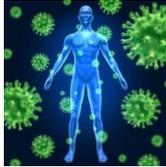




Sémiologie des maladies infectieuses



Année 2024-2025

DFGSM3

Professeur Isabelle DURIEU



Plan

- A. INTRODUCTION: GENERALITES et NOSOLOGIE
 1. Notion d'infection
 2. Notion de mode de transmission ou contagé et de contagiosité
 3. Durée d'incubation
 4. Définition et description de la fièvre
- B. ABORD CLINIQUE du malade fébrile
 1. Interrogatoire
 2. Examen clinique
 - Recherche de signes de gravité
 - Recherche d'un foyer infectieux
 3. Démarche diagnostique
 - Fièvre aiguë récente de moins de 5 jours
 - La virose commune
 - Les foyers infectieux aigus
 - Les grandes urgences médicales
 - Fièvre aiguë de > 5 jours

Plan (suite)

- C. Séméiologie des principaux syndromes infectieux
 1. Le syndrome septicémique
 2. Le syndrome méningé
 3. Le syndrome grippal
 4. Le syndrome angineux
 5. Les diarrhées fébriles

Par ailleurs, se reporter aux autres enseignements (séméiologie des infections pulmonaires, syndrome mononucléosique en FGSM2 et les descriptions par agent pathogène)



NOTION d'INFECTION

- Rapport de force entre agent pathogène et réaction immunitaire de l'hôte
- Infection inapparente (séroconversion)
- Infection latente (portage asymptomatique)
- Infection-maladie
 - Un agent pathogène
 - Une réaction inflammatoire locale et/ou
 - Une réponse inflammatoire systémique (SRIS)

NOTION d'INFECTION

- Le SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavirus 2) : L'agent pathogène. (Dénomination du Coronavirus Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses)
 - La Covid-19 (*coronavirus disease 2019*): La maladie (Dénomination OMS)
-
- L'Epstein Barr Virus –EBV- (famille des herpès virus) agent pathogène de la
 - Mononucléose infectieuse: maladie

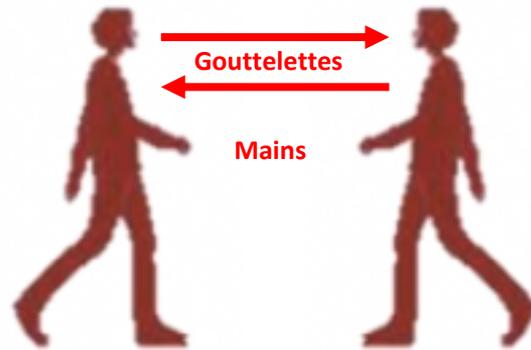
NOTION de CONTAGE et de
TRANSMISSION

- Mode de transmission et Contage : transmission d'un agent pathogène après exposition.
 - Très important à connaître pour l'analyse clinique et épidémiologique et pour **la prévention**
 - Le mode de transmission des maladies n'est pas toujours intuitif !
 - exemple: transmission respiratoire de maladies éruptives comme la varicelle, ou la rougeole*
- Différents types de transmission:
 - Direct: air, mains, sexuelle, sanguine...
 - Indirect: eau, aliments, sol, vecteurs (insectes, arthropodes...)



Mode de transmission et
contagiosité.

Ex: les virus respiratoires type
Sars-COV2 et Myxovirus



Gouttelettes



Mains



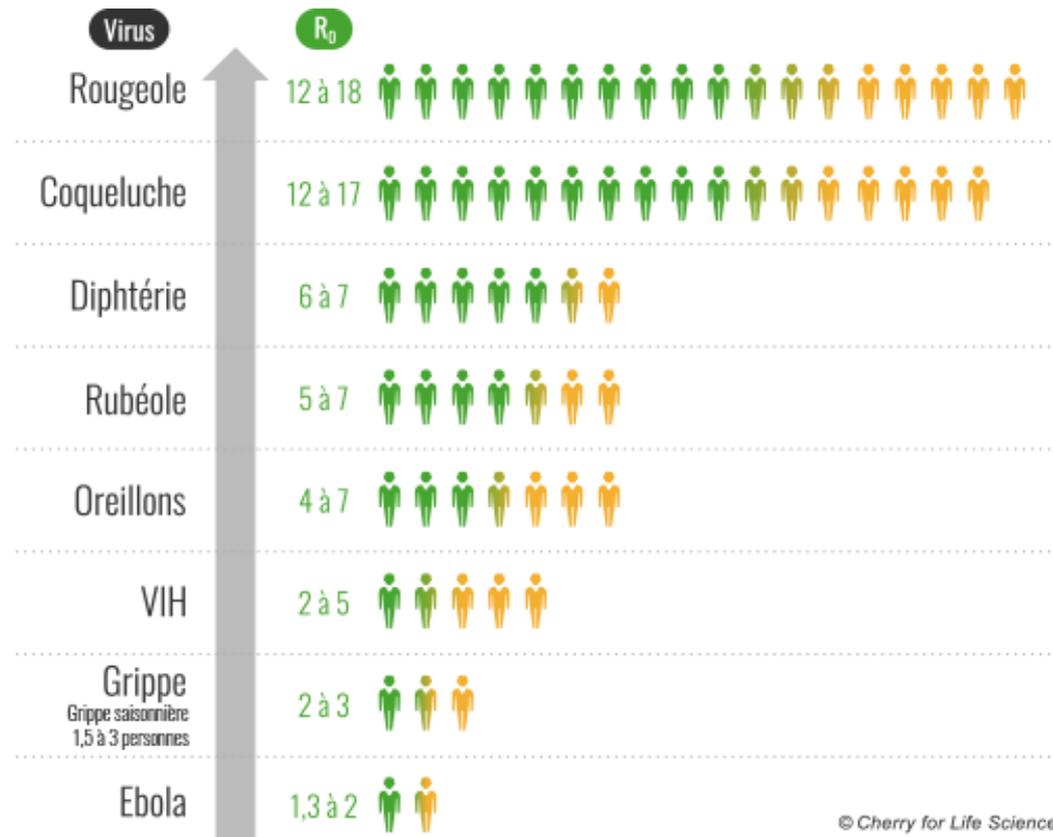
Porte d'entrée : muqueuses du visage - nez, bouche, yeux

