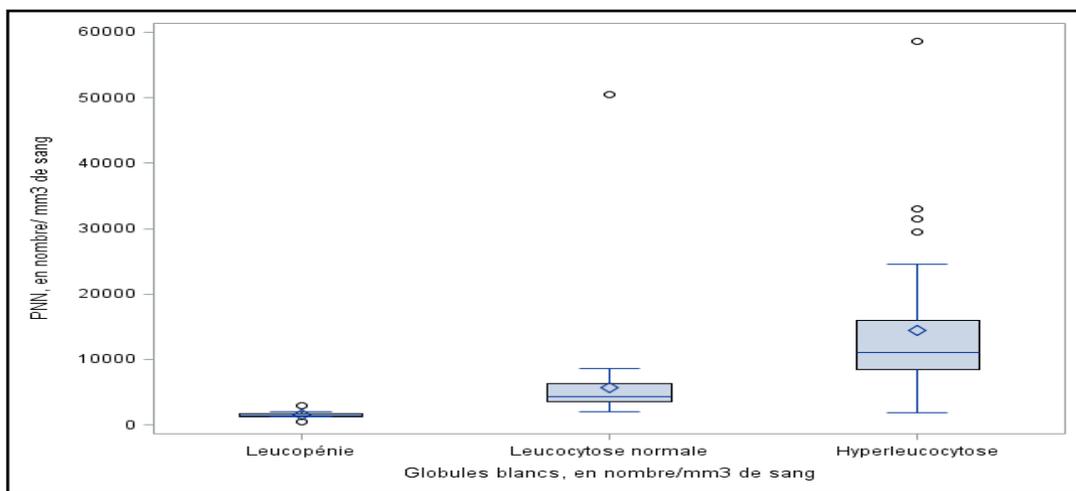
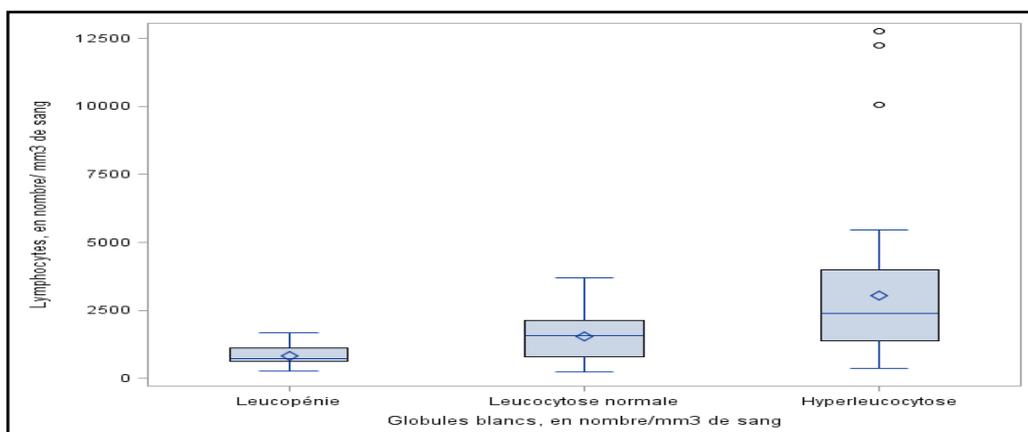


**Tableau XVI** : Description des PNN et lymphocytes en fonction des globules blancs

Variables	Leucopénie (GB < 4000/mm <sup>3</sup> ) N=11	Leucocytose normale 4000 ≤ GB < 10000/mm <sup>3</sup> N=43	Hyperleucocytose GB ≥ 10000/mm <sup>3</sup> N=48
<b>PNN, en nombre/ mm<sup>3</sup> de sang</b>			
Médiane (Q1 ; Q3)	1 456 (1 320 ; 1 782)	4 288 (3 591 ; 6 278)	11 082 (8 389 ; 15 898)
Minimum ; maximum	510 ; 2 958	1 978 ; 50 508	1 834 ; 58 600
<b>Lymphocytes, en nombre/ mm<sup>3</sup> de sang</b>			
Médiane (Q1 ; Q3)	720 (630 ; 1 122)	1 581 (784 ; 2 116)	376 ; 12 775
Minimum ; maximum	272 ; 1 666	244 ; 3 690	



**Figure 31** : PNN en fonction des GB



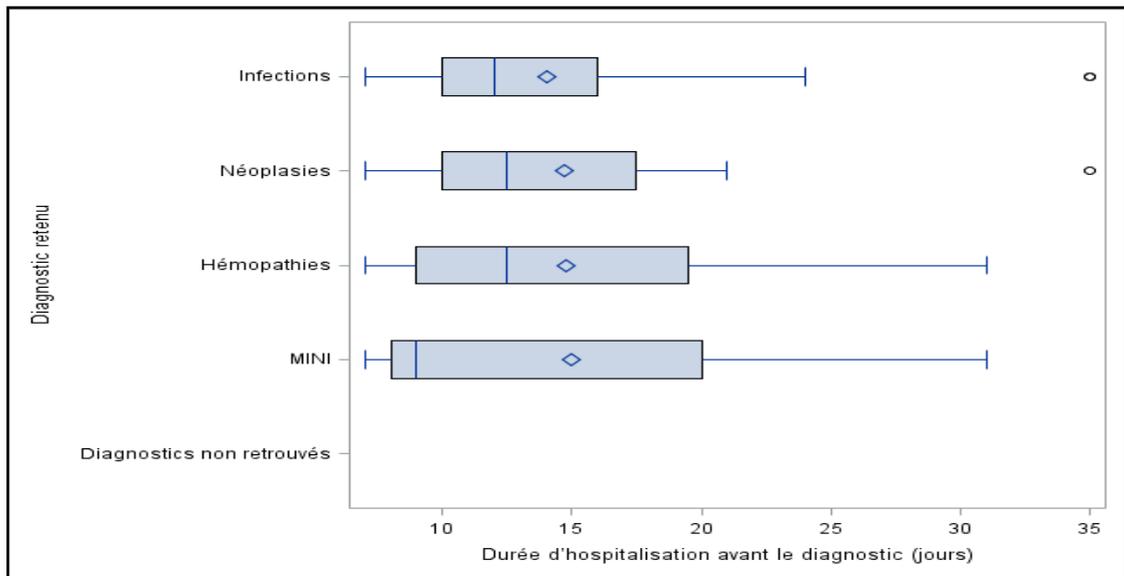
**Figure 32** : lymphocytes en fonction des GB

## II-2- Statistiques analytiques

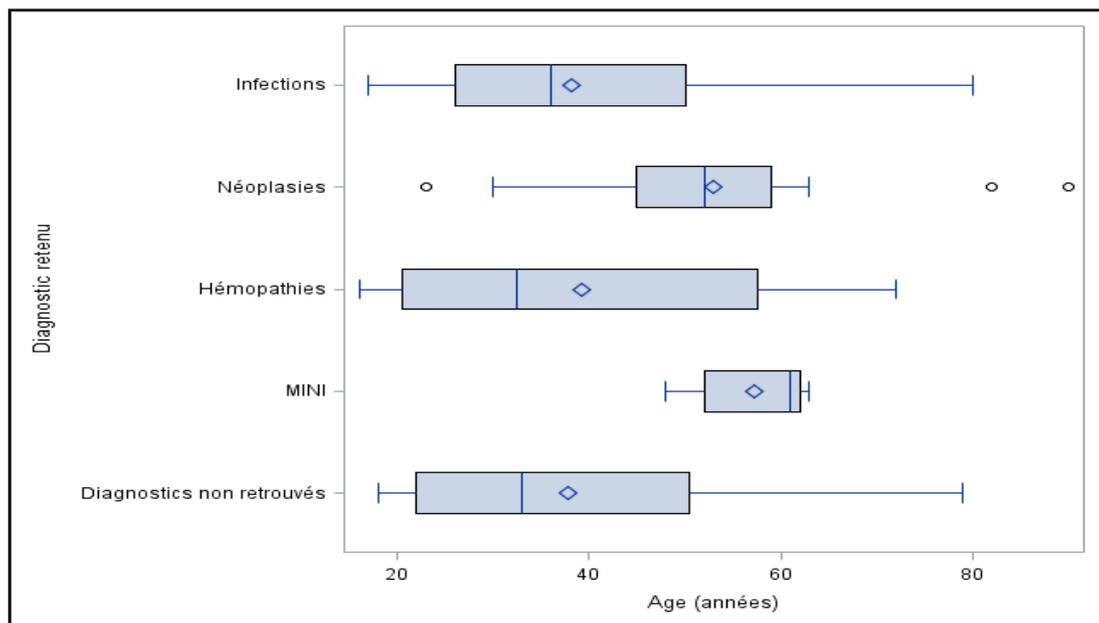
Tableau XVII : Description en fonction du diagnostic retenu

