

DIARRHÉE FÉBRILE UN SYMPTÔME PARMI TANT D'AUTRES

Par **Audrey Cougot**, Docteur Junior au post-urgence pédiatrique.

Présenté aux journées d'urgences pédiatriques du Sud-Ouest



université
de BORDEAUX

Un motif de consultation fréquent

- Edward, 14 ans adressé aux urgences pédiatriques par SOS médecin pour **diarrhée fébrile**, non glairosanglante.
- Histoire de la maladie :
 - Altération de l'état général et myalgies depuis 6 jours.
 - Fièvre bien tolérée depuis 4 jours.
 - Spt digestifs depuis 48h : vomissements, douleurs abdominales, diarrhée.
 - Contage avec son frère jumeau : fièvre isolée il y a 15 jours. Pas de contact covid.

Un motif de consultation fréquent

- 2 consultations chez le médecin traitant :
 - Mis sous AINS et Amoxicilline - Acide clavulanique
- Sérologie EBV en externe négative

Antécédents

- Personnels : aucun
- Familiaux : aucun
 - 1 frère et 1 sœur en bonne santé.
 - Mère vaccinée covid, père non vacciné vivant à Paris
- Vaccinations : à priori à jour, première injection covid 15 jours auparavant
- Mode de vie : sans particularité, basket, scolarisé en troisième

Un malaise et puis un autre...

Malaise sans perte de connaissance en salle d'attente.

- A : voies aériennes libres et sûres
- B : saturation à 99 % en air ambiant, travail respiratoire normal, doute sur hypoventilation en base gauche
- C : FC à 98 /min, TA 86/57 mmHg, pouls périphériques bien perçus, TRC immédiat, pas de souffle cardiaque, diurèse conservée
- D : Glasgow 15
- E : pas de toxique, dernière alimentation 24h auparavant, glycémie normale, 39°.

Mais aussi...

- Déshydratation clinique avec muqueuse sèche
- Pas d'adénopathies, pas d'hépatosplénomégalie, abdomen douloureux mais souple
- Hyperhémie conjonctivale bilatérale
- Peau saine

Quels examens complémentaires ?

- A : NFS, CRP
- B : Ionogramme sanguin, urée, créatinine
- C : Hémoculture
- D : BU
- E : ASAT, ALAT, Lipase
- F : Troponine, BNP
- G : Radiographie thoracique

Quels examens complémentaires ?

- **A : NFS, CRP**
- **B : Ionogramme sanguin, urée, créatinine**
- **C : Hémoculture**
- **D : BU**
- **E : ASAT, ALAT, Lipase**
- **F : Troponine, BNP**
- **G : Radiographie thoracique**

Un bilan sanguin perturbé...

- Hb 13,3 g/dL, plaquettes 240 G/L, Leucocytes à 14,8 G/L
- **Hyperleucocytose**
- Urée 9,4 mmol/L, créatininémie 106 umol/L, natrémie 131 mmol/L, chlorémie 94 mmol/L, bicarbonates à 19 mmol/L.
- **Insuffisance rénale, hyponatrémie**
- CRP 299 mg/L
- **syndrome inflammatoire biologique**
- BNP 34 pg/ml et Troponine 13 ng/L
- ASAT 26 UI/L, ALAT 17 UI/L, Lipase 36 UI/L
- BU : Prot 1+

RADIOGRAPHIE THORACIQUE

- Radiographie sans particularité



Un petit coup de pouce

- Hydratation intraveineuse par polyionique G5
 - Normalisation rapide de la tension
- Surveillance rapprochée des constantes et du bilan sanguin
- Transfert en néphropédiatrie pour suite de la prise en charge

En résumé

- Fièvre élevée depuis 5 jours
 - Altération de l'état général
 - Symptômes digestifs
- Syndrome inflammatoire biologique
 - Insuffisance rénale, hyponatrémie

Quelques hypothèses ?

- A : Déshydratation sur infection digestive bactérienne
- B : Choc septique
- C : Maladie de Kawasaki
- D : Syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) lié au SARS-Cov 2
- E : Pneumopathie

Quelques hypothèses

- **A : Déshydratation sur infection digestive bactérienne**
- **B : Choc septique**
- C : Maladie de Kawasaki
- **D : Syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) lié au SARS-Cov 2**
- E : Pneumopathie

Dans les étages... ça se complique

- A : voies aériennes libres et sûres
- B : saturation en O₂ à 88 %, travail respiratoire normal, eupnéique, auscultation claire
- C : TA 80/50 mmHg, PAM < 60 mmHg, TRC immédiat, extrémités fraîches, pouls perçus mais peu frappés, pas de souffle cardiaque
- D : Glasgow 15
- E : pas de notion de toxique, glycémie normale, 38,2 °C

Dans les étages... ça se complique

A : voies aériennes libres et sûres

B : saturation en O₂ à 88 %, travail respiratoire normal, eupnéique, auscultation claire

→ **Mis sous Oxygène aux lunettes**

C : TA 80/50 mmHg, PAM < 60 mmHg, TRC immédiat, extrémités fraîches, pouls perçus mais peu frappés, pas de souffle cardiaque

→ **Pose d'une 2^{ème} VVP, remplissage vasculaire, antibiothérapie élargie**

D : Glasgow 14, obnubilation, glycémie normale, 38,2 °C

E : pas de notion de toxique, dernière alimentation 24h auparavant

Quel complément de bilan ?