- Contagiosité estimée à 24 à 48 h avant début des signes cliniques et 7 à 8 jours à partir du début des symptômes



Contagiosité

R_0 : taux de reproduction
= **nombre de personnes**
qu'un cas est susceptible
d'infecter



© Cherry for Life Science



DUREE d'INCUBATION

- Délai entre l'exposition et le premier symptôme clinique
- Dépend de la vitesse de réplication de l'agent pathogène et de la défense de l'hôte
- Important à connaître en pratique pour:
 - Les hypothèses diagnostiques
 - La recherche du contagage
 - L'application de mesures de prophylaxie ou d'isolement éventuelles



Définition la fièvre et mesure de la température

Item n°147



- Valeurs normales de la température au repos
 - $< 37^{\circ}5$ le matin
 - $< 37^{\circ}8$ l'après-midi
- Mesure tympanique, buccale*, axillaire*, rectale
- Fièvre:
 - $> 38^{\circ}$ le matin
 - $> 38,3^{\circ}$ le soir
- *: à majorer de $0,5^{\circ}\text{C}$



**Définition et description
de la fièvre**

Variations des températures en
fonction de la méthode

Méthode utilisée	Variations
Voie rectale	36,6 à 38 °C
Voie buccale	35,5 à 37,5 °C
Voie axillaire	34,7 à 37,3 °C
Voie tympanique	35,8 à 38 °C

*Ameli.fr. 30 mars 2017. Comment bien
prendre la température*

Prendre la température en fonction de l'âge

Âge de la personne concernée	Techniques recommandées
De la naissance à 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> •1^{er} choix : voie rectale, pour obtenir une mesure exacte ; •2^e choix : voie axillaire, et au moindre doute, prise de température rectale.
De 2 à 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> •1^{er} choix : voie rectale, pour obtenir une lecture exacte ; •2^e choix : voie tympanique ; •3^e choix : voie axillaire.
Plus de 5 ans (y compris les adultes)	<ul style="list-style-type: none"> •1^{er} choix : voie buccale, pour obtenir une lecture exacte ; •2^e choix : voie tympanique ; •3^e choix : voie axillaire.

**Définition et description
de la fièvre**

- Fièvre aiguë: moins de 5 jours
- Fièvre prolongée: plus de 20 jours
- Signe très fréquent (mais non constante) au cours des infections



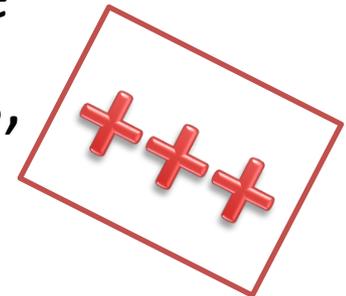
La fièvre n'est pas un signe spécifique de l'infection +++

- Cancers et hémopathies
- Inflammation
- Thromboses
- Nécroses
- Immuno- allergie
- Endocrine

DESCRIPTION d'UNE
FIEVRE

- Début
- Intensité
- Évolution
- Rythme
- Tolérance hémodynamique, neurologique
- Signes accompagnement: frissons, sueurs, marbrures, points d'appel d'organe...
- Efficacité des antipyrétiques

Situation clinique de départ n°44
Fièvre aigue de l'adulte: item N° 147



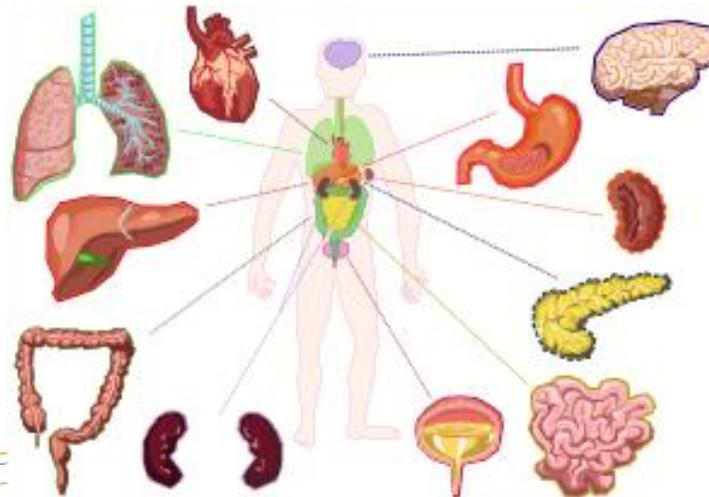
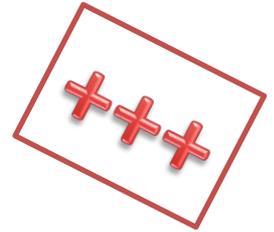
L'INTERROGATOIRE



- Ancienneté de la fièvre et mode de début (brutal ou progressif)
- Antécédents médicaux et chirurgicaux: **importance du terrain dans l'appréciation de la gravité d'une infection ++++**
 - Âge (nourrissons, sujets âgés)
 - Co morbidités: diabète, BPCO, immunodépression, cirrhose, patients porteurs de matériel prothétique...
 - Situations particulières: femmes enceintes; contexte post-opératoire
- Prise de médicaments...
- Voyages à l'étranger (avec ou sans prophylaxie)
- Conduite sexuelle à risque, toxicomanie
- Notion de contagé, enfant en bas âge
- Vaccination
- Contact avec des animaux, plaie, piqûres...

L'INTERROGATOIRE (2)

- Recherche de signes d'appel et signes fonctionnels appareil par appareil
 - ORL (pharyngite, rhinorrhée, otalgie...)
 - Pulmonaire (toux, expectoration, dyspnée, douleur...)
 - Cutanée (éruption, plaie...)
 - Abdominale: douleurs, diarrhée, vomissements...
 - Urinaire: brûlures, pollakiurie, dysurie, douleurs lombaires...
 - Neurologique: céphalées, photophobie...
 - Gynécologique: douleurs pelviennes, écoulement vaginal
 - ...



L'EXAMEN CLINIQUE



- Evaluer la tolérance générale de la fièvre et rechercher les signes de gravité:
 - Retentissement sur l'état général
 - Tolérance hémodynamique : pouls; pression artérielle; marbrures, oligurie
 - lésions cutanées de purpura
 - Signes neurologiques: Prostration, troubles de conscience;
 - Signes de détresse respiratoire: polypnée, signes de désaturation, cyanose...
- Mesurer la FC, la PA, la FR, la SaO2, le score de Glasgow...



L'EXAMEN CLINIQUE (2)

- Recherche d'un foyer infectieux par un examen clinique soigneux et complet
 - Téguments: éruption, ictère, plaie
 - sphère ORL (bouche, gorge, oreille, sinus)
 - Poumons: matité, foyer de crépitants...
 - Cœur: tachycardie, souffle
 - Palpation abdominale
 - Touchers pelviens
 - Articulations: épanchement
 - Examen neuro méningé (raideur méningée, recherche de signes de localisation neurologique, confusion...)
- Aires ganglionnaires
- Recherche d'une splénomégalie



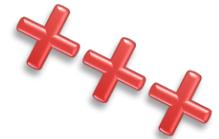
LA DEMARCHE
DIAGNOSTIQUE

- Fièvre aiguë récente (moins de 5 jours)
- Déterminer rapidement s'il s'agit:
 - D'une urgence à prendre en charge rapidement en milieu hospitalier
 - D'un foyer infectieux localisé relevant d'un traitement spécifique (*angine, pneumopathie, pyélonéphrite...*)
 - D'une virose saisonnière relevant d'un traitement symptomatique



LA DEMARCHE
DIAGNOSTIQUE (2)

- Les **grandes urgences** à identifier rapidement
 - Syndrome septicémique et le Choc septique
 - Syndrome méningé ou coma fébrile
 - Purpura fulminans
 - Cellulite ou dermo hypodermite nécrosante
 - Pneumopathie extensive
 - Colique néphrétique fébrile
 - Douleur abdominale fébrile (urgence chirurgicale)
 - Ictère fébrile
 - Suspicion de paludisme (fièvre au retour de séjour en zone d'endémie)



LA DEMARCHE
DIAGNOSTIQUE (3)

- Foyer infectieux aigu localisé:
mise en évidence d'un foyer (ORL, dentaire, pulmonaire, sinusien, cutané, abdominal, urinaire, génitale)
 - prélèvements microbiologiques et examens morphologiques adaptés si nécessaires avant traitement (imagerie pulmonaire, ECBU...) et mise en route du traitement ou traitement probabiliste dans les situations simples (otite, érysipèle, sinusite..)

