

	
Unité d'onco-hématologie pédiatrique	
Prise en charge d'une aplasie (neutropénie) fébrile chez l'enfant en greffe de CSH	
Codification du document : IT 3.3.2.5	Rédacteur : V. Gandemer, S. Taque
Date d'application : 18/08/2008	Approbateur(s) : T. LAMY V. GANDEMER
N° de version du document : 1	Gestionnaire : N. LE HELLO
Destinataires du document : Médecins de l'unité d'onco-hématologie pédiatrique	
Modifications depuis la version précédente : NA	

I – BUT ET OBJET

Cette procédure a pour but de décrire la prise en charge des patients de pédiatrie en aplasie fébrile, dans le cadre d'une greffe hématopoïétique.

II – EXIGENCES A APPLIQUER

Manuel jacie V3

Guide de l'antibiothérapie du CLIN

III – RESPONSABILITE

Secteur : hémato-oncologie pédiatrique

Domaine : prise en charge des patients présentant une aplasie fébrile. Il s'adresse au personnel médical et paramédical de l'unité d'hémato-oncologie pédiatrique.

IV – DEFINITIONS

Aplasie = polynucléaires neutrophiles $< 500/\text{mm}^3$.

L'antibiothérapie sera débutée au plus tard 2 heures après le début de la fièvre.

($T > 38^{\circ}\text{C}$ 1 fois ou $T \geq 38^{\circ}\text{C}$ 2 fois sur une période de 8 heures ou $T < 36^{\circ}\text{C}$).

V -- ACTIONS ET METHODES

V.1 Réaliser

- Un examen clinique,
- Un bilan sanguin : Hémocultures, NFS-pl, TP/TCA/cofacteurs, Fibrinogène, CRP

- Compléter la carte bactérienne :

Une carte bactérienne est réalisée à chaque entrée dans le service d'hématologie pédiatrique et à fortiori lorsqu'un conditionnement de greffe est débuté.

Cette carte bactérienne comprend :

- ✓ des hémocultures sur milieux aérobie, anaérobie, *mycosis* de Becton Dickinson,
- ✓ un ECBU (l'antibiothérapie doit être débutée au maximum 2 heures après le début de la fièvre même en l'absence d'un recueil d'urines stériles).
- ✓ un prélèvement de gorge (bactério+parasito), qui se fera le matin à jeûn,
- ✓ des coprocultures (bactério+parasito+ virologie).
- ✓ **La PL n'est pas systématique** : la faire en cas de signes cliniques de méningite ou systématiquement si infection à streptocoque, même en l'absence de symptomatologie méningée.

NB : Prendre connaissance de la carte bactérienne antérieure pour adapter l'antibiothérapie à cette carte bactérienne.

V.2 En cas de carte bactérienne non contributive (n'orientant pas vers un germe particulier) :

→ Débuter l'antibiothérapie de **1^{ère} ligne** par :

FORTUM® (Ceftazidime) : 50 mg/kg/8 h IVL de 15 min (Max 6 g/J)

et

AMIKLIN® (Amikacine) : 7,5 mg/kg/12 h IVL de 60 min (5 jours maximum).

→ L'Antibiothérapie de **2^{ème} ligne** est initiée si la fièvre persiste après 48 h et en l'absence d'infection documentée :

Ajouter VANCOMYCINE® : 40 mg/kg IVC ou 10mg/kg/6h IVL 60 min.

(ou TARGOCID®: 10 mg/kg/12 h pour les 3 premières injections puis 10mg/kg/J).

(ou SYNERCID®: 7,5 mg/kg/8 h IVL 1 h (sur KTC) pour les CG+ résistants à la VANCOMYCINE).

→ L'Antibiothérapie de **3^{ème} ligne** s'applique si la fièvre persiste après 72 h à 96 h :

Ajouter AMBISOME® 3 mg/kg/jour en IVL/1 heure (5 mg/kg/jour si atteinte cérébrale)

Et remplacer FORTUM® par TIENAM® (Imipenem) 50mg/kg/J en 3 fois, IVL 30 min.

+/-FLAGYL® 30 à 40 mg/kg/J en 3 fois IVL sur 1 h (max 1,5 g/J) en cas de symptômes digestifs marqués

si pneumopathie interstitielle : voir instruction de travail « pneumopathie interstitielle »

- Bactrim® IV : 60 mg/kg de Cotrimoxazole x 2 /jour
- associé à une antibiothérapie large spectre agissant sur les germes intra-cellulaires :
quinolones en général chez le patient > 15 ans
ou macrolides <15 ans –Erythromycine IV 30 à 40 mg/kg/j IVL 1 h en 4 injections.

V.3 Si la carte bactérienne est positive :

1. Si signes cliniques cutanés suspects :

Si présence d'un Streptocoque dans le prélèvement de gorge,

Si suspicion d'une infection à Staphylocoque ou Streptocoque.

→ Débuter la **VANCOMYCINE®** d'emblée en 1^{ère} ligne

2. Si BMR résistant au FORTUM® dans les coprocultures,

Si BSE ou *Acinetobacter* dans les coprocultures.

→ Mettre **TIENAM®** d'emblée en 1^{ère} ligne (à la place du **FORTUM®**).

V.2 Mise en place de la surveillance biologique :

Une feuille de prescription de surveillance biologique (hématologique, biochimique, bactériologique, virologique, parasitologique) est mise en route dès le début du conditionnement et adaptée de façon quotidienne en fonction de la clinique (voir feuille de bilans dans documents).

VI – Documents et Renvois

GBP - Guide de l'antibiothérapie

IT 3.3.2.3 : prise en charge d'une pneumopathie interstitielle

Instruction de travail : Prise en charge antifongique

