



Séméiologie des maladies infectieuses



Année 2025-2026

DFGSM3

Professeur Isabelle DURIEU

Objectifs pédagogiques

- Connaitre et comprendre l'expression clinique des infections (signes généraux, fonctionnels et physiques)
- Appliquer une démarche diagnostique structurée: anamnèse examen clinique, paracliniques
- Connaitre les principaux syndromes infectieux

Plan

A. ABORD CLINIQUE du malade en infectiologie

1. L'anamnèse
2. Les signes généraux et fonctionnels
3. Examen clinique
 - Recherche de signes de gravité
 - Recherche d'un foyer infectieux appareil par appareil

B. Démarche diagnostique

- Fièvre aigue récente de moins de 5 jours
 - La virose commune
 - Les foyers infectieux aigus
 - Les grandes urgences médicales
- Fièvre aigue de > 5 jours

C. Séméiologie des principaux syndromes infectieux (confère aussi cours spécifiques en sémiologie d'organes)

L'anamnèse

- Ancienneté des signes d'appel
- L'apparition brutale ou progressive
- Antécédents médicaux et chirurgicaux: **importance du terrain dans l'appréciation de la gravité d'une infection ++++**
 - Âges extrêmes (nourrissons, sujets âgés)
 - Co morbidités: diabète, BPCO, immunodépression, cirrhose, patients porteurs de matériel prothétique...
 - Situations particulières: femmes enceintes; contexte post-opératoire, retour de zones à risque
- Statut vaccinal
- Voyages à l'étranger (avec ou sans prophylaxie)
- Conduite sexuelle à risque, toxicomanie
- Notion de contagé, enfant en bas âge
- Contact avec des animaux, plaie, piqures...
- Prise de médicaments (antibiotiques, anti-inflammatoires...)



**Les signes généraux et
fonctionnels**



1. la fièvre:

- définition
- 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 $0,5^{\circ}\text{C}$

1. la fièvre:
- définition
 - mesure de la température

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	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	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)	1^{er} choix : voie buccale, pour obtenir une lecture exacte ; 2^e choix : voie tympanique; 3^e choix : voie axillaire.



1. la fièvre:

• définition

- 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 +++

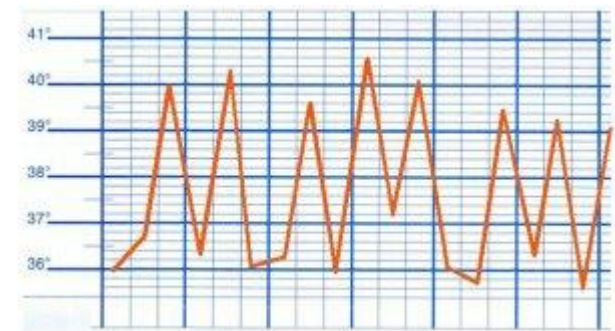
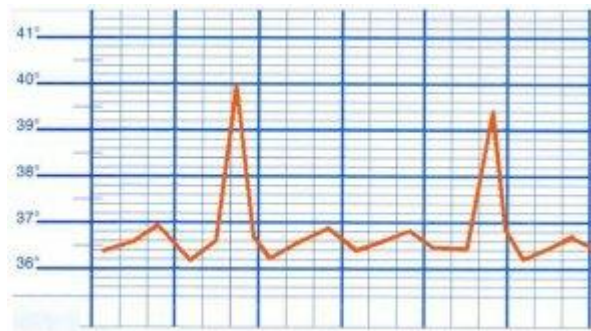
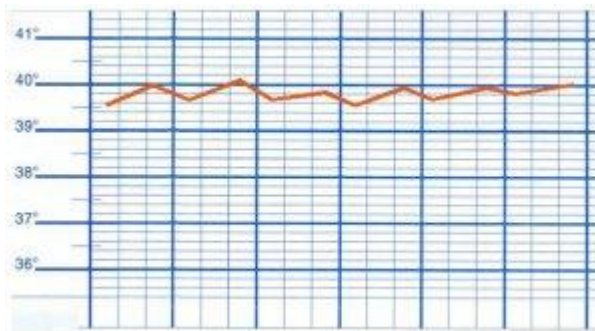
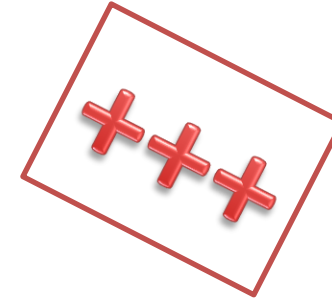
- Cancers et hémopathies
- Inflammation
- Thromboses
- Nécroses
- Immuno- allergie
- Endocrine