LA DEMARCHE
DIAGNOSTIQUE (4)

- Virose saisonnière
 - Grand enfant, adolescent ou adulte jeune sans pathologie associée
 - Fièvre isolée bien tolérée
 - Caractère saisonnier
 - Contexte épidémique
 - Examen clinique normal
 - Guérison spontanée en moins d'une semaine
 - Pas d'examen complémentaire
 - Traitement symptomatique
 - Mesures barrières



Synthèse démarche diagnostique

Signes de gravité ou terrain à risque

oui

non

Absence de point
d'appel

point d'appel
évident

Complément de
bilan

Traitement
étiologique

Traitement antibiotique ciblé ou
probabiliste

point d'appel
évident

Absence de point
d'appel

Surveiller et
ré-évaluer

Virose
banale

Foyer
bactérien

Traitement
symptomatique

Traitement
étiologique

LA DEMARCHE
DIAGNOSTIQUE (5)

- Fièvre persistante au-delà de 5 jours
- Répéter un examen médical complet +++
- à la recherche de l'apparition de nouveaux signes de localisation (respiratoire, cutanée, digestif....)
- Réévaluer l'état général, la tolérance
- Débuter un bilan complémentaire (NFP, CRP, bilan hépatique, ECBU, RP, hémocultures, sérologies...)
- En fonction de la clinique et du contexte on commencera à évoquer des causes non infectieuses

1. Le syndrome septicémique
2. Le syndrome méningé
3. Le syndrome grippal
4. Le syndrome angineux
5. Les diarrhées fébriles
6. Les Fièvres éruptives
7. Le syndrome mononucléosique
8. Les infections broncho-pulmonaires aiguës
9. Les infections cutanées



Item n°147 et 157

LE SYNDROME
SEPTICEMIQUE ou SEPSIS

- Infection systémique due à des décharges de germes pathogènes dans le sang (bactériémie, fongémie)
- bactériémie, syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS), sepsis, choc septique





SRIS = syndrome de réponse inflammatoire systémique (non spécifique d'une infection)



Le SRIS est présent lorsqu'il existe au moins 2 des signes suivants:

- Température centrale $> 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$
- Fréquence cardiaque > 90 BPM
- Fréquence respiratoire > 20 cycles/min chez l'adulte (ou $\text{PaCO}_2 < 35$ mmHg)

Leucocytes > 12 G/L, ou < 4 G/L (ou $> 10\%$ de cellules immatures en l'absence d'autres cause connues)

Sepsis = SRIS au cours d'une infection à l'origine d'une réponse inappropriée entraînant une **dysfonction d'organe ou hypotension ou hypoperfusion**

Au cours du sepsis, l'hypotension initiale est corrigable par administration d'un remplissage vasculaire

Choc septique = sepsis avec hypotension persistante

Dans le choc septique, l'hypotension persiste malgré un remplissage vasculaire adéquat, et nécessite l'introduction d'un traitement vasopresseur (Noradrénaline en première intention).





- Apprécier rapidement la gravité : évaluer le risque de sepsis sévère
 - Anomalies des téguments (vasoconstriction)
 - Extrémités froides , cyanosées
 - Marbrures diffuses
 - Polypnée
 - Tachycardie
 - Hypotension ou collapsus
 - Oligurie ou anurie
 - Troubles de conscience
- Rechercher une porte d'entrée (permettra d'orienter la prise en charge thérapeutique avant identification du germe)
 - Cutanée
 - pulmonaire
 - Digestive
 - Urinaire...
- Rechercher des foyers secondaires (spondylodiscite, abcès profond...)

quickSOFA (qSOFA): score d'évaluation pronostique des patients septiques :

- Pression artérielle systolique ≤ 100 mm Hg
- Rythme respiratoire ≥ 22 /min
- Altération aiguë des fonctions supérieures

Indication de surveillance continue si qSOFA ≥ 2

Marbrures diffuses





- **Dans tous les cas un syndrome septique relève d'une prise en charge urgente en milieu hospitalier pour :**
 - Surveillance rapprochée du malade
 - Prise en charge symptomatique
 - Réalisation des prélèvements microbiologiques (hémocultures, ECBU, prélèvement d'une éventuelle porte d'entrée) et d'examens d'imagerie
 - Bilan biologique : NFP, CRP, fonction rénale, bilan hépatique
 - Mise en route d'un traitement antibiotique probabiliste après réalisation des prélèvements et avant réception des résultats



- Evaluer très précisément et très régulièrement l'état clinique du malade.
- Les hémocultures +++ avant tout traitement antibiotique (sauf purpura fulminans)
- Recherche de porte d'entrée : ecbu, RxP, troubles digestifs, foyers dentaires...orientée en fonction du germe identifié dans les hémocultures
- Echocardiographie (suspicion d'EI)
- Recherche de foyers infectieux secondaires « métastatiques » (surtout pour les septicémies à staphylocoque doré et les endocardites infectieuses).

