

Morbi-mortalité des fièvres prolongées chez l'enfant dans quatre hôpitaux de références de Yaoundé

Morbidity and mortality of prolonged fevers in children in four referral hospitals in Yaoundé.

Mekone Nkwele I*, Ngoungue Ngassa S, Kamgaing N.

Département de Pédiatrie, Faculté de Médecine et Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1

*Auteur correspondant : Dr Isabelle Mekone Nkwele, BP 1364 FMSB/UIYI, E-mail : isamekone@yahoo.fr / isabelle.mekone@fmsb-uy1.cm

RESUME

Introduction : La fièvre prolongée chez l'enfant constitue un motif fréquent d'hospitalisation et un défi diagnostique majeur en Afrique subsaharienne où les ressources sont limitées. Au Cameroun, l'hétérogénéité des étiologies et les limites du plateau technique entravent la prise en charge des enfants présentant une fièvre prolongée. L'objectif était de décrire la morbi-mortalité des fièvres prolongées chez l'enfant dans quatre hôpitaux de référence de Yaoundé. **Méthodes** : Il s'agissait d'une étude rétrospective, menée de janvier à juillet 2025 à partir des dossiers de 180 enfants âgés de trois mois à 15 ans, hospitalisés pour fièvre prolongée dans quatre hôpitaux de Yaoundé. Les données sociodémographiques, cliniques et évolutives ont été analysées à l'aide de logiciels appropriés. **Résultats** : L'âge médian était de 2 ans [0,93–7], avec une prédominance des nourrissons (46,1%) et du sexe masculin avec un sex-ratio de 1,25. La fièvre évoluait dans la majorité des cas depuis huit à quatorze jours avant leur admission. Un terrain particulier était retrouvé chez 31,1 % des patients, dominé par la drépanocytose (17,2 %). Seuls 27,2 % avaient un statut vaccinal complet. Le syndrome inflammatoire (97,8 %) et l'anémie (94,4 %) étaient fréquents. Les principales causes des fièvres prolongées étaient le paludisme grave (36,7 %) et une suspicion de sepsis (18,3%). L'évolution était favorable dans 83,9 % des cas, avec une mortalité de 4,4 %. **Conclusion** : Les fièvres prolongées chez l'enfant dans quatre hôpitaux à Yaoundé concernaient surtout les nourrissons et étaient dominées par le paludisme grave. Le pronostic restait favorable, mais la mortalité observée justifie un diagnostic précoce.

Mots clés : Fièvre prolongée, anémie, paludisme grave.

SUMMARY

Introduction: Prolonged fever in children is a common reason for hospitalisation and a major diagnostic challenge in sub-Saharan Africa, where resources are limited. In Cameroon, the heterogeneity of aetiologies and the limitations of technical facilities hinder the management of children with prolonged fever. The objective was to describe the morbidity and mortality of prolonged fever in children in four referral hospitals in Yaoundé. **Methods**: This was a retrospective study conducted from January to July 2025 based on the records of 180 children aged three months to 15 years who were hospitalised for prolonged fever in four hospitals in Yaoundé. Sociodemographic, clinical and evolutionary data were analysed using appropriate software. **Results**: The median age was 2 years [0.93–7], with a predominance of infants (46.1%) and males, with a sex ratio of 1.25. In most cases, the fever had been present for eight to fourteen days prior to admission. A specific condition was found in 31.1% of patients, predominantly sickle cell disease (17.2%). Only 27.2% had completed their vaccination schedule. Inflammatory syndrome (97.8%) and anaemia (94.4%) were common. The main causes of prolonged fever were severe malaria (36.7%) and suspected sepsis (18.3%). The outcome was good in 83.9% of cases, with a mortality rate of 4.4%. **Conclusion**: Prolonged fever in children in four hospitals in Yaoundé mainly affected infants and was dominated by severe malaria. The prognosis remained well, but the observed mortality rate justifies early diagnosis.

Keywords: Prolonged fever, anaemia, severe malaria.

INTRODUCTION

La fièvre, définie comme une élévation de la température corporelle au-delà de 38 °C en

l'absence d'activité physique intense chez un enfant normalement couvert et dans une température ambiante tempérée, constitue un

