

«Docteur, elle a encore de la fièvre !»

Ou comment pousser un pédiatre dans ses derniers retranchements

Véronique Hentgen
CH Versailles



Julia, née le 04/08/2009

- Se présente aux urgences le 16/06 pour fièvre et éruption cutanée
- Vaccinations :
 - Hexavalent à jour
 - Prévenar à jour
 - ROR : non fait
- ATCD
 - 1^{er} enfant du couple
 - Gardée par la maman, pas de contact avec des enfants en bas âge
 - Varicelle en avril 2010, non compliquée

Histoire de la maladie (1)

- La veille de la consultation aux urgences
 - Éruption érythémateuse du torse, dos et visage
 - Catarrhe oculo-nasale
 - Fièvre à 39,5°C
- L'examen : placards érythémateux, papuleux, intervalles de peau saine, disposition en « T » sur le visage
- Pas de Köplick

➔ Rougeole

Histoire de la maladie (2)

- Deuxième consultation aux urgences le 19/06
 - Anorexie
 - Somnolence
 - Persistance de la fièvre > 39°C
- Examen clinique
 - 39,3°C sans frissons
 - - 350 g
 - Éruption érythémateuse et papuleuse diffuse
 - Bonne hémodynamique centrale et périphérique
 - Somnolente, discrètement hypotonique
 - RAS par ailleurs

Examens complémentaires (19/06)



- 17 800 GB (14 280 PNN,) ; 10,6 g Hb ;
267000 plaquettes
- Na : 133, iono normal sinon
- BH normal
- CRP 130 mg/l
- Hémocultures prélevées
- PL :
 - 2 éléments, 1 hématie,
 - Protéïnorachie et glycorachie normales
- Radio Pulmonaire normale



Hospitalisation

- Diagnostic de rougeole
- Décision de surveillance simple :
 - Pas d'antibiothérapie
 - Hémocultures en cas de fièvre > 38,5
 - Bilan de contrôle à H36
- Fièvre bien supportée, semble diminuer et disparaître
- Reprise de l'alimentation
- Disparition de l'éruption cutanée
- CRP à H36 : 85 mg/ml

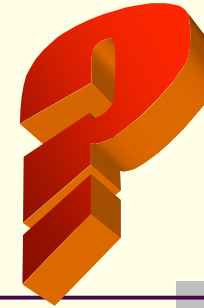
Mais

- Hémoculture de l'entrée (19/06) : positive (H17) à staphylocoque doré multisensible
 - Contrôle hémoculture au prochain pic de fièvre :
 - CRP à 56 mg/ml
 - Même germe retrouvé le 22/06 : temps de pousse 15,6 heures
- **Septicémie à staphylocoque doré**
- Cloxa (200 mg/kg/jour) + genta (6 mg/kg/jour)**

Porte d'entrée et bilan d'extension

- Peau
 - pas de lésion traumatique
 - Disparition de l'éruption
- Cœur :
 - Auscultation cardiaque normale
 - Echographie normale (le 25/06)
- Foyer profond
 - Échographie abdominale normale
 - Scintigraphie osseuse normale
- Rougeole ?
 - PCR nasale et sérologie négative

Nous sommes rassurés



- Septicémie à staphylocoque doré multisénsible sans localisation secondaire. Début d'une antibiothérapie adaptée le 23/06
- 1 à 2 pics fébriles $> 38,5^{\circ}\text{C}$ par jour
- Réascension du sd inflammatoire
 - CRP se stabilise aux alentours de 90 mg/ml
 - Plaquettes $> 1\ 000\ 000/\text{mm}^3$
- Le 29/06 : perte de la dernière voie d'abord ...

Nous sommes inquiets ...

- Point de vue bactériologique (hémoc négatives):
 - Ciflox per os (échec Dalacine : vomissements itératifs)
- Point de vue diagnostique :
 - Foyer profond ? Scanner total body normal
 - Syndrome d'activation macrophagique ? TG, BH, NFS, fibrine non en faveur
 - Hypersensibilité (staph, ATB) ? IgE normales
 - Déficit immunitaire ? Varicelle non compliquée et IgG A M à profil inflammatoire
 - Cause oncologique ? Myélogramme envisagé, catécholamines urinaires négatives



Echographie cardiaque (le 03/07)



- Soit 8 jours après la première échographie
- Pas de végétations
- Coronaires : dilatation des coronaires surtout à gauche (4 mm)

→ **Syndrome de Kawasaki**

Immunoglobulines polyvalentes ; disparition de la fièvre et du syndrome inflammatoire

Syndrome de Kawasaki et staphylocoque doré : la thèse des superantigènes



- Curr Opin Infect Dis 20:298–303 : The role of superantigens of group A Streptococcus and Staphylococcus aureus in Kawasaki disease

« Although no single unifying superantigen has been implicated, accumulating evidence suggests that KD is a response to one or many of a variety of superantigens in genetically susceptible individuals »

Le staphylocoque de la petite Julia



- Envoyé au CNR
 - Souche multisensible
 - Présence d'une entérotoxine B (SEB) (habituellement associé au choc toxique staphylococcique) potentiellement superantigène
 - Présence d'un allèle agr de type 2
 - Présence d'une bêta-hémolysine