1. la fièvre:

• description

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

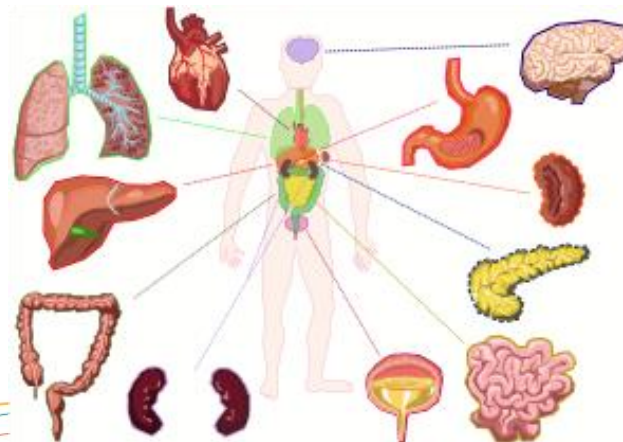
Situation clinique de départ n°44
Fièvre aigue de l'adulte: item N° 147



**2. Recherche de signes
fonctionnels**



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



3. L'examen clinique

- **Recherche des signes de gravité**

- Retentissement sur l'état général
- Tolérance hémodynamique :
 - Fréquence cardiaque: pouls;
 - pression artérielle;
 - Recherche de marbrures,
 - Recherche d'une oligurie
- Signes de détresse respiratoire:
 - Mesurer la fréquence respiratoire
 - Rechercher les signes de désaturation et mesurer la saturation
- Signes neurologiques: Prostration, troubles de conscience; mesure du score de Glasgow
- Rechercher des lésions cutanées de purpura nécrotique



3. L'examen clinique

- Recherche d'un foyer infectieux

- Examen clinique soigneux et complet

- Téguments: éruption, ictère, plaie
- sphère ORL (bouche, gorge, oreille, sinus)
- Poumons: matité, ronchus, sibillances, foyer de crépitants...
- Cœur: tachycardie, souffle
- Palpation abdominale
- Recherche d'une splénomégalie, hépatomégalie
- Palpations des aires ganglionnaires
- Touchers pelviens
- Articulations: œdème, épanchement
- Examen neuro méningé (raideur méningée, recherche de signes de localisation neurologique, confusion...)



Devant une fièvre aigue
récente



- Déterminer rapidement s'il s'agit:
 1. D'une urgence à prendre en charge rapidement en milieu hospitalier
 2. D'un foyer infectieux localisé relevant d'un traitement spécifique (*angine, pneumopathie, pyélonéphrite...*)
 3. D'une virose saisonnière relevant d'un traitement symptomatique

Devant une fièvre aigue
récente
1. l'urgence à hospitaliser



- Les **grandes urgences** à identifier rapidement (confère diapo 11)
 - Syndrome septicémique et le Choc septique
 - Syndrome méningé ou coma fébrile
 - Purpura fulminans
 - Pneumopathie extensive avec détresse respiratoire
- Mais également:
 - Suspicion de paludisme (fièvre au retour de séjour en zone d'endémie)
 - Ictère fébrile (hépatite ou angiocholite)
- Et les situations potentiellement chirurgicales:
 - Cellulite ou dermo hypodermite nécrosante
 - Colique néphrétique fébrile
 - Douleur abdominale fébrile



Devant une fièvre aigue
récente
2. Le foyer infectieux
localisé



Mise en évidence d'un foyer infectieux par l'examen clinique : ORL, dentaire, pulmonaire, sinusien, cutané, abdominal, urinaire, génitale...