signe d'alerte fréquent en pédiatrie [1]. Elle suscite une inquiétude importante chez les parents et représente le principal motif de consultation pédiatrique, ainsi que 15 à 20 % des admissions aux urgences dans les pays à ressources élevées, et probablement davantage en zones tropicales [2]. La définition de la fièvre prolongée chez l'enfant a longtemps été calquée sur celle de l'adulte, variant de 7 à 21 jours selon les explorations antérieures. Les recommandations récentes considèrent qu'une fièvre est prolongée lorsqu'elle dépasse cinq jours chez le nourrisson et sept jours chez l'enfant plus âgé [3]. Cette révision souligne les particularités infectieuses et immunitaires de la population pédiatrique et favorise une prise en charge plus précoce. L'incidence de la fièvre prolongée varie selon les contextes. En Europe, elle concerne 10,6 % des hospitalisations pédiatriques [4]. Dans une étude menée au Bénin en 2024 auprès de 308 participants, le paludisme (50%) constituait la principale étiologie sur une population d'étude d'âge médian de 28 ans, avec des extrêmes allant de 1 à 95 ans. [5]. Au Cameroun, dans une étude réalisée à l'Hôpital Général de Yaoundé entre 1991 et 1995 elles représentaient 5,07 % des consultations [6]. Dans une revue de 2011 portant sur 1 638 enfants consultant pour fièvre prolongée, 51 % des cas étaient liés à des infections, 9 % à des maladies du collagène et 6 % à des affections oncologiques [7]. Les infections, cause la plus fréquente, conduisent souvent à un usage empirique d'antibiotiques, retardant la prise en charge des autres grandes étiologies [1,3]. Dans le contexte camerounais, caractérisé par une forte prévalence des maladies infectieuses et des consultations tardives, la fièvre prolongée représente un défi clinique majeur. L'objectif de cette étude était de décrire le profil clinique et évolutif de la fièvre prolongée chez l'enfant dans quatre hôpitaux de Yaoundé, afin d'optimiser la prise en charge.

METHODES

Il s'agissait d'une étude observationnelle rétrospective, menée dans quatre hôpitaux de référence de la ville de Yaoundé : le CHU de Yaoundé, le Centre Mère et Enfant – Fondation Chantal Biya (CME/FCB), l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) et

l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY). Ces structures ont été sélectionnées en raison de leur rôle dans la prise en charge des cas complexes et de la disponibilité des moyens d'exploration. La collecte de données avait couvert une période de sept mois, de janvier à juillet 2025 et avait porté sur les dossiers d'enfants âgés de trois mois à 15 ans, hospitalisés pour fièvre prolongée. Les données étaient recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête prétestée et conservée de manière confidentielle. Les considérations éthiques ont respecté la Déclaration d'Helsinki et les normes locales. Les autorisations administratives de recherche auprès des formations sanitaires (FOSA) sélectionnées, ainsi qu'une clairance éthique du Comité Institutionnel d'Éthique et de la Recherche de la FMSB de l'UYI, ont été obtenues au préalable (N° 0201/UYI/FMSB/VDRC/DAASR/CSD/emr du 16 juin 2025). Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 23.0.

RESULTATS

Un total de 180 enfants a été inclus, l'âge médian était de 2 [0,93-7] ans, avec des extrêmes de quatre mois et 15 ans. La plupart étaient des nourrissons (46,1%) de sexe masculin avec une sex-ratio de 1,25 (Tableau I).

Tableau I : Répartition de la population en fonction des caractéristiques générales

Variables	Effectifs (N=180)	Pourcentages (%)
Tranches d'âge (années)		
< 2	83	46,1
2-5	41	22,8
6-9	28	15,6
10-14	28	15,6
Sexe		
Masculin	100	55,6
Féminin	80	44,4

Des terrains étaient retrouvés chez 31,1 % des patients, dominés par la drépanocytose (17,2 %) (Tableau II).

Tableau II : Répartition de la population en fonction des comorbidités, du statut vaccinal et de l'utilisation MILDA

Variables	Effectifs (N=180)	Pourcentages (%)
Terrain		
Aucune	124	68,9
Drépanocytose	31	17,2
Exposition au VIH	10	5,6
Emaciation	7	3,9
Autres*	11	6,1
Statut vaccinal		
A jour	49	27,2
Incomplet	121	67,2
Zéro dose	4	2,2
Inconnu	6	3,3
Usage de MILDA		
Oui	116	64,4
Non	64	35,6

L'incidence hospitalière de la fièvre prolongée était de 5,47%, la fièvre était de type intermittent (57,2%), évoluant depuis 8 à 14 jours avant admission (51,7%). Le SIRS était retrouvé à l'admission dans 97,8% des cas. Les signes associés étaient l'anémie (43,9%) (Tableau III).

Tableau III : Répartition de la population en fonction des signes ou syndromes associés à la fièvre à l'admission

Signes/syndromes associés	Effectifs (N=180)	Pourcentages (%)
SIRS	176	97,8
Anémie	79	43,9
Syndrome gastro-entéritique	47	26,1
Syndrome de détresse respiratoire	39	21,7
Signes neurologiques	33	18,3
Signes ORL	21	11,7
Syndrome de condensation pulmonaire	18	10,0
Signe rhumatologiques	16	8,9
Signes cutanés	14	7,8
Syndrome tumoral	8	4,4
Syndrome grippal	8	4,4
Signes urinaires	7	3,9
Syndrome tumoral	7	3,9
Signes de dénutrition aiguë	6	3,3
Signes cardiaques	6	3,3
Syndrome méningé	5	2,8
Syndrome épanchement pleural	5	3,3
Autres*	4	2

*Déshydratation (1), ascite (1), HTIC (2)

Le délai diagnostique médian était de 2 [1-4,75] jours, avec des extrêmes de 1 et 30 jours (Figure 1).