Variables	Diagnostic retenu					
	Infection N=39	Néoplasie N=16	Hémopathie N=28	MINI N=5	Autre N=2	Non retrouvé N=12
<b>Durée d'hospitalisation avant le diagnostic, en jours</b>						
Médiane (Q1 ; Q3)	12 (10 ; 16)	13 (10 ; 18)	13 (9 ; 20)	9 (8 ; 20)	-	-
Min ; max	7 ; 35	7 ; 35	7 ; 31	7 ; 31	10 ; 15	-
<b>Sexe</b>						
Féminin	21/39 (54%)	8/16 (50%)	10/28 (36%)	3/5 (60%)	1/2	5/12 (42%)
Masculin	18/39 (46%)	8/16 (50%)	18/28 (64%)	2/5 (40%)	1/2	7/12 (58%)
<b>Milieu d'habitation</b>						
Rural (versus urbain)	17/39 (44%)	7/16 (44%)	16/28 (57%)	1/5 (20%)	0/2 (0%)	3/12 (25%)
<b>Allure de la courbe thermique</b>						
Hectique	10/39 (26%)	6/16 (37%)	10/28 (36%)	0/5	1/2	4/12 (33%)
Intermittente	5/39 (13%)	7/16 (44%)	6/28 (21%)	3/5	0/2	4/12 (33%)
Ondulante	1/39 (3%)	0/16	1/28 (4%)	0/5	1/2	0/12
Oscillante	5/39 (13%)	0/16	3/28 (11%)	1/5	0/2	3/12 (25%)
Plateau	7/39 (18%)	0/16	0/28	1/5	0/2	0/12
Rémittente	11/39 (28%)	3/16 (19%)	8/28 (29%)	0/5	0/2	1/12 (8%)
<b>Tabac</b>						
Oui	6/39 (15%)	4/16 (25%)	2/28 (7%)	1/5 (20%)	0/2	2/12 (17%)
<b>Alcool</b>						
Oui	0/39 (0%)	2/16 (13%)	0/28	0/5	0/2	1/12 (8%)
<b>Consultation antérieure chez un tradipraticien</b>						
Oui	7/39 (18%)	6/16 (38%)	5/28 (18%)	3/5 (60%)	0/2	3/12 (25%)
<b>Age, en années</b>						
Médiane (Q1 ; Q3)	36 (26 ; 50)	52 (45 ; 59)	33 (21 ; 58)	61 (52 ; 62)	-	33 (22 ; 51)
Min ; max	17 ; 80	23 ; 90	16 ; 72	48 ; 63	23 ; 83	18 ; 79
<b>VS à la 1<sup>ère</sup> heure, en mm</b>						
Médiane (Q1 ; Q3)	75 (35 ; 100)	82 (65 ; 108)	105 (48 ; 133)	98 (40 ; 105)	-	105 (60 ; 122)
Minimum ; maximum	4 ; 145	12 ; 135	22 ; 165	40 ; 108	85 ; 125	10 ; 143