- examens morphologiques adaptés voir prélèvements microbiologiques **si nécessaires uniquement** (strepto-test, imagerie pulmonaire, ECBU...) avant mise en route du traitement
- ou traitement probabiliste dans les situations simples (otite, érysipèle, sinusite..)

**Devant une fièvre aigue
récente
3. La 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



Devant une fièvre
persistante



- Fièvre persistante au-delà de 5 jours
- Répéter un examen médical complet
- à la recherche de l'apparition de nouveaux signes de localisation (foyer pulmonaire, lésions cutanées, apparition d'un souffle cardiaque, d'une adénopathie....)
- Réévaluer l'état général, les paramètres hémodynamiques
- 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





Synthèse

Signes de gravité ou terrain à risque

oui

hospitalisation

Absence de point
d'appel

point d'appel
évident

Complément de
bilan

Traitement
étiologique

Traitement antibiotique ciblé ou
probabiliste

non

point d'appel
évident

Absence de point
d'appel

Surveiller et
ré-évaluer

Virose
banale

Traitement
symptomatique

Foyer
bactérien

Traitement
étiologique

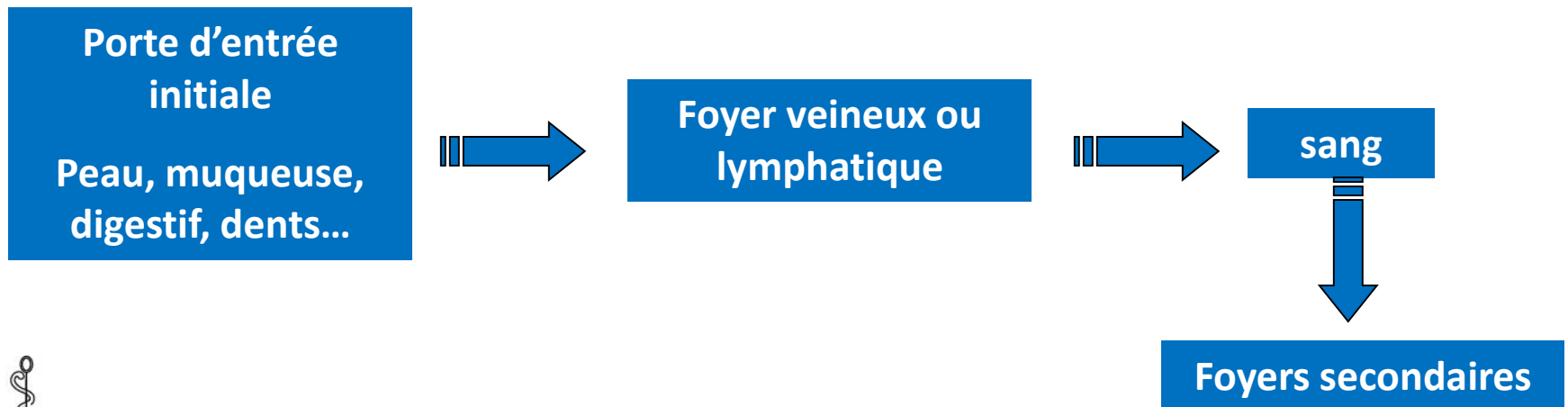
1. Le syndrome septicémique
2. Le syndrome méningé
3. Le syndrome grippal
4. Les infections pulmonaires aiguës
5. Le syndrome angineux
6. Les diarrhées fébriles
7. Les Fièvres éruptives*
8. Les infections cutanées*
9. Les infections urinaires*

* : traitées dans leurs UE respectives

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 corrigeable 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).

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).



- 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 méningococcique:
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

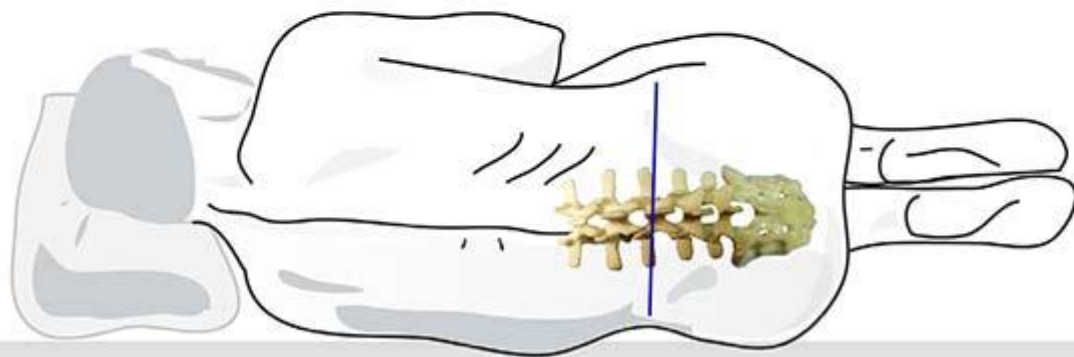
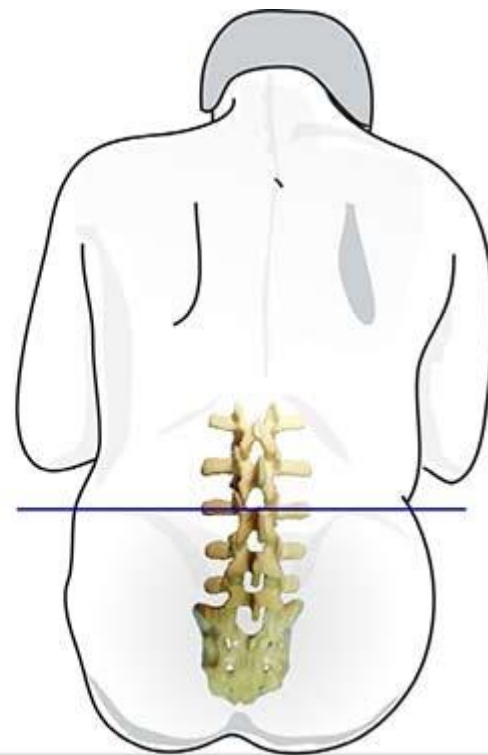


Illustration: Paul J ZETLAOUI

HAS 2019

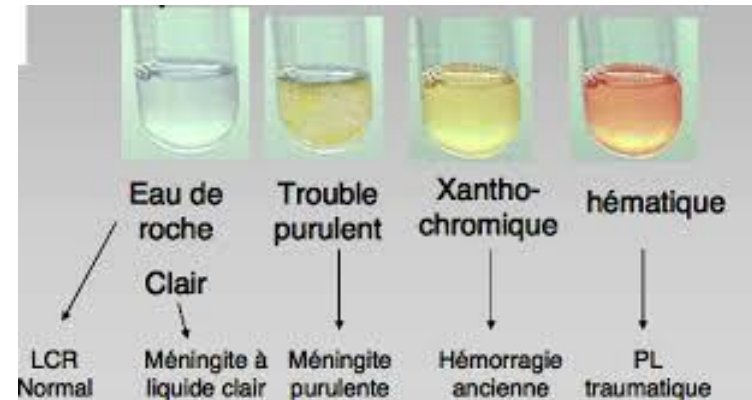


Faculté

de Médecine
Lyon Est

Les données de la Ponction Lombar

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

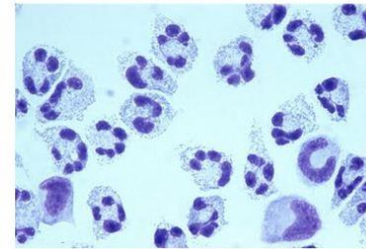


Les données de la Ponction Lombar (2)