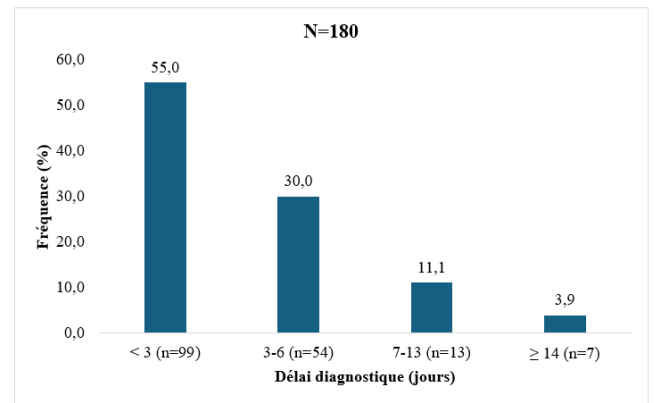
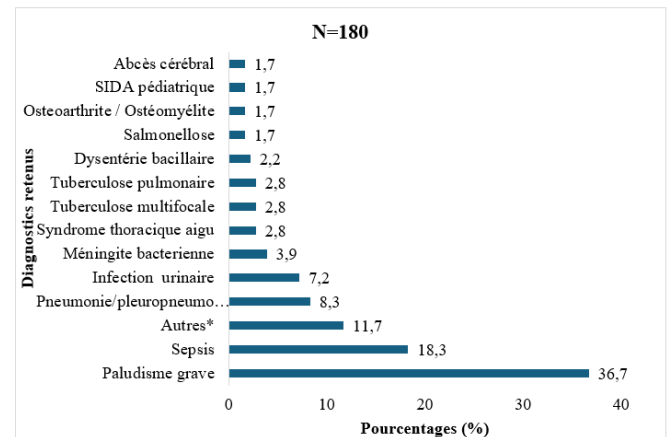


Figure 1 : Le délai diagnostique

Le paludisme grave (36,7%) était la principale étiologie (Figure 2).



*Lymphome, mononuclé infectieuse, rhinopharyngite aiguë, abcès fessier, angine, OMA, infection cutanée bactérienne, pan sinusite, encéphalite auto-immune, méningo-encéphalite, bronchiolite surinfectée, staphylococcie multifocale

Figure 2 : Distribution de la population en fonction des diagnostics retenus

La durée médiane d'hospitalisation était de sept [4-12] jours, avec des extrêmes d'un et soixante jours. La majorité d'entre eux avait un séjour hospitalier inférieur à sept jours (43,3%). L'évolution était favorable dans 83,9% des cas. Les taux de sorties contre avis médical et mortalité étaient respectivement 4,4% et 11,7 %.

DISCUSSION

L'incidence hospitalière de la fièvre prolongée était de 5,47 %, comparable aux 4,6 % rapportés par certains auteurs au Congo-Brazzaville,

mais supérieure aux 0,8 % observés au Burkina Faso [8-9]. Cette variation pourrait s'expliquer par les différences dans la définition de la fièvre prolongée d'un contexte à l'autre. Ces données suggèrent que, bien que relativement peu fréquente, la fièvre prolongée demeure un motif clinique important nécessitant une vigilance particulière de la part des praticiens. L'âge médian était de deux ans avec une prédominance des nourrissons (46,1%). Elle est similaire à celle rapportée par certains auteurs africains [9,10]. Cette tendance confirme que la fièvre prolongée touche préférentiellement les jeunes enfants dont l'immaturation immunitaire et la forte vulnérabilité aux infections sont bien documentées dans la littérature. Le sexe ratio en faveur des garçons, soit 1,25 concorde avec l'étude réalisée en France dans laquelle la légère prédominance masculine observée était probablement liée aux facteurs socioculturels dans le recours aux soins et par ailleurs on note une susceptibilité aux infections plus importante chez le garçon que chez la fille [11]. Près d'un tiers des enfants avait un terrain, dominé par la drépanocytose (17,2%). La principale maladie génétique en Afrique subsaharienne et reconnue comme facteur de risque d'infection sévère et récidivante. Le fait que plus de 70 % des enfants présentaient un statut vaccinal incomplet reflète les lacunes persistantes dans la couverture vaccinale, un facteur pouvant aggraver la durée et la gravité des infections [1,12]. La fièvre était le symptôme cardinal dans 44% des cas. Résultat proche de celui observé dans la littérature chez l'enfant [12]. Elle était d'installation progressive. Le paludisme grave représentait la première cause de fièvre prolongée soit 36,7%. Ce profil étiologique diffère de celui observé dans une étude menée en Chine en 2022, où l'étiologie infectieuse prédominante des fièvres prolongées était d'origine virale. [13]. En effet, les infections parasitaires et bactériennes constituent des causes majeures de fièvre prolongée chez l'enfant dans la région subsaharienne [9]. Par ailleurs, une fièvre prolongée ne doit pas être automatiquement considéré comme bactérien [13]. Des diagnostics microbiologiques plus complets pourraient révéler une étiologie différente. L'évolution était favorable dans 83,9% des cas. La mortalité était de 4,4% proche de