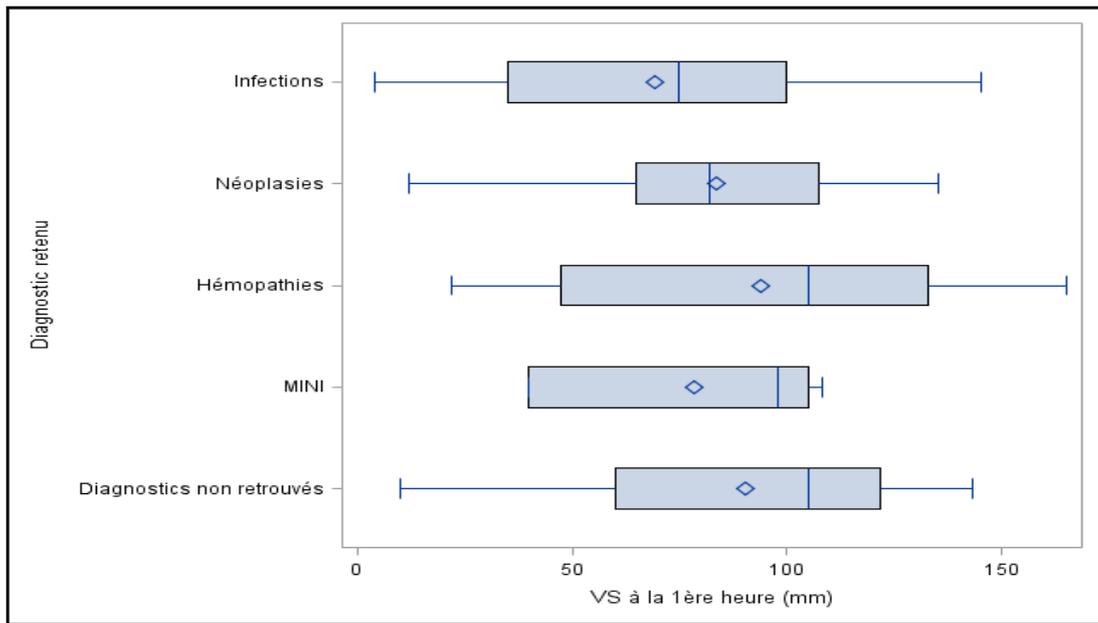
Variables	Diagnostic retenu					
	Infection N=39	Néoplasie N=16	Hémopathie N=28	MINI N=5	Autre N=2	Non retrouvé N=12
<b>CRP, en mg/L</b>						
Médiane (Q1 ; Q3)	96 (96 ; 192)	192 (96 ; 192)	192 (96 ; 194)	96 (96 ; 96)	-	96 (48 ; 144)
Minimum ; maximum	24 ; 384	12 ; 385	6 ; 385	48 ; 536	1 24 ; 384	24 ; 385
<b>CRP augmentée (&gt;12 mg/L)</b>	39/30 (100%)	14/16 (88%)	24/28 (86%)	5/5 (100%)	2/2	12/12 (100%)
<b>PNN, en nombre/mm<sup>3</sup> de sang</b>						
Médiane (Q1 ; Q3)	7 910 (5 100 ; 12 816)	6 892 (4 214 ; 13 068)	4 151 (2 430 ; 10 160)	8 346 (5 432 ; 9 462)	-	4 223 (2 045 ; 12 410)
Minimum ; maximum	2 089 ; 58 600	1 357 ; 50 508	510 ; 31 400	3 591 ; 10 152	1 584 ; 8 161	1 370 ; 20 655
<b>Lymphocytes, en nombre/mm<sup>3</sup> de sang</b>						
Médiane (Q1 ; Q3)	1 853 (1 050 ; 2 599)	1 065 (758 ; 2 291)	1 624 (735 ; 2 664)	2 268 (1 819 ; 2 442)	-	2 048 (1 232 ; 2 600)
Minimum ; maximum	376 ; 5 462	620 ; 4 560	244 ; 12 775	1 462 ; 3 948	720 ; 1 395	657 ; 4 422
<b>Traitements antérieurs à l'hospitalisation <sup>1</sup></b>	17/39 (44%)	8/16 (50%)	13/28 (46%)	5/5	2/2	4/12 (33%)
Antalgiques	7/39 (18%)	3/16 (19%)	4/18 (14%)	3/5	1/2	1/12 (8%)
AINS	1/39 (3%)	0/16 (0%)	1/28 (80%)	4/5	0/2	0/12 (0%)
Antibiotiques	3/39 (8%)	1/16 (6%)	2/28 (7%)	0/5	1/2	1/12 (8%)
Corticothérapie	1/39 (3%)	0/16 (0%)	0/28 (0%)	1/5	0/2	0/12 (0%)
Médicaments traditionnels	7/39 (18%)	6/16 (38%)	5/28 (18%)	3/5	0/2	3/12 (25%)
Autres médicaments	9/39 (23%)	1/16 (6%)	7/28 (25%)	1/5	2/2	0/12 (0%)
<b>Décès du patient</b>	8/39 (21%)	9/16 (56%)	14/28 (50%)	2/0	0/2	7/12 (58%)
<b>IMC &lt; 18.5 kg/m<sup>2</sup></b>	9/26 (35%)	5/9 (56%)	13/22 (59%)	1/5	1/2	5/8 (63%)



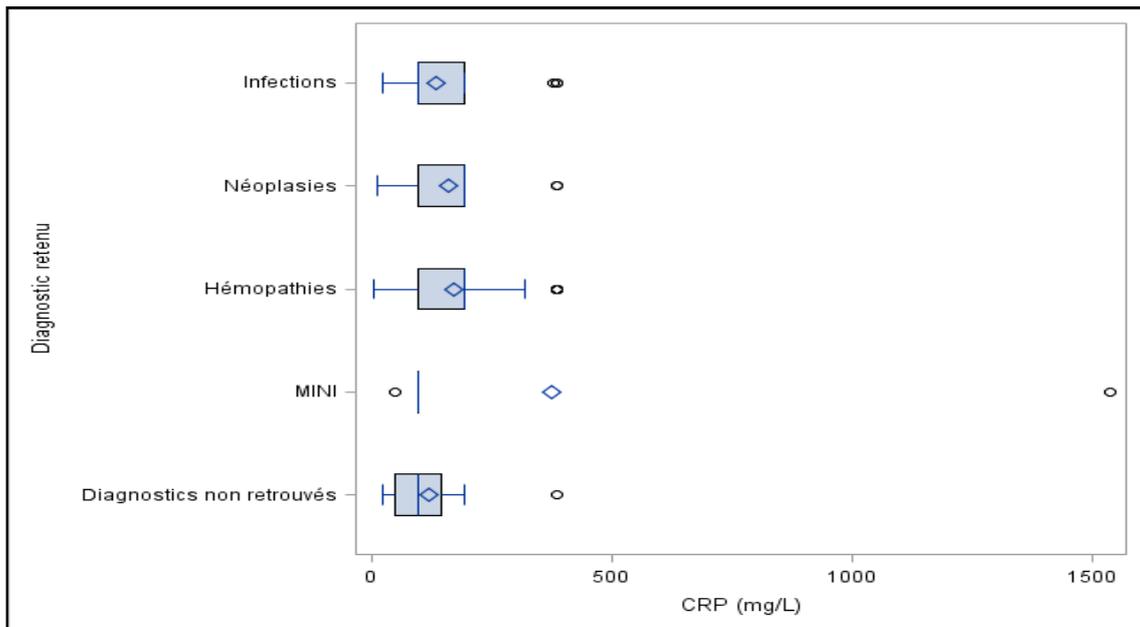
**Figure 33 :** Durée d'hospitalisation avant le diagnostic en fonction du diagnostic retenu



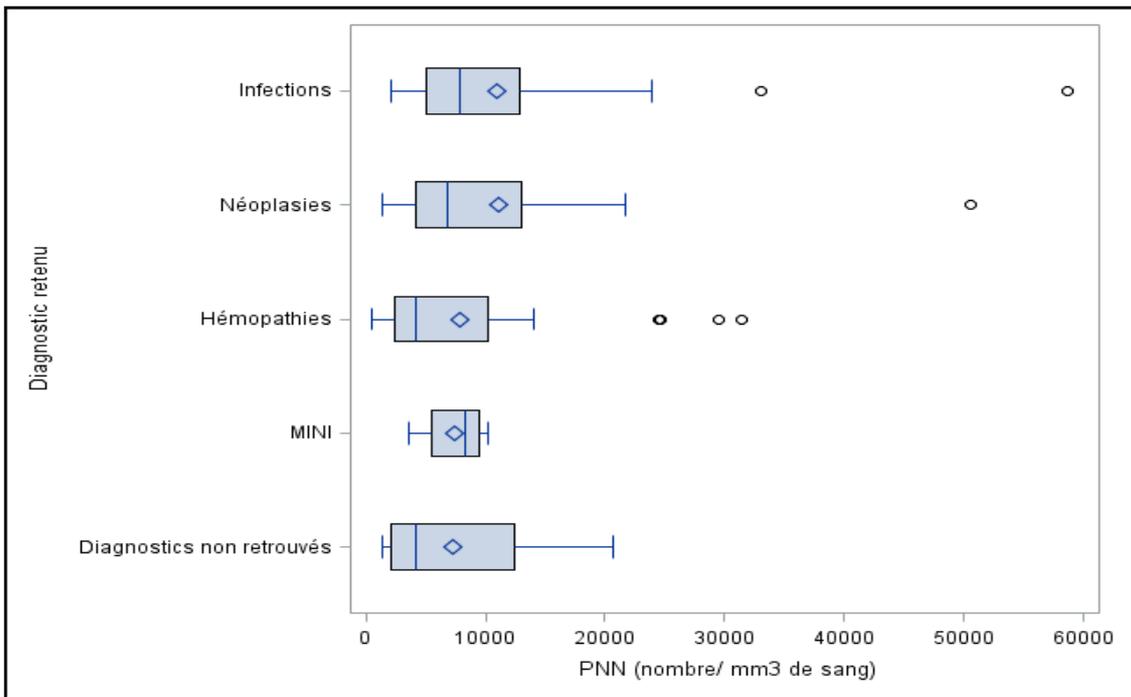
**Figure 34 :** Age du patient en fonction du diagnostic retenu



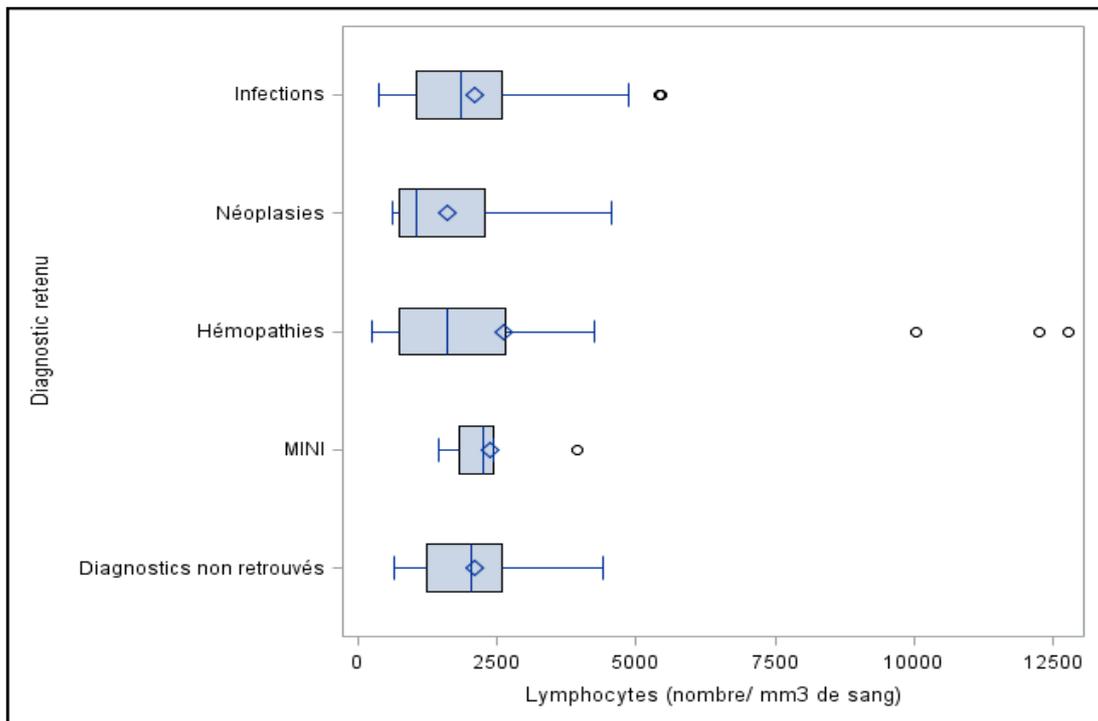
**Figure 35** : VS à la 1<sup>ère</sup> heure en fonction du diagnostic retenu



**Figure 36** : CRP en fonction du diagnostic retenu



**Figure 37** : PNN en fonction du diagnostic retenu



**Figure 38** : lymphocytes en fonction du diagnostic retenu

# **III- DISCUSSION**

## **DISCUSSION**

Les fièvres prolongées posent jusqu'à l'heure actuelle des problèmes d'ordre nosologique étant donné la diversité des définitions qu'elles ont suscitées.