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



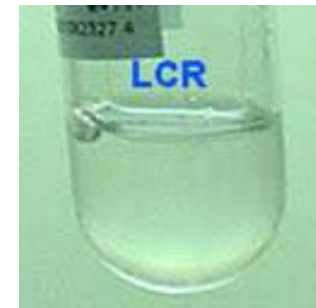
Méningite purulente



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
 - Hyperprotéinorachie
 - Glycorachie variable
 - Germes:
 - listeria monocytogènes,
 - méningite « décapitée » par des antibiotiques,
 - méningites à enterovirus

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



- Infection du parenchyme pulmonaire
- Contracté en milieu extrahospitalier
- Gravité très dépendante du terrain et de l'agent pathogène
- Tableau associant:
 - Signes fonctionnels respiratoires
 - Fièvre
 - Opacités radiographiques pulmonaires

**LES PNEUMOPATHIES
COMMUNAUTAIRES (PAC)**

Signes généraux: fièvre, frissons, fatigue

Signes fonctionnels respiratoires

- Toux
- Expectorations purulentes
- Dyspnée
- Douleur thoracique

Signes extra-respiratoires: troubles digestifs, myalgies, arthralgies, signes neurologiques

Signes de gravité

- Polypnée > 30/min (adulte) ou bradypnée, difficultés à la parole, toux inefficace, tirage sus-claviculaire, balancement thoraco-abdominal
- Hypoxémie: Cyanose, marbrures, troubles de la conscience
- Hypercapnie: Flapping tremor, sueurs, céphalées, hypertension artérielle, troubles de la vigilance, désorientation temporo-spatiale

Examen pulmonaire

- **Syndrome de condensation alvéolaire:** crépitants localisés, diminution du murmure vésiculaire, souffle tubaire, augmentation de la transmission des vibrations vocales
- **Syndrome pleural:** abolition du murmure vésiculaire, matité à la percussion

Critères d'hospitalisations:

confusion,
FR $\geq$ 30/min,
PAS < 90 ou PAD $\leq$ 60 mmHg,
âge physiologique +65 ans

Pneumonie franche lobaire aiguë (PFLA)

La plus fréquente.

Plus fréquente chez le sujet âgé ou immunodéprimé

- Fièvre élevée (39°C) d'installation brutale
- Malaise général
- Douleurs thoraciques (« en coup de poignard ») avec expectorations saumonées ou rouille
- Herpès labial évocateur du pneumocoque

Radiographie thoracique: condensation systématisée

Syndrome inflammatoire biologique marqué (PNN, CRP)



Item N°154

**LES PNEUMOPATHIES
COMMUNAUTAIRES (PAC)****Tableau de pneumonie à bactérie atypique
intracellulaire**

Sujet jeune (3 à 40 ans)

Contexte épidémique

Tableau fruste d'installation progressive

- Fébricule
- Toux sèche persistante (3-4 semaines), sifflements
- Syndrome pseudo-grippal avec myalgies, [conjonctivite](#), diarrhées, éruption cutanée maculopapuleuse

Biologie: possible anémie hémolytique, cytolyse hépatique

Radiographie: Opacités multifocales

*Mycoplasma pneumoniae*
Chlamydia pneumoniae

Tableau de légionellose (pneumonie à *Legionella* spp)

Population à risque: comorbidités, âge avancé, immunodépression, tabagisme

Environnement à risque (aérosol d'eau contaminée, climatisation)

