

#001

Objectifs du carnet

Fièvre et immunodépression

Type d'immunodépression, gravité, traitement probabiliste

- 1 Neutropénie, biothérapie, greffe, VIH, corticothérapie et asplénie n'exposent pas aux mêmes germes.
- 2 Sepsis, hypoxémie, confusion ou hypotension imposent prise en charge immédiate.
- 3 Hémocultures et prélèvements ciblés avant antibiotiques si cela ne retarde pas le traitement.
- 4 Réévaluer à 24-48 h: cultures, imagerie, désescalade et adaptation de l'immunosuppression.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant fièvre chez un patient immunodéprimé en contexte EDN et en garde.
- Pour Fièvre chez un Patient Immunodéprimé, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Fièvre chez un Patient Immunodéprimé, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Fièvre chez un Patient Immunodéprimé, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Identifier le type d'immunodépression

- Neutropénie, corticothérapie, biothérapie, transplantation, VIH, asplénie et hémopathie n'exposent pas aux mêmes germes.
- Le délai depuis chimiothérapie, greffe ou introduction de traitement est déterminant.
- Une fièvre peut être peu expressive malgré infection grave.
- Le risque vital impose tri rapide: sepsis, hypoxémie, confusion, hypotension.

#003

Bilan initial

- Constantes, examen complet peau-ORL-poumon-abdomen-cathéters et recherche de foyer.
- NFS, CRP, lactate si gravité, hémocultures et prélèvements ciblés avant antibiotiques si possible.
- Radiographie ou scanner thoracique selon symptômes et type d'immunodépression.
- Ne pas retarder antibiothérapie probabiliste si neutropénie fébrile ou sepsis.

#004

Prise en charge

- Antibiothérapie probabiliste large selon terrain, porte d'entrée, gravité et écologie locale.
- Discuter antiviraux, antifongiques ou antiparasitaires selon contexte.
- Adapter immunosuppression avec spécialiste sans exposer à rebond de maladie.
- Réévaluer à 24-48 h: apyrexie, cultures, imagerie, tolérance et désescalade.

#005

Pièges EDN

- Ne pas conclure à une maladie rare avant d'avoir cherché infection, cancer, iatrogénie et cause fréquente.
- Un bilan auto-immun large non ciblé expose aux faux positifs et aux errances.
- Toujours vérifier médicaments, immunodépression, grossesse, voyages, expositions et matériel implanté.
- La gravité d'organe prime sur l'étiquette diagnostique exacte dans les premières heures.

#006

Mini-cas à savoir résoudre

- Résumer le syndrome en une phrase et nommer les deux diagnostics dangereux à exclure.
- Choisir les examens qui confirment ou changent la conduite rapidement.
- Décider hospitalisation, avis spécialisé, traitement probabiliste ou surveillance rapprochée.
- Prévoir réévaluation clinique, résultats attendus et consignes de retour.

Sources: Référentiel du Collège National des Enseignants de Médecine Interne; Recommandations SNFMI et filières maladies rares selon les thèmes; Supports locaux SSD1/Alex/5- Médecine interne; Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collecte