En dépit des différents outils diagnostiques, la fièvre prolongée représente dans la pratique médicale un véritable challenge pour tout médecin.

Plusieurs études réalisées jusqu'à ce jour n'ont toujours pas réussi à établir une stratégie commune dans la démarche diagnostique.

Nous avons mené une étude transversale, descriptive et analytique, au service de Médecine Interne de l'HALD qui a permis de colliger 102 cas de fièvre prolongée sur une période de 13 mois.

### **I - DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES**

#### **I.1 - Selon le genre**

Notre étude, effectuée sur une population de 102 patients, met en évidence une légère prédominance du genre masculin avec 54 hommes pour 48 femmes, soit un sex-ratio F/M de 0,89. Cette prédominance est également retrouvée dans une étude menée en Turquie par Saltoglu avec une nette supériorité masculine à 70%[49].

Par ailleurs, le genre féminin l'emportait dans la plupart des études retrouvées, notamment dans celles de Ergonul [19] et Maamar [37] ont colligé respectivement 51%, 55% de femmes. Notons que dans notre étude, nous n'avons pas observé une nette influence du genre sur le diagnostic retenu.

#### **I.2 - Selon l'âge**

La quasi-totalité des études menées notamment en Turquie [49], en Roumanie [3] et au Maroc [37], s'accorde à reconnaître que l'adulte jeune est le plus touché par les FP.

Notre série a retrouvé un âge médian à 41 ans avec des extrêmes de 16 et 90 ans.

La tranche d'âge 30-39 ans était la plus représentée avec 25,49%. Ces résultats sont superposables à ceux obtenus lors des études sus-citées. Saltoglu [49] a retrouvé un âge médian de 38,5 ans ; Baicus [3] 43 ans et Maamar [37] 41 ans.

Les patients âgés de 52 ans et plus ont été plus affectés par les cancers solides.

A contrario, les infections et les hémopathies ont été plus retrouvés chez des patients jeunes (36 ans et moins).

### **I.3 - Selon le milieu d'habitation**

Dans notre étude, plus de la moitié des patients vivaient dans un milieu urbain (57%). Ceci pourrait être dû à la proximité et l'accessibilité des centres médicaux dans les zones urbaines. Plus de la moitié des patients ayant des hémopathies habitaient dans un milieu rural (57%). Ce qui laisse entrevoir le rôle probable de certains facteurs étiologiques tels que les pesticides dont les populations rurales sont beaucoup plus exposées.

## **II - ANTECEDENTS ET TERRAINS**

Nous avons retrouvé 15% de patients tabagiques et 11% de patients hypertendus. Ces résultats, pourraient ne pas être en relation direct avec l'étiologie des FP. En effet, il pourrait simplement s'agir d'un mode de vie plus répandu en ce qui concerne le tabac et d'une tare en nette augmentation dans nos contrées en ce qui concerne l'HTA. Par ailleurs, nous tenons à signaler le rôle hautement carcinogène du tabac bien connu dans plusieurs types de cancers. Ving cinq pour cent des patients de notre série atteints d'une néoplasie étaient tabagiques.

Dans notre étude, 2% étaient infectés par le VIH.

Des chiffres plus élevés ont été notés par Andronikof [2].

Dans les 2 cas colligés, il s'agissait de patients admis aux stades d'affections opportunistes à type de lymphomes. Contrairement à l'étude menée par Andronikof [2] chez qui l'étiologie de FP la plus retrouvée, chez les personnes vivant avec le VIH, était la tuberculose.

## **III/ CONSULTATIONS ET TRAITEMENTS ANTERIEURS**

Dans les études menées par Saltoglu [49] et Stamadis [57] 100% des patients avaient consulté avant leur admission dans divers centres de santé. Aucune mention n'a été faite quant à la consultation chez des tradipraticiens.