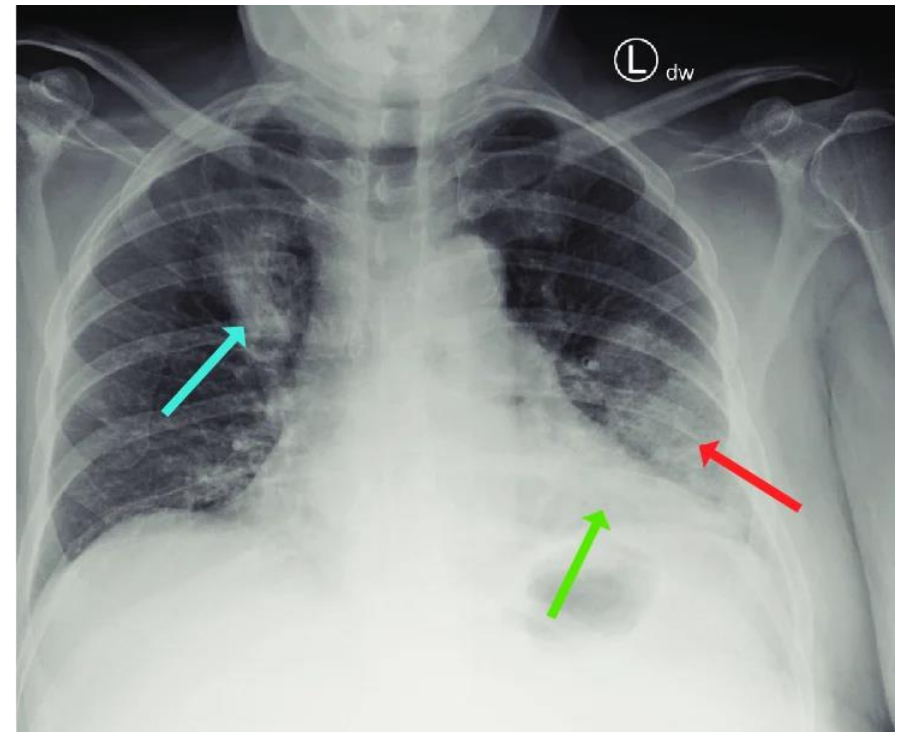
Contamination par voie respiratoire **non inter-humaine**

Tableau rapidement progressif

Fréquence des signes extra-respiratoires digestifs ou neurologique

Condensation radiologique systématisée ou opacités multifocales

Signes biologiques fréquemment associés: hyponatrémie, rhabdomyolyse, cytolyse hépatique