- pH sanguin, lactate

→ pH 7,28 mmol/L, pCO₂ 5,7 kPa, bicarbonates 20 mmol/L

→ Lactate 3,8 mmol/L

Une aggravation biologique et clinique rapides

- Contrôle du bilan sanguin à H6 :
 - Augmentation de la troponine à 120 ng/L
 - Aggravation de l'hyponatrémie à 128 mmol/L
 - Perturbation du bilan de coagulation : TP 58 %, fibrinogène > 10 g/L

Une aggravation biologique et clinique rapides

- Après oxygénothérapie au masque, trois remplissages vasculaires, antibiothérapie élargie :
 - Conscience normale, oxygénation normale, fièvre
 - PAM toujours abaissées à 55 mmHg, tachycardie
 - Anurie
- ETT : FEVG 30 %, pas de réserve de remplissage.

Au total :

- **Insuffisance circulatoire décompensée dans un contexte de syndrome inflammatoire avec atteinte multiorgane**

→ PIMS ?

Forte suspicion de PIMS : Syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique lié au SARS-Cov 2

1	Âge de 0 à 18 ans
2	Fièvre > 38°C pendant \geq 24 h
3	Atteinte inflammatoire d'organe et/ou syndrome d'activation macrophagique avéré <ul style="list-style-type: none">- Atteinte d'organe : atteinte cardiaque (myocardite, kawasaki-like, péricardite), épanchement pleural ou abdominal (épanchement péritonéal, diarrhée sévère), atteinte dermatologique, atteinte rénale (tubulopathie, insuffisance rénale, néphrite radiologique), atteinte neurologique (encéphalite, Guillain –Barré) ou tout autre atteinte inflammatoire d'organe inexplicée- Syndrome d'activation macrophagique comprenant au moins 5 critères en l'absence de pathologie maligne : fièvre, splénomégalie, bicytopénie ($Hb \leq 9$ g/dL, $Plaq \leq 100\ 000/mm^3$, $PN \leq 1000/mm^3$), hypertriglycémie à jeun (≥ 3 mmol/l), hyperferritinémie ≥ 500 μg/l, hypofibrinogénémie (≤ 1.5 g/l), hémophagocytose médullaire
4	Élévation de la CRP et/ou de la VS
5	Absence d'infection , notamment de choc toxique à staphylocoque ou streptocoque
6	Infection documentée par SARS-CoV2 par la positivité d'au moins l'un des examens suivants : PCR pharyngée, PCR selles, sérologie, elisot coronavirus

Cas
certains

Situations correspondant aux **critères 1+2+3+4+5+6** ci-dessous

Cas
probables

Situations correspond aux **critères 1+2+3+4+5** ci-dessous + **contact proche avec patient COVID et/ou atteinte au scanner pulmonaire**

Cas
possibles

Situations correspond aux **critères 1+2+3+4+5** + **PCR et/ou sérologie SARSCov2 négatives**, Elispot non fait

En réanimation

- A : Soutien inotrope et vasopresseur par des amines
- B : Antibiothérapie large spectre
- C : Corticothérapie systémique
- D : Perfusion d'immunoglobulines.
- E : Aspirine
- F : Héparinothérapie à doses curatives

En réanimation

- **A : Soutien inotrope et vasopresseur par des amines**
- **B : Antibiothérapie large spectre**
- **C : Corticothérapie systémique**
- **D : Perfusion d'immunoglobulines.**
- **E : Aspirine**
- **F : Héparinothérapie à doses curatives**

Traitement immunomodulateur (MAJ18/03/2021)

Instabilité hémodynamique ou Lactate élevé ou défaillance myocardique à l'échographie



- Corticothérapie anti-inflammatoire (2mg/kg) IV*
- IVIG* haute dose fractionnée (fractionnée 1g/kg/j sur 2j), débit très lent voire à différer si dysfonction auriculaire / défaillance diastolique (selon avis réanimateur)
- Antibiothérapie* (à suspendre selon microbiologie)
- Vasopresseurs/inotropes
- Anticoagulation, pas d'aspirine*

Pas d'instabilité hémodynamique et Lactate normaux



- Corticothérapie anti-inflammatoire (2mg/kg) IV*
- IVIG* haute dose fractionnée 1g/kg/j sur 2j
- Aspirine antiagrégant* si atteinte coronarienne
- En USC si elevation enzyme myocardique sans insuffisance circulatoire**

ATTENTION NE PAS MECONNAITRE choc toxinique / septique / hémopathie maligne
 ⇒ PEC Sepsis Survival campaign & reco européenne
 ⇒ En cas de doute, contacter le réanimateur pédiatre
 Si échec du traitement de première ligne, contacter rhumatopédiatre/ Immunologiste

Quelques messages clés

- 1 : Évoquer un PIMS chez l'enfant de tout âge devant : **fièvre élevée + altération marquée de l'état général + signes digestifs.**
- 2 : Toute suspicion de PIMS implique une **prise en charge hospitalière** sans attendre les résultats biologiques.
- 3 : Historique d'infection à **SARS-CoV-2 dans les 4 à 6 semaines précédentes**, évocateur mais non essentiel
- 4 : Prise en charge toujours **multidisciplinaire.**
- 5 : **Suivi spécifique** sera adapté selon la sévérité de la présentation clinique