Item n° 151

A

- Fièvre d'intensité variable, souvent élevée
- Céphalées souvent violentes, diffuses, en casque
- Photophobie
- Nausées, vomissements inconstants, faciles, au changement de position, en jet
- Raideur méningée +++
 - Signe de Brudzinski
 - Signe de Kernig



Vomissements



Fièvre



Céphalées



Photophobie





- **Signes de gravité**

- Purpura extensif
- Instabilité hémodynamique
- Troubles de vigilance /conscience
(score de Glasgow)
- État de mal convulsif
- Signes de localisation neurologique
- Terrain à risque

**purpura
fulminans**

**Méningo-
encéphalite**

- **Signes « rassurants »**

- Contexte « viral » épidémique et/ou les signes d'allure « virale » préalable (rhinorrhée, toux...)



Purpura méningococccique:
éléments purpuriques sur un
fond d'éruption morbilliforme

Purpura Fulminans méningococcique

-purpura fébrile rapidement
extensif

-souvent accompagné de
signes de sepsis sévère

-urgence de réanimation et
de traitement



Fig. B Early meningococcal rash.



La ponction Lominaire: geste diagnostique indispensable

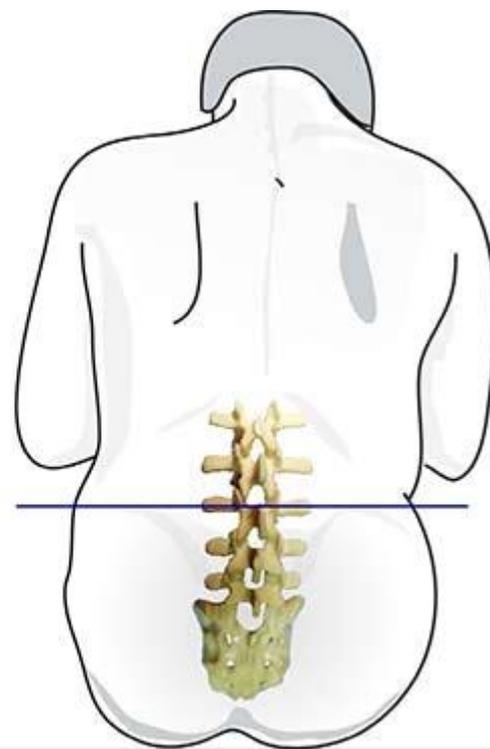
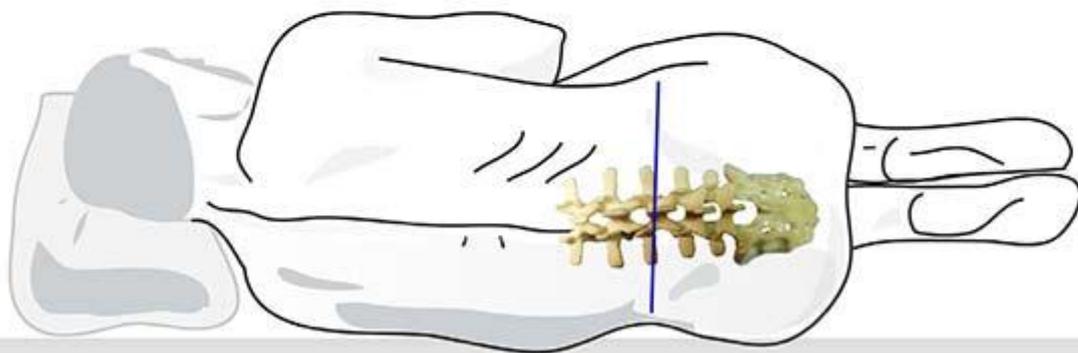