Le traitement de première intention, dans ses 2 groupes, était pour la plupart, des antibiotiques [49][57].

Notons que la moitié de notre population (54%) n'avait pas consulté au préalable. Chez les 46% ayant consulté, la majorité s'était dirigée vers des tradipraticiens. Tous avaient consommé des médicaments traditionnels. Ceci pourrait s'expliquer par l'importance des croyances et des coutumes de nos régions et par la difficulté d'accès des structures hospitalières.

Les AINS et les antalgiques, suivis par les antibiotiques, étaient les traitements de choix des divers prescripteurs avant l'admission dans notre série.

Par ailleurs, notre étude a montré une consommation très importante des AINS par les patients ayant une hémopathie maligne (80%). Ceci peut être dû à la double action antipyrétique et antalgique des AINS pouvant pousser les praticiens à les prescrire devant une poussée fébrile importante et des douleurs souvent au premier plan.

De plus, ces traitements anti inflammatoires peuvent retarder le diagnostic, parfois aggraver le tableau clinique, lorsqu'ils sont mal indiqués notamment dans les processus infectieux. De même, les antibiotiques peuvent abâtardir un tableau infectieux, et rendre difficile l'identification du germe responsable.

#### **IV/ SEJOUR A L'HÔPITAL**

##### **IV.1 Délai d'admission**

Le délai d'admission médian était de 90 jours avec des extrêmes de 10 et 1825 jours. Ceci est comparable aux données retrouvées dans une étude marocaine [37]. Les études turques et roumaines par contre ont constaté des délais moins importants [19][3].

##### **VI.2 Durée d'hospitalisation avant diagnostic**

La médiane était de 12 jours avec des extrêmes de 7 et 35 jours.

En Grèce, la durée d'hospitalisation avant diagnostic était en moyenne de 30 jours autant pour les infections, les néoplasies que pour les MINI. [57] Cette durée représente le double en comparaison avec nos résultats.

Notre service pourrait davantage écourter cette durée si le plateau technique le permettait et les coûts des explorations complémentaires étaient plus accessibles.

##### **VI.3 Durée totale d'hospitalisation**

La médiane de la durée d'hospitalisation était de 23 jours avec des extrêmes de 9 et 68 jours. Ce résultat est superposable à celui de Saltoglu avec une durée moyenne d'hospitalisation à 22,5 jours [49].

#### **VI.4 Evolution**

L'évolution de nos patients s'est faite vers le décès dans 39% des cas avec comme première catégorie incriminée les patients n'ayant pas de diagnostic, directement suivi par ceux ayant un cancer.

Ce taux de décès est élevé comparé aux études faites en Turquie [19] et au Maroc [37] où la mortalité de FP était respectivement de 1% et 8%. Il rend compte de la gravité des affections responsables de la FP dans notre série.

Par ailleurs, au Maroc [37], les infections représentaient la cause majoritaire de décès.

#### **V/ DIAGNOSTIC RETENU**

Les causes de FP dans notre série étaient composées par les infections (38%), les hémopathies malignes (27%) et les néoplasies (16%). Aucune étiologie n'a été identifiée chez 12 patients soit une fréquence de 12%.

Cette répartition se rapproche de celle des autres séries de la littérature en ce qui concerne les infections et les néoplasies [60][49][37]. Néanmoins, les hémopathies malignes sont nettement moins importantes, avec moins de 10% dans chacune des études sus-citées.

##### **V.1 Infections**

Les infections sont encore présentes dans les pays occidentaux. Elles représentent 20 à 25% des causes. Dans les pays en voie de développement, la fréquence de ces infections est plus élevées : 30 à 36% des cas[27].

En Grèce et au Pays Bas, le pourcentage d'infection était respectivement de 30,4% et 21% [57][16]

Dans notre étude, les FP dues au processus infectieux représente 38%, soit première en liste parmi les causes de FP. Des séries marocaine, turque et indienne retrouvent des chiffres plus élevés avec respectivement 59,5%, 58,6% et 43,8% [37][49][51].

Dans notre série, 39 cas d'infections dont 32 d'origine bactérienne, 5 virales et 2 parasitaires étaient répertoriées.