celle rapportée en Afrique de l'ouest par d'autres auteurs soit 3 % et 4,1% [9]. En Tunisie, cette mortalité était plus élevée soit 10% [14]. Cette mortalité est probablement liée au retard de consultation, à la gravité des infections et à la présence des terrains comme la drépanocytose ou la dénutrition.

CONCLUSION

Les fièvres prolongées chez l'enfant, majoritairement d'étiologie infectieuse à Yaoundé, notamment le paludisme représentent un défi diagnostique et thérapeutique soulignant la nécessité d'une démarche diagnostique rigoureuse et systématique afin d'optimiser la prise en charge clinique.

REFERENCES

1. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de la fièvre chez l'enfant [Internet]. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2016 [cité 2025 Sep 5]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2674284/fr/prise-en-charge-de-la-fievre-chez-l-enfant.
2. Piller S, Herzog D. The burden of visits for fever at a paediatric emergency room: a retrospective study on patients presenting at the canton's hospital of Fribourg, a peripheral public hospital of Switzerland. *Pediatr Health Med Ther.* 2019; 10:147-52.
3. Bourillon A. Pédiatrie pour le praticien. 7e éd. Paris: Elsevier Masson; 2020. 446-515.
4. Nijman RG, Tan CD, Hagedoorn NN, Nieboer D, Herberg JA, Balode A, et al. Are children with prolonged fever at a higher risk for serious illness? A prospective observational study. *Arch Dis Child.* 2023;108(8):632-9.
5. Padonou SGR, Adegbite R, Ahouangan OL, Houeto E, Ohouko A, Olofindji J, et al. Epidemiology of Febrile Illnesses in Three Hospitals in Southern Benin. *Cent Afr J Public Health.* 2025 ;11(6):432-437.
6. Tchokoteu PF, Douala-Mouteng V, Moukoudi A. Accès fébriles de l'enfant à l'hôpital général de Yaoundé causes et traitement. *Med Afr Noire.* 1996;43(8-9):460-3.
7. Chow A, Robinson JL. Fever of unknown origin in children: a systematic review. *World J Pediatr.* 2011 ;7(1) :5-10.
8. Moyen G, Okandze-Elanga JP, Nzingoula S. Les fièvres prolongées chez l'enfant : à propos de 168 cas colligés au CHU de Brazzaville. *Med Afr Noire.* 1993 ;40(6):375-6.

9. Savadogo H, Dao L, Ouermi AS, Somé K, Yé D. Fièvre prolongée chez l'enfant au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso). *Rev Afr Sci Soc Sante Publique*. 2025 ;7(1) :121-8.
10. Lohr JA, Hendley JO. Prolonged fever of unknown origin: a record of experiences with 54 childhood patients. *Clin Pediatr (Phila)*. 1977 Sep ;16(9) :768-73.
11. Stagnara J, Vermont J, Dürr F, Ferradji K, Mege L, Duquesne A, et al. L'attitude des parents face à la fièvre de leurs enfants : Une enquête transversale des résidents de l'agglomération lyonnaise (202 cas). *Presse Med*. 2005 ;34(16 Pt 1) :1129-36.
12. Bernin C, Honorat R, Cortey C, Debuissou C, Micheau P, Audouin CP, et al. Fièvre de l'enfant. In : Bréhin C, directeur. *EMC - Pédiatrie/Maladies infectieuses*. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2018 ;13(2) :1-14.
13. Hu B, Chen TM, Liu SP, Hu HL, Guo LY, Chen HY, et al. Fever of unknown origin (FUO) in children: a single-centre experience from Beijing, China. *BMJ Open*. 2022 ;12(3) : e049840.
14. Chouchane S, Chouchane CH, Ben Meriem CH, Seket B, Hammami S, Nouri S, et al. Les fièvres prolongées de l'enfant. Étude rétrospective de 67 cas. *Arch Pediatr*. 2004 ;11(11) :1319-25.