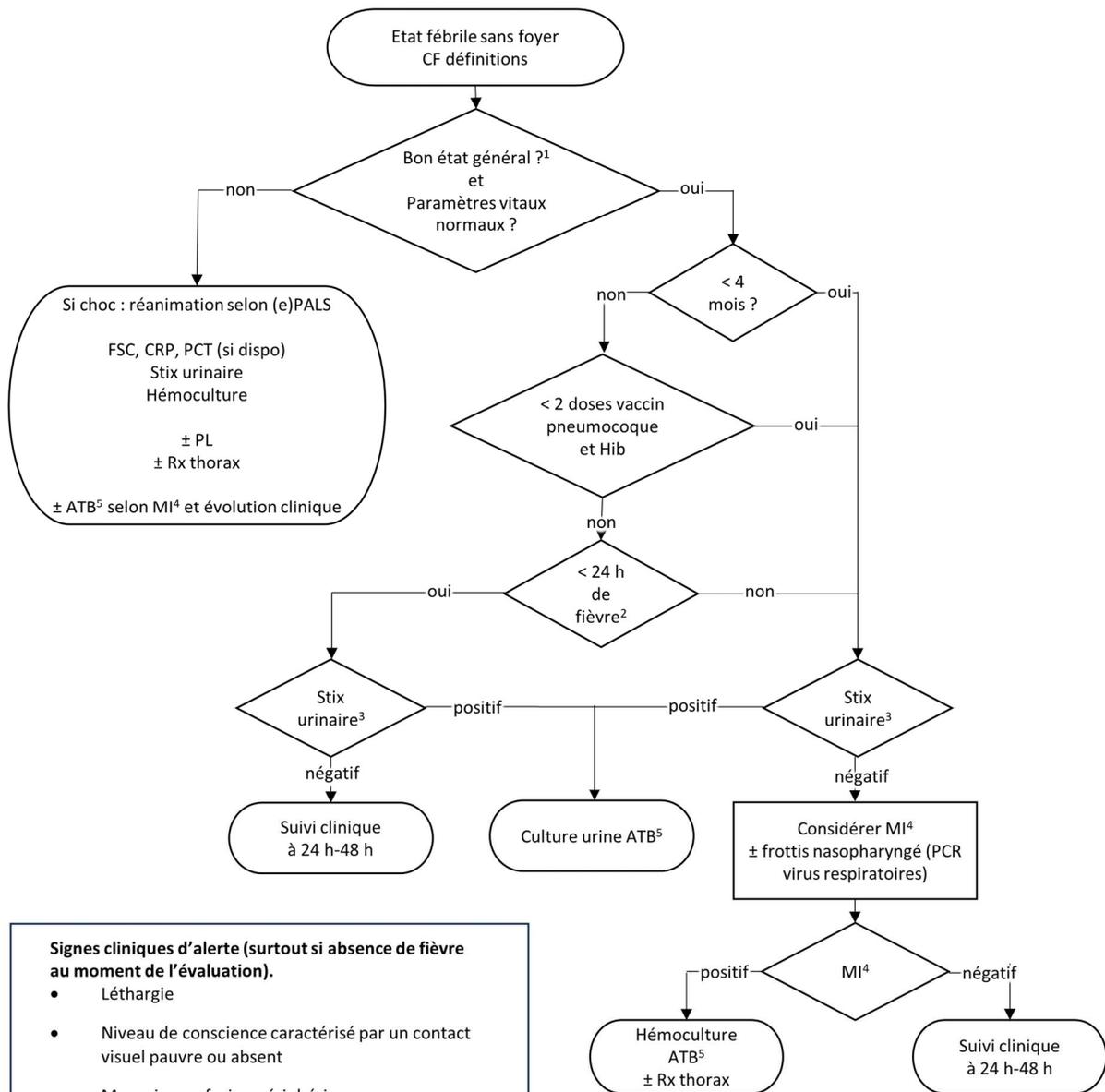


Etat fébrile sans foyer 60 jours-3 ans

Algorithme



- Signes cliniques d'alerte (surtout si absence de fièvre au moment de l'évaluation).**
- Léthargie
 - Niveau de conscience caractérisé par un contact visuel pauvre ou absent
 - Mauvaise perfusion périphérique
 - Marbré
 - Cyanose
 - Hypotonie
 - Fontanelle bombée
 - Tachycardie sans fièvre (DD : myocardite)
 - Tachypnée

Abréviations

AMX : amoxicilline ; **ATB** : antibiotique ; **CAKUT** : anomalie congénitale des reins et des voies urinaires ; **CRP** : c reactive protéine ; **DD** : diagnostic différentiel ; **FSC** : formule sanguine complète ; **Hib** : Haemophilus influenzae B ; **Mi** : marqueurs inflammatoires ; **PCT** : procalcitonine ; **PL** : ponction lombaire ; **Rx** : radiographie ; **y.c** : y compris

Description

Approximativement 20% des consultations aux urgences sont dues à un état fébrile (A). Dans la plupart des cas, la fièvre est due à une maladie virale auto-limitée. Dans l'ère post-vaccin conjugué, < 1% des enfants auront une infection bactérienne qui bénéficiera de traitement antibiotique précoce (B). Ainsi, la principale préoccupation chez un patient présentant un état fébrile sans foyer est de savoir si une bactériémie occulte est présente. Peu de prédicteurs peuvent nous guider, mais il semble que le jeune âge et la fièvre élevée soient des facteurs de risque (C).

