



## FIEVRE SANS FOYER ENFANT DE 0 A 36 MOIS

**Une fièvre sans foyer se définit comme une température rectale supérieure ou égale à 38°C sans foyer infectieux décelable après une anamnèse et un examen clinique minutieux.**

Le risque de bactériémie chez les enfants de cette classe d'âge avec une température supérieure ou égale à 38°C est en moyenne de 5-10% (CI 95%, 2.6-6.5) et de 17.3% (CI 95%, 8.0-30) si leur apparence est toxique. (Score de Mc Carthy >9 LR+5,4; LR-0,14)

Néanmoins, la clinique seule n'est pas assez sensible pour différencier une infection virale d'une infection bactérienne sérieuse (IBS) et des examens complémentaires (FSC, CRP ou PCT, urine) sont nécessaires pour une meilleure évaluation du risque d'IBS :

En effet, le risque de bactériémie est de 13% (95% CI, 9.0-17.8) chez les enfants qui présentent des examens pathologiques et de 2,6% (95% CI, 1.1-4.5) pour ceux dont les examens sont définis comme « risque faible » (cf tableau).

En conséquence, la prise en charge de ces enfants tiendra compte :

1. de leur âge (0-1 mois, 1-3 mois, 3 mois à 1 an)
2. de leur apparence clinique (toxique vs. non toxique, score de Mc Carthy)
3. des examens de laboratoire (FSC, CRP ou PCT, urines, ± selles)

Parmi les examens de laboratoire, la CRP semble être le marqueur le plus sensible pour autant que l'état fébrile dure depuis au minimum 12h. La PCT, également très sensible, s'élève plus précocement.

### Risque d'IBS en fonction des valeurs de CRP, PCT et des leucocytes\* :

CRP :	< 40 mg/L = 10%, LR+: 0,26	40-100mg/L = 45%, LR+: 2,0	> 100mg/L = 86%, LR+ 14,5
PCT:	< 0.5 µg/L = 3%, LR+: 0,1	0.5-2 µg/L = 54%, LR+2,8	> 2 µg/L = 68%, LR+ 5,2
Leucocytes:	< 15 G/L = 21% LR+:0,65	15-20G/L = 40%, LR+1,6	> 20 G/L = 49%, LR+ 2,4

(ici probabilité pré-test 29% un peu plus haute qu'habituellement..., Pédiatrics, 2003, 112, 2054-60)

Si la durée de la fièvre est <12h au premier contrôle et persiste, reconstrôler la CRP dans les 12 à 24 h.

**Cave :** les schémas décisionnels annexés pourront vous aider dans la démarche diagnostique et thérapeutique. Toutefois, ils ne sont que des « guidelines » et chaque cas devra être évalué individuellement.

**Cave :** Si enfant complètement vacciné (incluant le vaccin anti-pneumococcique) et que l'on décide de lui administrer un tt ATB, la voie per os peut être proposée. (diminution du risque de bactériémie à pneumocoque)