas : 90,4%, étiologies inflammatoires : 4 cas : 2,3%, étiologies néoplasiques : 1 cas : 0,5% et dans 11 cas : 6,8% aucune étiologie n'a été retrouvée.

Tableau II : Etiologies rencontrées au cours des 168 cas de fièvres prolongées

Etiologies	Nb de cas	%
Paludisme	46	27,3
Fièvre typhoïde	34	20,2
Tuberculose	27	16,1
Pneumopathie	17	10,4
Infection urinaire	7	4,4
Ostéomyélite	5	2,9
Infection à VIH	5	2,9
A A A	4	2,3
Abcès du foie	3	1,7
Méningite	3	1,7
Septicémie	3	1,7
Trypanosomiase	2	1,1
Leucémie aiguë Lymphoblastique	1	0,5
Etiologie non retrouvée	11	6,8
Total	168	

7 - Etude analytique des trois principales étiologies

a) Fièvre prolongée au cours du paludisme

Il s'agissait d'enfants de 3 à 6 ans (n = 24), 7 à 10 ans (n = 14) et 11 à 15 ans (n = 8). Les signes associés dans tous les cas à la fièvre représentés au tableau III sont dominés par : splénomégalie 29 cas, asthénie 21 cas, pâleur et vomissements respectivement dans 17 cas.

Tableau III - Signes associés à la fièvre prolongée au cours des 46 cas de Paludisme

Signes \ Age (ans)	3 / 6	7 / 10	11 / 15	Total	%
Fièvre	24	14	8	46	100
Splénomégalie	16	8	5	29	63,3
Asthénie	9	6	6	21	43,6
Pâleur	10	4	3	17	36,9
Vomissements	6	7	4	17	36,9
Céphalées	2	4	5	11	23,9
Douleurs abdominales	5	3	1	9	19,5
Hépatomégalie	3	2	0	5	10,8
Convulsions	4	1	0	5	10,8

b) Fièvre prolongée au cours de la fièvre typhoïde

La répartition selon l'âge montre qu'il s'agissait d'enfants de 3 à 6 ans (n = 5), de 7 à 10 ans (n = 15) et de 11 à 15 ans (n = 14). Les signes fonctionnels et généraux associés dans tous les cas à la fièvre sont consignés aux tableaux IV et V.

Tableau IV - Signes fonctionnels associés à la fièvre prolongée au cours des 34 cas de Fièvre Typhoïde

Signes \ Age (ans)	3 / 6	7 / 10	11 / 15	Total	%
Fièvre	5	15	14	35	100
Asthénie	2	12	9	23	67,6
Diarrhée	3	5	9	17	50
A E G*	2	7	6	15	44,1
Douleurs abdominales	2	8	4	14	41,1
Céphalées	1	4	6	11	32,3
Pâleur	1	8	2	11	32,3
Tuphos	0	1	3	4	11,7
Melaena	0	1	2	3	8,8

* A E G Altération de l'état général

Tableau V - Signes physiques associés à la fièvre prolongée au cours des 35 cas de Fièvre Typhoïde

Signes \ Age (ans)	3 / 6	7 / 10	11 / 15	Total	%
Dissociation					
Pouls-Température	2	8	11	21	61,7
Splénomégalie	3	8	6	17	50
Gargouillement FID	0	6	9	15	44,1
Hépatomégalie	1	4	5	10	29,4
Langue saburrale	0	2	7	9	26,4
Ictère	1	2	1	4	11,7

c) Fièvre prolongée au cours de la tuberculose

La répartition selon l'âge montre qu'il s'agissait d'enfants de 3 à 6 ans (n = 10) et de 11 à 15 ans (n = 6). Parmi eux 15 enfants, soit 55,5%, avaient reçu le BCG mais sans contrôle post-vaccinal.

Les formes cliniques observées ont été les suivantes : tuberculose pulmonaire : 18 cas, tuberculose multifocale : 5 cas, mal de Pott : 2 cas, pleurésie tuberculeuse et tuberculose ganglionnaire respectivement un cas chacune.

Les signes fonctionnels et généraux associés dans tous les cas à la fièvre sont représentés par le tableau VI.

Tableau VI - Signes fonctionnels et généraux associés à la fièvre prolongée au cours des 27 cas de Tuberculose

Signes \ Age (ans)	3 / 6	7 / 10	11 / 15	Total	%
Fièvre	11	10	6	27	100
Altération de l'état général	4	14	5	23	85,1
Asthénie	4	13	3	20	74,07
Détrousse respiratoire	3	7	1	11	40,7
Pâleur	8	2	0	10	37,03
Douleurs thoraciques	1	3	2	6	22,2
Sueurs	1	3	2	6	22,2
Douleurs abdominales	0	1	0	1	3,7

Evolution

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 18 jours (extrêmes à 3 et 92 jours). L'évolution a été favorable chez 160 enfants : (95,3%). Nous déplorons 8 décès parmi lesquels : deux cas d'infection à VIH dont l'un était associé

à une fièvre typhoïde ; un cas de leucémie aiguë lymphoblastique, deux cas parmi ceux dont l'étiologie n'a pas été retrouvée.

COMMENTAIRES

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 infantile, la nuit pendant les gardes dans les Services de Pédiatrie externe où 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.

L'étude comparative de la fréquence des fièvres prolongées se heurte à la différence de méthodologie concernant notamment la définition utilisée (12, 14, 15). Cependant, tous les auteurs, notamment ceux d'Afrique, s'accordent pour admettre comme nous qu'elles constituent un réel problème pédiatrique ; tel est le cas pour Meye (12) qui rapporte 94 cas en 36 mois chez des enfants de 5 mois à 18 ans ; de Coll cité par Peyramond (14) : 58 cas en 12 mois. Notre travail avec 168 cas en 30 mois, soit 4,6% de nos admissions, démontre l'intérêt de la question.

Concernant l'âge, la classique prédominance des fièvres prolongées au cours des dix premières années (3, 12, 14) est confirmée par ce travail, prédominance expliquée par la grande fréquence des maladies fébriles à ces âges (1, 3, 8). L'affection touche également les deux sexes sans prédominance pour l'un ou l'autre (12, 15).

Etiologies

Les affections susceptibles de se manifester à un stade de leur évolution par une fièvre prolongée sont nombreuses (2, 5, 6, 10, 11) ; elles le sont d'autant plus qu'il s'agit de la pathologie tropicale ; elles sont contenues dans la disparité de la pathologie infectieuse mais, toutes n'interviennent pas au même degré. En pathologie tropicale, contrairement à la pathologie européenne (3, 12, 14, 15), trois étiologies sont à évoquer en premier : le paludisme, la fièvre typhoïde et la tuberculose.

Le paludisme, première cause de morbidité hospitalière pédiatrique en milieu tropical (1, 4, 8) est manifestement la cause la plus fréquente des fièvres aiguës de l'enfant ; sa place au cours des fièvres prolongées déjà rapportée (1) est confirmée par ce travail. Au cours du paludisme les fièvres prolongées peuvent être observées à tous les âges ; parmi les facteurs qui en sont génératrices, on peut citer le recours systématique devant un état fébrile aux antipaludéens (12, 14) utilisés souvent comme dans cette série à doses insuffisantes.

La fièvre typhoïde est comme le pense Peyramond une cause "prioritaire" Deuxième cause pour cette série avec 20,2%, fréquence similaire à celle rapportée au Sénégal (14), mais plus faible que celle de Meye (12) : les jeunes enfants et les ados-cents sont les plus touchés (6, 12).

La tuberculose qui a vu sa fréquence croître ces dernières années (13, 16) s'inscrit dans les trois rubriques de la pathologie tropicale. Si classiquement une fièvre traînante et isolée témoigne le plus souvent d'une primo infection pulmonaire (13, 16), les autres formes de tuberculoses peuvent au début de leur évolution se manifester par une fièvre isolée car les signes évocateurs peuvent faire défaut à cette phase ; ou alors ils sont de reconnaissance particulièrement délicate.

Place des autres étiologies

Elles sont dominées comme ailleurs (2, 3, 7, 9, 12, 14) par la pathologie infectieuse avec en tête les infections bactériennes et notamment les infections bactériennes localisées dont la symptomatologie a le plus souvent pu être abordable, en particulier après une antibiothérapie aveugle. Il s'agit notamment des pneumopathies qui constituent pour cette série, pour celle de Meye et Grimfeld (10, 12) l'une des premières causes à évoquer. Viennent ensuite les infections urinaires dont les statistiques les plus élevées sont souvent rapportées par les auteurs des pays disposant de conditions de travail jugées satisfaisantes (14, 15) ; enfin les méningites et les septicémies

Les causes parasitaires, en dehors du paludisme, dont la fréquence est variable selon les séries, sont représentées par l'amibiase et la trypanosomiase (12, 14). Quant aux causes virales dont la rareté est connue en Afrique (12, 14), elles

exigent pour leur reconnaissance des techniques sophistiquées souvent non réalisables dans nos pays

Les étiologies non infectieuses sont moins souvent impliquées (2, 9, 12, 15) mais, le rhumatisme articulaire aigu, notamment dans sa forme abarticulaire, peut faire errer le diagnostic en milieu tropical, de même que les fièvres prolongées d'origine néoplasiques beaucoup plus rares (14).