Illustration: Paul J ZETLAOUI

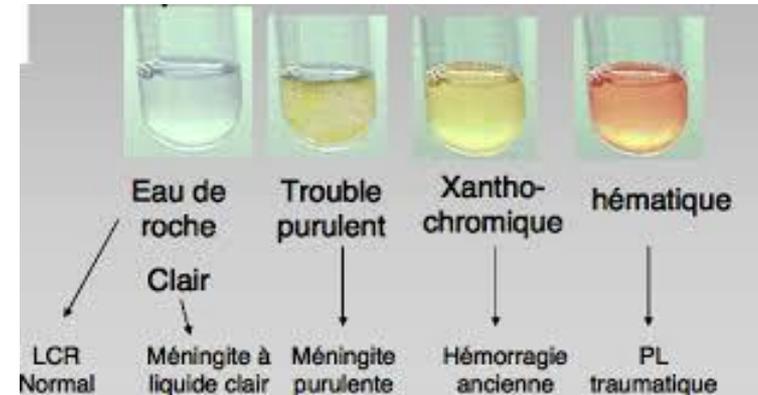
HAS 2019



de Médecine
Lyon Est

Les données de la Ponction Lombar

- Aspect macroscopique
- Éléments cellulaires
- Taux de protéines (protéïnorachie)
- Glycerachie
- Microbiologie (examen direct, cultures)
- LCR normal
 - pas de cellules
 - Pas de germes
 - Protéïnorachie: 0,2- 0,4 g/l
 - Glycerachie: 0,5 g/l

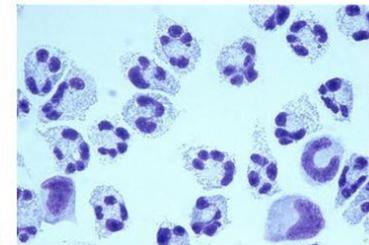


Les données de la Ponction Lombar (2)

- Méningite purulente:
 - Polynucléaires neutrophiles
 - Hyperprotéïnorachie
 - Hypoglycorachie
 - Germes en causes: *neisseria meningitidis* (méningocoque), *streptococcus pneumoniae* (pneumocoque)



Méningite purulente



Polynucléaires neutrophiles

Les données de la Ponction Lominaire (3)

- Méningite lymphocytaire:
 - lymphocytes
 - Hyperprotéinorachie modérée
 - Pas d' Hypoglycorachie
 - Le plus souvent virale



Méningite à liquide clair

Les données de la Ponction Lombar (4)

- Méningite panachée
 - Présence de lymphocytes et de polynucléaires neutrophiles
 - Hyperprotéïnorachie
 - Glycorachie variable
 - Germes:
 - listeria monocytogènes,
 - méningite « décapitée » par des antibiotiques,
 - méningites à enterovirus

Pause QRM

Au cours d'un syndrome septicémique/septique, quels sont parmi les suivants les signes de gravité ?

- A. L'intensité des frissons
- B. L'intensité de la fièvre
- C. L'hypotension
- D. L'existence de marbrures diffuses
- E. L'existence de troubles de conscience

Quel signe caractérise le choc septique ? (QRU)

- A. Température centrale $< 36^{\circ}\text{C}$
- B. Fréquence cardiaque > 90 BPM
- C. Fréquence respiratoire > 20 cycles/min
- D. Hypotension persistante au remplissage
- E. Purpura nécrotique des membres

Au cours d'un syndrome méningé fébrile, les signes de gravité à rechercher sont ?

- A. L'apparition de troubles de conscience
- B. L'intensification des céphalées
- C. L'apparition de lésions cutanées purpuriques
- D. L'apparition de vomissements
- E. La survenue de signes de localisation neurologique

A

Item N°166

- Typique de l'infection à Myxovirus influenzae en période épidémique **mais non spécifique**
- Début brutal
- Signes fonctionnels et généraux intenses
 - Fièvre brutale et élevée
 - Céphalées
 - Courbatures et myalgies intenses
 - Asthénie intense
 - Signes respiratoires : toux sèche
- Examen clinique souvent normal contrastant avec l'intensité des signes généraux