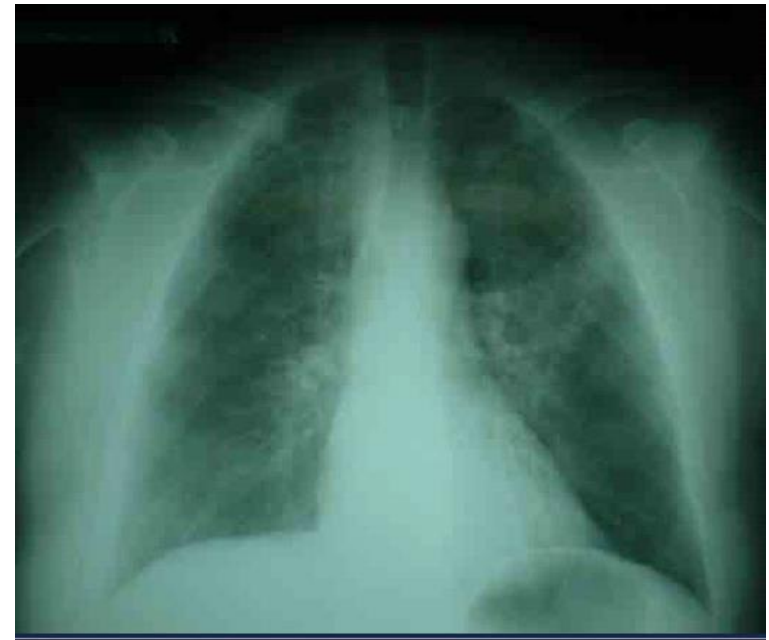


Maladie à déclaration obligatoire

Tableau de pneumonie virale

Contexte épidémique saisonnier,
contamination inter-humaine
Syndrome grippal: fièvre, asthénie, myalgies,
céphalées
Signes ORL: rhinite, conjonctivite
Signes digestifs: douleurs abdominales,
diarrhées
Exanthème, arthromyalgies

La **pneumonie post-grippale** est bactérienne
Ré-aggravation à J5-J7 après le début du
syndrome grippal avec apparition de signes de
PAC



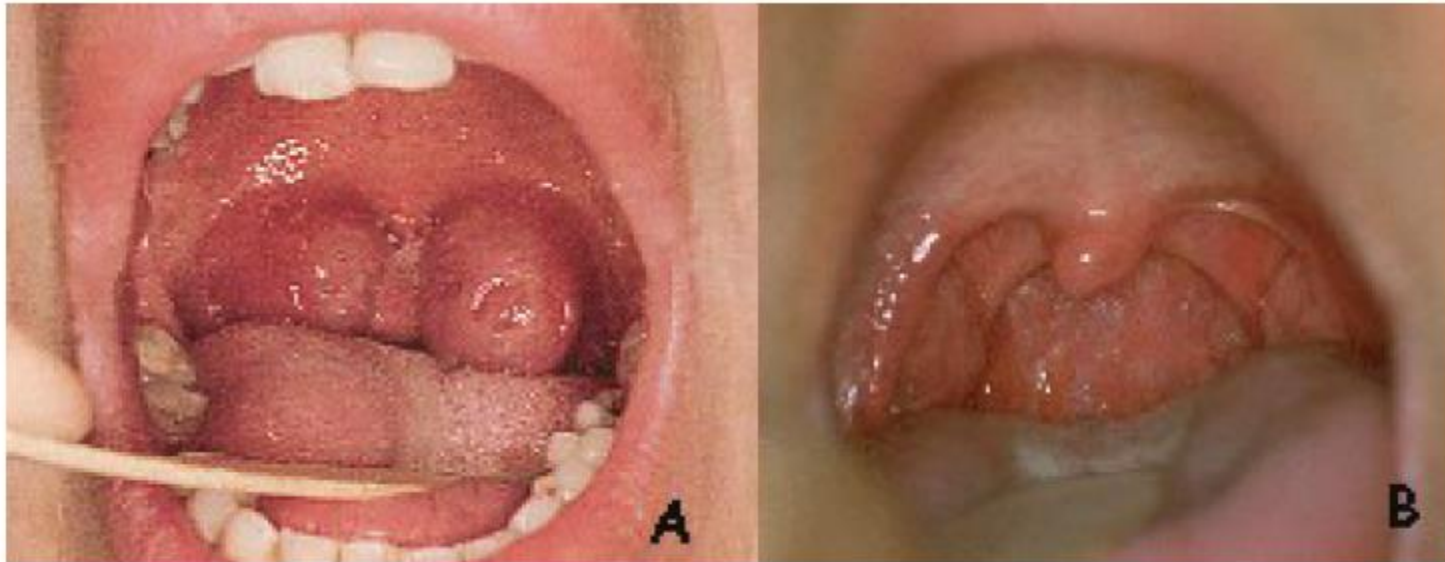
Infiltrat du culmen : pneumonie grippale

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



LE SYNDROME
ANGINEUX

- 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 Lermièr)



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

- 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

- 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)

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**



☒ **Points clés :**

- Démarche devant une fièvre
- Signes de gravité infectieuse
- Orientation syndromique

isabelle.durieu@univ-lyon1.fr

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