Mais il arrive que dans une proportion très variable (2, 9, 12, 14), aucune étiologie ne soit retrouvée ; il est sage de rassurer les parents mais il est utile de revoir l'enfant et de répéter l'examen clinique complet et quelques examens complémentaires avant de conclure à l'absence de toute pathologie.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il apparaît que les fièvres prolongées de l'enfant sont fréquentes et constituent un réel problème pédiatrique même si très peu d'études lui ont été consacrées à ce jour.

Sur le plan étiologique, nos conclusions rejoignent celles des auteurs africains. Les étiologies infectieuses dominent avec en tête le paludisme, la fièvre typhoïde et la tuberculose.

Face à cette situation, la nécessité d'améliorer les conditions socio-économiques et surtout la prise en charge des malades par des personnels avertis s'impose.

BIBLIOGRAPHIE

1 - H.L. ATANDA, J. PORTE, J.C. BON, R. RODIER

Mortalité et morbidité infantiles sur une population d'un Service Médical à Pointe-Noire (Congo)

Rev. Pédiatr. 1991 : 27 (3), 101-106

2 - F. BEAUFIS, L. BOURRILLON

La fièvre du nourrisson

Arch. Fr. Pédiatr. 1985 : 1, 53-61

3 - P. BEGUE, B. QUINET

Fièvre de l'enfant in P. BEGUE, J. ASTRUC

Pathologie infectieuse de l'enfant - Médecine-Science Flammarion ed. 1988 - 1-9

4 - J.C. BOULARD, J.P. CHIPPAUX, B. AYIYI, M. AKOGBETO, MASSOUGBODJIA, BANDOU

Une étude de la mortalité palustre dans un service hospitalier de pédiatrie du Bénin en 1989 et 1990

Méd. Trop. 1990 : 50 (3), 315-20

5 - M. CONDAT, PH. FERRUS, J.C. ROY et COLL

L'amibiase hépatique (à propos de 75 cas diagnostiqués au CHU de Treichville - Abidjan)

Méd. Trop. 1979 : 39, 254-60

6 - DERICARD

Salmonelloses chez l'enfant Ivoirien à propos de 59 observations

Méd. Trop. 1979 : 39, 395-402

7 - F. DESPERT, A. CHAUTEPIE, C. FRANCHIER, P. COMBE

Les fièvres au long cours chez l'enfant

Conc. Méd. 1981 : 12, 103

8 - M.A. GANDO BAKARY

Morbidité dans le Service de Pédiatrie "grands enfants" du CHU de Brazzaville (Bilan de 2 ans 1989-1990).

Thèse Médecine Brazzaville 1991 N° 307

9 - F. GUEBELLE

Fièvres prolongées chez l'enfant

Rev. Méd. Liège 1980 : XXXV - 6, 196-198

10 - A. GRIMFELD

Infections bronchopulmonaires à Mycoplasma pneumoniae
in P. BEGUE, J. ASTRUC Pathologie infectieuse de l'enfant

Med.-Science Flammarion ed. 1988 - 148-150

11 - J. LE BRAS, G.C. SINA, TRIOLON, R. TROUVA

Symptomatologie générale de la trypanosomiase humaine africaine de l'enfant (à propos de 93 cas).

Med. Trop. 1977 : 31, 51-61

12 - J.F. MEYE M'OBAME

Les fièvres prolongées en milieu pédiatrique approche diagnostic et thérapeutique

Thèse Médecine (Gabon) 1989 N° 161

13 - G. MOYEN, S. NZINGOULA, A.B. MPEMBA, V. FOURCADE-PAUTY, IBALA

La tuberculose de l'enfant au CHU de Brazzaville à propos de 118 observations

Rev. Pédiatr. 1991 : 1, 35-41

14 - D. PEYRAMOND, F. BIRON, COLL.

Conduite à tenir devant un état fébrile prolongé de l'enfant en milieu tropical

Méd. Mal. Infect. 1987 : 17 (numéro spécial), 204-211

15 - PH. RAULP

Les fièvres prolongées de diagnostic difficile : étude analytique de 400 observations

Thèse Med. Paris-Bichat 1973 : 90