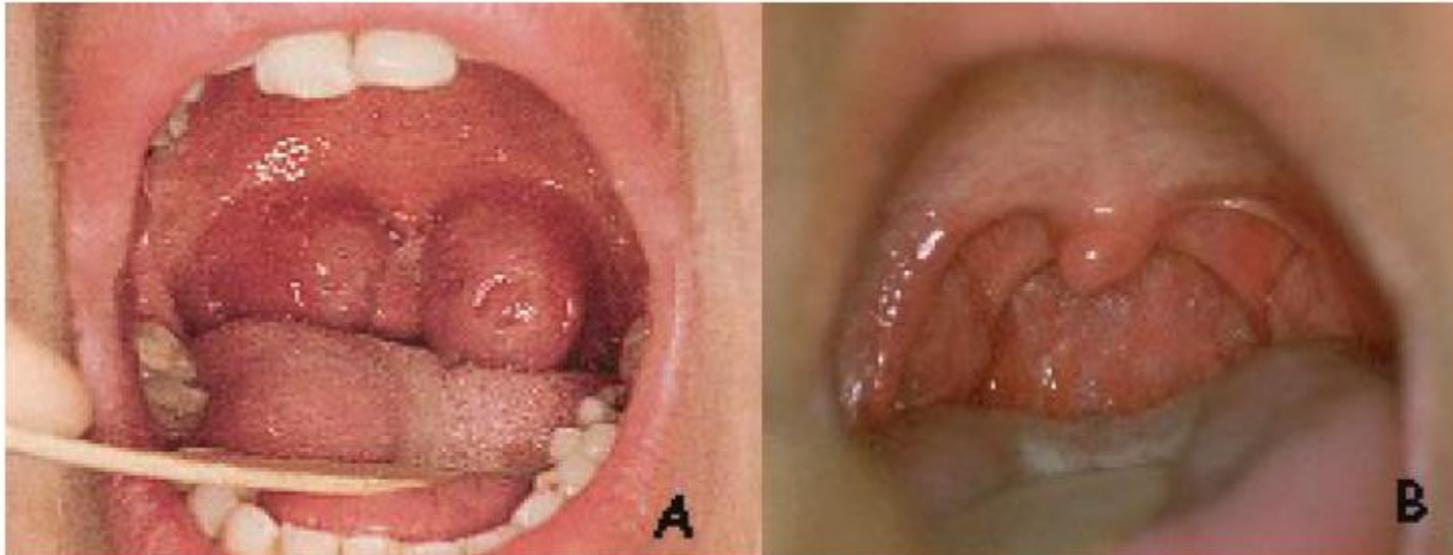
- Généralement, pas de nécessité d'examen complémentaire
- Traitement symptomatique: repos et antipyrétique
- **MAIS Prudence** chez les patients dits «à risque» ou immunodéprimés: sujets âgés, insuffisants respiratoires ou cardiaques..., diabétiques
- Complications respiratoires:
 - Pneumopathie virale
 - Surinfections broncho-pulmonaires



- **Douleur oro-pharyngée spontanée uni-ou bilatérale augmentée par la déglutition (Odynophagie)**
- Fièvre d'intensité variable selon le germe



- Examen de l'oropharynx:
 - Amygdales hypertrophiées
 - Érythémateuse
 - érythémato pultacée
 - Vésiculeuse
 - Pseudo membraneuse
 - ulcéreuse
 - Noter l'extension (pilier, luette, voile)
 - Signes associés endobuccaux (purpura, stomatite...)
 - Rhinite, conjonctivite, otite ?
 - Recherche d'adénopathies
 - Recherche de signes respiratoires ou systémiques
 - Aires ganglionnaires, foie, rate

LE SYNDROME
ANGINEUX

A : hypertrophie bilatérale des amygdales ; B : volume amygdalien normal



Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée

- Situation la plus fréquente
- Érythémateuse : rougeur, tuméfaction, œdème
- Érythémato-pultacée : enduit blanc punctiforme, se décollant facilement
- Cryptique : dépôts caséux des cryptes
- Origine
 - Virale (le plus souvent)
 - Streptocoque A
- Test de diagnostic rapide (TDR) pour diagnostic positif



Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée

- TdR systématique chez l'enfant > 3 ans
- Si score Mac Isaac ≥ 2 chez l'adulte
 - ✓ fièvre supérieure à 38°C = + 1 point ;
 - ✓ absence de toux = + 1 point ;
 - ✓ adénopathies cervicales sensibles = + 1 point ;
 - ✓ atteinte amygdalienne (volume ou exsudat) = + 1 point ;
 - ✓ âge du patient entre 15 à 44 ans = 0 point ;
 - ✓ âge du patient égal ou supérieur à 45 ans = - 1 point.



Angine vésiculeuse

- Plus rares
- Souvent virales
- Associée à une gingivostomatite :
 - Herpès
- Limitée au pilier et au voile
 - Herpangine à coxsackie A (1 à 7 ans)



Angine vésiculeuse

- Plus rares
- Souvent virales
- Associée à une gingivostomatite :
 - Herpès
- Limitée au pilier et au voile
 - Herpangine à coxsackie A (1 à 7 ans)



Angine pseudo-membraneuse

- Enduit blanc nacré ou grisâtre, épais, adhérent parfois extensif
- Diagnostic :
 - Mononucléose infectieuse
 - Diphtérie

BGP (corynebactérie)

Extension des fausses membranes (laryngite)
adénopathies

Signes d'imprégnation toxinique

Tachycardie voire myocardite

Troubles occulo-moteurs

Polyradiculonévrite ascendante



Angine ulcéro-nécrotique

- Souvent unilatérale
- Perte de substance à fond noirâtre
 - Angine de Vincent (fusobacterium)
 - Peu de fièvre
 - Haleine fétide
 - Adénopathie satellite
 - Risque
 - Phlegmon amygdalien
 - thrombose jugulaire (sdm de Lemière)



Attention aux causes non infectieuses:
Cancer de l'amygdale (contexte)
Angine des hémopathies

