



# **GESTION DE L'APLASIE FÉBRILE PAR LES SOIGNANTS**

*Lundi 4 avril 2022*  
*1<sup>ère</sup> Journée d'Oncologie Pédiatrique*  
*BFC*

# Aplasia fébrile : Définition

- Il s'agit d'une complication grave de la chimiothérapie
- **L'aplasie fébrile est toujours une URGENCE** (risque de choc septique).

## Définition :

- Fièvre :
  - 1 x température supérieure à 38,5°C (ou <36°C/frissons)
  - 2 x température supérieure à 38°C à 1h d'intervalle
- Aplasia :
  - PNN<500/mm<sup>3</sup>

**URGENCE THERAPEUTIQUE ABSOLUE**

# Facteurs de risque de gravité

- Âge : < 1 an ou > 12 ans
- Pathologie sous-jacente : Leucémies (LAM > LAL) > tumeurs solides
- HypoTA, septicémie et/ou bactériémie, pneumopathie, infection fongique
- Risque vital lié à :
  - Survenue précoce d'un choc septique
  - Localisation pulmonaire diffuse

# Choc septique : Définition

Le choc septique est un syndrome d'**insuffisance circulatoire aiguë** qui regroupe l'ensemble des manifestations liées à une **inadéquation brutale** entre les besoins cellulaires et les apports en oxygène, secondaire à une invasion de l'organisme par des agents infectieux (la plupart du temps bactériens, mais également viraux ou fongiques).

**Le pronostic vital peut être rapidement engagé d'où l'urgence thérapeutique.**

# Objectifs pour les soignants

- Anticipation de la prise en charge si enfant non hospitalisé.
- Prioriser la prise en charge de l'enfant en aplasie fébrile
- Assurer des soins de qualité pour prévenir et dépister les complications de l'aplasie fébrile.
- Informer et éduquer l'enfant et sa famille.
- Tracer avec précision la prise en charge.

# Prise en charge par les soignants

Deux cas de figures

- Enfant à domicile
- Enfant déjà hospitalisé

# Enfant à domicile

- Appel des parents pour signaler que leur enfant présente une hyperthermie :
  - Recueillir l'anamnèse :
    - fièvre, symptômes associés : diarrhées ? mucite ? vomissement ? pâleur ? essoufflement ? conscience...
  - Transmettre aux médecins pour valider la venue de l'enfant.
  - Accueil de l'enfant directement en HOP, **pas de passage par les urgences** :

**Prise en charge hospitalière en urgence**

# Enfant à domicile

- En attendant l'arrivée de l'enfant :
  - Préparer l'entrée avec une chambre, vérifier la présence de scope et des consommables adaptés à la taille de l'enfant, manomètre d'air et d'oxygène, lunettes à oxygène, système d'aspiration monté, matériel pour recueil des urines.
  - Préparer une potence avec ligne purgée avec une hydratation, préparer le matériel pour ouvrir la voie d'abord selon ce que l'enfant porte (CIP ou KT Broviac).
  - Préparer les prélèvements sanguins (VVC et périphique), les prélèvements urinaires et fécaux.
  - Sortir le dossier administratif de l'enfant, préparer autorisation de soins à faire signer par les parents.

# Enfant à domicile

Une fois l'enfant arrivé :

- Installation en chambre, peser/mesurer l'enfant si son état le permet.
  
- Scoper l'enfant et prise des constantes.
  
