

Fièvre (hors neutropénie fébrile)

-

Prise en charge dans les 24 premières
heures d'un patient atteint de cancer

Version validée 12/12/2014

Coordination

Nadine MEYER (Médecin Généraliste, Lyon), Vincent GAUTIER (Urgentiste, Pringy)

Membres du groupe de travail

Vincent GAUTIER (Urgentiste, Pringy), Sandrine GOUTIER (Infectiologue, Grenoble), Hélène LABROSSE-CANAT (Chef de Projet, Lyon), Nadine MEYER (Médecin Généraliste, Lyon), Olivier MOCQ (Oncologue, Plateau d'Assy).

Relecteurs

Stéphanie BERNARD (Cadre de santé, Lyon), Dominique CHIRPAZ-CERBAT Anesthésiste, Pringy), Pascale CONY-MAKHOUL (Hématologue, Pringy), Gary DAVID (Infectiologue, Villefranche Sur Saône), Chantal DECROISSETTE (Pneumologue, Pringy), Emmanuelle DOUKHAN (IDE, Roanne), Hervé FAVORITTI (Médecin Généraliste, Caluire et Cuire), Jérôme FAYETTE (Oncologue, Lyon), Nathalie FERRAND (IDE Coordination, Grenoble), Cécile FOURNEL-FEDERICO (Oncologue, Lyon), Laurence LARIGAUDERIE (IDE, Orléans), Mikael MARTINEZ (Urgentiste, Montbrison), François PARPAIX (Médecin Généraliste, Publier), Jocelyne PROVENCAL (Oncologue, Chambéry), Pierre-Jean SOUQUET (Pneumologue, Pierre Bénite), Sabine WALTER (Oncologue, Draguignan).

Contributeurs (participants aux ateliers des J2R du 11 décembre 2014)

Laurence AZAIS (IDE, Toulouse); Joy BACRIE (médecin généraliste, Toulouse); Valérie BELLIER (IDE, Saint Marcellin); Denis BERTOLI (médecin, Champagne sur Sein); David BILLARD (médecin généraliste, Le Chesnay); Patricia BOULOT (médecin généraliste, Trévoux); Audrey ECHE GASS (médecin généraliste, Toulouse); Marie-Line GACHENC (IDE, Blagnac); Elisabeth HAUSSMANN (IDE, Toulon); David KHELIF (oncologue, St Pierre); Virgine LAFAGNE (IDE, Toulouse); Magdeleine LEROUX (IDE, Basse-Terre); Ingrid MABIALA MONEKENE (médecin, Montfermeil); Stéphanie MARQUEZ (IDE, Tarbes); Henri NAHAPETIAN (oncologue, Lyon); Céline PORTRAIT (IDE, Angers); Noélie TRESCARTE (IDE, Blagnac).

Sommaire du référentiel

Justification

Les patients atteints de cancer sont particulièrement fragiles du fait de leur maladie cancéreuse et des traitements qui leur sont délivrés.

Sous la thématique « Urgences chez le patient atteint de cancer » sont regroupées des situations cliniques présentant un risque vital ou des séquelles si des mesures thérapeutiques ne sont pas mises en œuvre rapidement.

Ce référentiel s'adresse aux médecins généralistes et aux équipes médicales des services d'urgence.

Les directives anticipées des patients doivent être prises en compte lors de la prise en charge du patient.

Diagnostic positif de fièvre.....	4
Prise en charge de la fièvre hors neutropénie fébrile.....	5
Annexes	
Annexe 1 : Bilan fièvre 1 ^{ère} intention patient non immunodéprimé.....	7
Annexe 2 : fièvre d'origine allergique et fièvre paranéoplasique.....	8

Diagnostic positif de fièvre

Confirmer la fièvre par :

- $T^{\circ} \geq 38,5^{\circ}\text{C}$ pendant au moins 1 heure
- $T^{\circ} \geq 38^{\circ}\text{C}$ pendant au moins 1 heure
ET au moins un pic $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$

Selon ESMO

$T < 36^{\circ}\text{C}$: hypothermie considérée comme signe de gravité infectieux

- 👉 Pas de prise de température rectale: risque d'ulcération rectale, risque infectieux
- 👉 Se méfier des températures normales en cas de prise d'AINS, antipyrétiques, corticoïdes

Fièvre

Fièvre confirmée chez un patient atteint de cancer

Date dernière chimiothérapie?

Neutropénie < 0.5 G/l ?

Oui

Cf référentiel Urgences: aplasie fébrile

Non

Présence de signes de gravité ? *

Oui

Non

Préconisations

Prise en charge hospitalière

- Prélèvements microbiologiques
- Antibiothérapie probabiliste
- Recherche d'une étiologie
- Examen clinique et paraclinique

Si choc septique, sepsis sévère :

- domicile: appel 15
- SAU : mutation en réanimation (sauf Limitation et Arrêt de(s) Thérapeutique(s) Active(s) LATA)

Préconisations

- Examen clinique
- Recherche d'une étiologie
- Examen paraclinique: faire un bilan de 1^{ère} intention de fièvre aigue patient cf **Annexe 1, page 7**

Point d'appel ?

Oui

Non

Préconisation

- Traitement du point d'appel

Préconisations

- Penser à une prise en charge en ambulatoire
- Pas d'antibiothérapie systématique en urgence
- Surveillance du syndrome fébrile
- Avis spécialisé auprès de l'oncologue ou hématologue selon l'évolution

***Critères de gravité nécessitant une hospitalisation**

- Purpura
- Sepsis, choc septique
- Signes neurologiques (PL)
- Mauvaise tolérance hémodynamique
- Défaillance d'organes
- Comorbidités multiples
- ATCD d'infections fongiques et/ou virales graves chez les patients avec hémopathie
- Âge avancé et/ou mauvais état général
- Facteurs sociaux défavorables

Fièvre d'origine allergique et fièvre paranéoplasique **annexe 2, page 8**

ANNEXES

Annexe 1

Fièvre

Bilan fièvre 1^{ère} intention patient**1- Recherche d'un point d'appel infectieux**

- Interrogatoire et signes fonctionnels
 - Examen pulmonaire
 - BU et fosses lombaires
 - Cathéters
- Téguments et tissus mous
 - Abdomen et périnée
- Souffle cardiaque récent
 - Syndrome méningé

2- Rechercher une cause non infectieuse (1/3 cas)

- Maladie thromboembolique veineuse : Examen membres inférieurs, recherche de signe d'embolie pulmonaire
 - Radiothérapie en cours
 - Traitements antérieurs (penser aux ATB)
- Chimiothérapie récente (avis hémato ou oncologue)
 - Autres : Cf fièvre prolongée inexplicée

3 -Pas d'élément d'orientation = examens systématiques

- NFP, CRP
 - Ionogramme, fonction rénale
 - Bilan hépatique
 - Bilan de coagulation
- Hémoculture : 1 série d'hémoculture à réaliser de façon contemporaine sur VVC et sur VVP et à répéter à 30 minutes d'intervalle
 - ECBU
- Radiographie thoracique de face

4-Signes d'orientation selon clinique :

- Endocardite: ETT
- Infection sur cathéter : Cf référentiel Abords veineux
- Pneumopathie : Antigénurie legionella et pneumocoque selon gravité
 - Infection urinaire : Echographie abdominopelvienne
- Diarrhée : Coproculture + recherche toxine *Clostridium Difficile*
 - Prélèvement d'un abcès, d'un écoulement
- Signes de maladie thromboembolique veineuse : Doppler veineux, