Hôpitaux Universitaires de Genève
Département de l'Enfant et de l'Adolescent
Edition 2010 - Dre F. Gumy-Pause

FIEVRE EN ONCOLOGIE PEDIATRIQUE

(neutropénie fébrile, fièvre et greffe)

Température ≥ 38°C pendant 30 min. ou ≥ 38,5°C

et neutrophiles < 0.5 G/L

et/ou patient 6 mois post greffe

et/ou patient avec une GVHD active

Hospitalisation et antibiothérapie en URGENCE

Bilan clinique

Paramètre vitaux
STATUS minutieux, (peau, muqueuses, sites de ponction / voies veineuses)

Facteurs de risque

1. Pathologie de base
   - LLA pendant l'induction ou en rechute
   - LMA
   - lymphome stade III et IV
   - maladie infiltrant la moelle osseuse
   - greffe < 3 mois et/ou GVHD active

2. Clinique
   - mauvais état général
   - frisson, température > 40°C
   - signes de sepsis : hypotension, tachycardie, mauvais état général, temps de recoloration ↑
   - signe focaux, en particulier digestifs ou respiratoires

Bilan biologique / radiologique

FSC, CRP, PCT
Hémoculture (chaque lumière)
Frottis dirigés
Stix et culture urinaire
Selles (Adéno-Rotavirus, culture, Clostridium) Rx thorax, CT

Pas de facteur de risque
Pas de foyer

CEFTAZIDIME iv.
150 mg/kg/jour
en 3 doses
(max. 2g/dose)

Foyer
+/- facteur de riques

Traitement iv. ciblé sur le foyer (p.ex. Zona; inf. urinaire)

Facteur de risque
(au moins 1) +/- foyer

MEROPENEM iv.
80-100 mg/kg/jour en 3 doses (max. 2g/dose)

+ TEICOPLANINE iv.
250 mg/m ^{2}/dose ou
10 mg/kg/dose
(max. 400 mg/dose) toutes les 12h pour 3 doses puis 1x/jour

Traitement de support :
- transfusion de sang ou de plaquettes (déleucocyté, CMV nég., irradié)
- facteur de croissance : G-CSF selon les protocoles et à discuter avec hématologue
- alimentation culte (régime "agranulocytose")
- isolement protecteur

Hôpitaux Universitaires de Genève
Département de l'Enfant et de l'Adolescent
Edition 2010 - Dre F. Gumy-Pause

FIEVRE EN ONCOLOGIE PEDIATRIQUE

(neutropénie fébrile, fièvre et greffe)

REEVALUATION EN COURS DE TRAITEMENT

La persistance d'un état fébrile impose un suivi clinique minutieux, incluant un examen clinique soigneux et détaillé au moins 1x/jour ainsi que de répéter et approfondir le bilan biologique et radiologique (FSC, CRP, PCT, hémocultures, PL, LBA, US, Rx, CT ...)

Pas de facteur de risque.
Pas de foyer
Cultures négatives
Patient afébrile depuis > 24h

Arrêt d'antibiothérapie (à 48-72h)
Surveillance pendant 24h sans AB
retour à domicile
(a)

Foyer et/ou germe identifié
Bonne évlution clinique (b)

Poursuite antibiothérapie avec AB ciblée
Durée adaptée à la situation clinique
(c)

Persistance d'état fébrile > 48h

Si pas de couverture pour les germes gram +, ajouter la TEICOPLANINE

Persistance d'état fébrile > 3 jours depuis l'admission

Bilan fongique et couverture antifongique :
VORICONAZOLE :
7mg/kg/dose 2x/jour
(max. 400 mg/dose)
(puis selon dosage)

(a) L'arrêt des B est à discuter au cas par cas. Dans des situations à risque, on attend en général les signes de récupération hématologique avant d'arrêter les AB.

(b) Eb cas d'hémoculture positive il est d'usage de répéter les hémocultures pour s'assurer du bon contrôle d'infection. Certaines infections de la voie centrale (Staph. aureus, Candida, Bacillus spp et/ou infection du tunnel du cathéter) nécessitent l'ablation de la voie centrale

(c) La durée d'une AB-thérapie lors d'une infection documentée varie en fonction du type de foyer et/ ou du germe identifié. Elle est à discuter avec l'hématologue et les spécialistes des maladies infectieuses