Pause QRM

- **Le syndrome grippal :**
 - A. A souvent un début progressif
 - B. S'accompagne le plus souvent de signes généraux intenses
 - C. S'accompagne souvent de douleurs musculaires intenses
 - D. S'accompagne de façon quasi-constante d'anomalies pulmonaires auscultatoires
 - E. Est très spécifique de l'infection à virus influenzae

SEMEIOLOGIE DES
DIARRHÉES
INFECTIEUSES

- Problème très fréquents
 - De santé publique grave dans les pays en voie de développement
 - Motif de consultation fréquent et souvent bénin en occident (mais prudence selon le terrain: nourrisson ou sujet âgé)
- On distingue souvent deux mécanismes physiopathologiques
 - Mécanisme toxinique : diarrhée sécrétoire
 - Mécanisme entéro invasif avec ou sans destruction cellulaire

Item 176

- Importance de l'interrogatoire, du contexte environnemental, du terrain
 - Âges extrêmes et immunodépression
 - Diarrhée au retour d'un voyage en pays tropical
 - Diarrhée après prise d'antibiotiques
 - Contexte épidémique
 - Contexte de toxi-infection alimentaire possible
 -

- Importance d'Evaluer la gravité et les situations d'urgences

- Rechercher des signes de déshydratation

- hypoTA ou hypotension orthostatique

- Sécheresse muqueuse

- Troubles de conscience

- Rechercher des signes de sepsis (cf.diapo)

- Rechercher des signes de colite grave

- Douleur abdominale

- Défense à la palpation

- Imagerie: signes de souffrance digestive



- Le syndrome gastroentéritique (entéro-invasif sans destruction cellulaire)
- Le syndrome dysentérique (entéro-invasif avec destruction cellulaire)
- Le syndrome cholérique ou cholériforme (sécrétoire)

Le syndrome gastroentérique

- Diarrhée non spécifique (selles fréquentes et liquides)
- Douleurs abdominales diffuses
- Nausées et vomissements
- Fièvre modérée
- Modèle de la gastroentérite virale (rotavirus, entérovirus)
- Évolution rapidement favorable le plus souvent (sauf sur un terrain à risque +++)

- **Le syndrome dysentérique**
 - Selles glaireuses, sanglantes, afécales
 - Parfois mucopurulentes
 - Douleurs abdominales diffuses avec épreinte, ténésme et faux besoin
 - Fièvre élevée le plus souvent
 - Exemple:
 - Shigellose
 - E Coli entéro invasifs et entérohémorragiques
 - Amibiase (pas de fièvre)

- **Le syndrome cholériforme**

- Diarrhées aqueuses: selles liquides, profuses dites « eau de riz », très fréquentes et abondantes
- Vomissements
- Douleurs abdominales modérées
- Pas ou peu de fièvre
- Signes rapides de déshydratation +++
- Modèle
 - Toxiinfection alimentaire à staph. aureus
 - E Coli entérotoxigène
 - (Choléra)

QRM de Synthèse



Faculté de Médecine
Lyon Est

Faculté

Vous recevez en consultation un jeune patient de 25 ans pour troubles digestifs apparus depuis la veille. Il décrit une fièvre élevée à 39° avec frissons, des selles glaireuses et sanglantes à plusieurs reprises dans la nuit, des douleurs abdominales. A l'examen, le ventre est sensible, sans défense ni contracture. Quel diagnostic syndromique retenez vous ? (une seule réponse exacte)

- A. gastroentérite
- B. syndrome cholériforme
- C. syndrome dysentérique
- D. toxi-infection alimentaire
- E. syndrome typhique



Vous voyez à son domicile une patiente de 78 ans, que vous suivez pour un diabète et une insuffisance cardiaque. Elle a depuis 24 heures une fièvre élevée à 38,5°C. Elle est très asthénique. A l'interrogatoire, vous ne retenez pas de point d'appel particulier. A l'examen clinique, la fréquence cardiaque est à 120 /mn, la PA à 90/40 mmHg, la FR à 30/mn. Ci-joint l'examen des téguments aux membres inférieurs. Quel diagnostic retenez vous? (une seule réponse)

- A. syndrome de réponse inflammatoire systémique
- B. érysipèle du membre inférieur
- C. purpura fulminans
- D. sepsis
- E. endocardite infectieuse



Messages

- Les maladies infectieuses restent une cause courante de consultation en médecine générale à tous les âges de la vie
- Le contexte environnemental et le terrain sont très importants dans l'analyse des situations
- Un interrogatoire et un examen clinique soigneux permettent le diagnostic dans la majorité des cas
- **La recherche des signes de gravité d'une infection (liés à l'agent infectieux ou liés au terrain) est impératif**



isabelle.durieu@univ-lyon1.fr

- ECN.PILLY 2023
- Référentiel Officiel du Collège National des Enseignants d'Anesthésie et de Réanimation (CESAR)