Définitions/remarques

Fièvre :

Température $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$, peu importe la localisation et le type de mesure, y.c. si fièvre uniquement anamnestique.

Etat fébrile sans foyer :

Fièvre durant plus de 12 h chez un enfant sans foyer clinique décelable après un interrogatoire et un examen somatique complet.

Sont exclus de cet algorithme :

- Fièvre au retour de voyage
- Patients déjà sous antibiothérapie ou ayant eu des antibiotiques dans les 48 h
- Antécédents d'infection urinaire ou CAKUT (anomalie congénitale des reins et des voies urinaires)
- Co-morbidités à risque pour infection bactérienne invasive
- Asplénie/hyposplénisme
- Déficits immunitaires
- Traitement immunosuppresseurs
- Vaccination dans les 48 h (au cas par cas)

Conduite à tenir

1. Evaluation de l'état général :

Si l'enfant n'est pas en bon état général **SANS** signe de choc, on peut envisager de réévaluer l'enfant lorsque sa fièvre a diminué avant d'effectuer des examens complémentaires.

2. Etat fébrile précoce :

Si fièvre < 24 h sans foyer, possibilité de ne pas faire de bilan avec contrôle clinique à 24 h si :

- Bon état général¹
- 2 doses vaccins (pneumocoque et Hib)
- Absence de barrières socio-culturelles

3. Urines :

- Si stix négatif, pas de culture
- Si stix positif : culture si prélèvement stérile (clean-catch, sondage, ponction sus-pubienne).
- JAMAIS de culture sur sachet
- Cf. : se référer au protocole infection urinaire

4. Marqueurs inflammatoires (MI) :

Si PCT disponible : lab-score (positif si ≥ 3)

| Lab-score | 0 point | 1 point | 2 points | 4 points |
|---------------|---------|---------|------------|------------|
| PCT (ng/ml) | < 0.5 | | ≥ 0.5 | ≥ 4.0 |
| CRP (mg/l) | < 40 | 40-99 | | ≥ 100 |
| Stix urinaire | Négatif | Positif | | |

En l'absence de PCT :

- Si CRP 40-99 mg/l: considérer hémoculture et ATB selon contexte clinique.
- Si CRP ≥ 100 mg/l= lab-score incomplet mais ≥ 3 points → hémoculture et ATB

Si Leuco > 20 G/L et fièvre $\geq 39.0^{\circ}\text{C}$, considérer Rx thorax (pneumonie occulte), sans hémoculture d'emblée.

Considérer marqueurs inflammatoires si jeune âge et/ou fièvre élevée.

Si doute, avis cadre.

5. Antibiothérapie (ATB) :

Ceftriaxone IV : 50 mg/kg/j (max. 2 g/j)

Si méningite : Ceftriaxone IV 100 mg/kg/j (max. 4 g/j)

Infection urinaire:

- Per os: Co-amoxicilline 80 mg/kg/j d'AMX en 2 doses (max. 1750 mg/j)
- IV : Ceftriaxone 50 mg/kg/j si mauvais état général ou prise orale impossible (max 2 g/j)

Références/liens

- Shapiro, D. J., & Fine, A. M. (2021). Patient Ethnicity and Pediatric Visits to the Emergency Department for Fever. *Pediatr Emerg Care, 37*(11), 555-559. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001945>
- Greenhow, T. L., Hung, Y. Y., et al. (2017). Bacteremia in Children 3 to 36 Months Old After Introduction of Conjugated Pneumococcal Vaccines. *Pediatrics, 139*(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2098>
- Green, R. S., Sartori, L. F., et al. (2024). Predictors of Invasive Bacterial Infection in Febrile Infants Aged 2 to 6 Months in the Emergency Department. *J Pediatr, 270*, 114017. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2024.114017>
- Finkel, L., Ospina-Jimenez, C., et al. (2021). Fever Without Source in Unvaccinated Children Aged 3 to 24 Months: What Workup Is Recommended? *Pediatr Emerg Care, 37*(12), e882-e885. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002249>
- Trippella, G., Galli, L., et al. (2018). Inflammatory biomarkers to guide diagnostic and therapeutic decisions in children presenting with fever without apparent source. *J Chemother, 30*(5), 255-265. <https://doi.org/10.1080/1120009X.2018.1451430>
- Hamilton, J. L., Evans, S. G., et al. (2020). Management of Fever in Infants and Young Children. *Am Fam Physician, 101*(12), 721-729. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32538597>
- Rutman, M. S., Bachur, R., et al. (2009). Radiographic pneumonia in young, highly febrile children with leukocytosis before and after universal conjugate pneumococcal vaccination. *Pediatr Emerg Care, 25*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e318191dab2>

Mots-clés

Etat fébrile sans foyer, fièvre

| Domaine | Auteurs | Date de validation | Date de révision |
|------------------|---|--------------------|------------------|
| Ped-Ro*/Urgences | Blandine Aubert Michael Buyck Kevin Comte-Staudacher Mascha Rochat | 30.12.2024 | 30.12.2026 |

* Ped-Ro , les recommandations du réseau romand de pédiatrie : Centre Hospitalier du Valais Romand - Sion, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Lausanne, Ensemble Hospitalier de la Côte - Morges, Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois - Yverdon, Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique - Nyon, Hôpital cantonal - Fribourg, Hôpital de la Tour - Meyrin, Hôpital du Jura - Delémont, Hôpital Intercantonal de la Broye - Payerne, Hôpital Riviera-Chablais - Rennaz, Hôpitaux Universitaires de Genève, Réseau Hospitalier Neuchâtelois