- Evaluation clinique de l'enfant et recherche de signes de gravité associés :
  - Hyperthermie, frissons
  - Tachycardie (>180 chez <1 an, >160 chez >1 an)
  - Hypotension (tension conservée dans un premier temps, signe tardif de choc septique si diminution)
  - Pâleur, marbrures, froideur extrémités, teint gris
  - Dyspnée, désaturation
  - Vomissements/diarrhées...
  - Troubles de la conscience

Une fois l'enfant arrivé :

- Faire l'entrée administrative pour permettre la prise en charge.
- Ouvrir la voie d'abord centrale
- Prélèvement du bilan infectieux avec hémocultures centrales et périphériques (réalisation avec MEOPA possible), essayer de recueillir ECBU + bandelette urinaire avant début antibiothérapie.
- **Démarrage des antibiotiques au plus vite après prescription médicale**, possibilité d'administrer un antipyrétique si mauvaise tolérance, et non prise à la maison après réalisation des prélèvements sanguins.
- Réévaluation fréquente des constantes et des signes de gravités.
- Poursuivre la prise en charge et la surveillance selon l'évolution et les prescriptions médicales.
- Tracer les prélèvements réalisés, les constantes, réaliser la cible d'entrée

# Enfant hospitalisé

- Lorsque l'enfant est déjà hospitalisé, il est plus simple de savoir lorsqu'il entre en période d'aplasie, et la surveillance est plus étroite.
- Si hyperthermie :
  - bilan infectieux après avis des médecins.
- Les surveillances et la prises en charge sont les mêmes que lorsque l'enfant est à son domicile.
- L'aplasie fébrile reste une urgence absolue.
- Si l'enfant a déjà sa voie d'abord ouverte, gain de temps. Sinon procéder comme pour une entrée.

# PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

## URGENCE THERAPEUTIQUE ABSOLUE :

- Débuter les antibiotiques à large spectre le plus précocement possible (dans les 6 heures suivant le début de la fièvre)  
Dans notre service (HOP Besancon) :
  - **Piperraciline / Tazobactam** :
    - 100 mg/kg/prise (4000 mg, max par prise) 3x/jour
  - **Amikacine** :
    - 15 mg/kg/j en 1 prise sur 2 jours (sur 30min)
  - **Vancomycine** (soit continu soit discontinu) :
    - Dose de charge : 10 – 15 mg/kg en 1h
    - Dose journalière fonction de l'âge :
      - < 2 ans : 55 mg/kg/j
      - >2 ans et < 6 ans : 50 mg/kg/j
      - >6 ans et < 12 ans : 45 mg/kg/j
      - > 12 ans : 40 mg/kg/j en IVC

# PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

## Si mauvaise tolérance de la fièvre

### - Sur prescription médicale :

- Paracétamol (15mg/kg toutes les 6h en IVL sur 20 min)
- Remplissage au sérum physiologique (20ml/kg sur 20 min, max 500ml) (PEC intolérance hémodynamique)

### - Sur rôle propre :

- Découvrir l'enfant
- Refroidir la chambre à l'aide du Coolplasmair (si possible)
- Glacer les tubulures
- Poche de glace au niveau du pli de l'aîne de l'enfant/ gant froid sur le front
- Faire boire l'enfant si possible

# PRISE EN CHARGE DES PARENTS

- Informer les parents des soins qui seront prodigués à leur enfant et les rassurer
- Proposer aux parents d'être présents ou non.
- Donner un rôle aux parents: rassurer l'enfant, le distraire, aider à comprendre les besoins de l'enfant, à interpréter ses réactions...

# Prévention/ Education thérapeutique

Dès la découverte de la maladie, rôle propre IDE d'éducation thérapeutique sur la prévention du risque infectieux :

- Alimentation
- Hygiène corporelle de l'enfant
- Entretien du domicile/linge
- Animaux domestiques/ visites/ sorties...
- Utilisation cathéter, pansement 1x/sem
- Signes d'aplasie

Lien Hôpital/Ville avec les IDE à domicile pour la réfection et le suivi/surveillance du pansement de la voie d'abord.

Possibilité d'appeler dans le service 24h/24 7j/7 pour les parents.

# PENSE BETE

- Penser à faire mettre le patch d'Emla aux enfants porteurs de CIP lorsqu'ils sont à domicile.
- Questionner l'enfant sur une possible douleur au point de ponction du KT broviac (infection), rechercher sur la traçabilité des anciens pansements la présence de signes inflammatoires.
- Prélever au moins 3 trains d'hémocultures différents selon pics fébriles.

Merci de votre attention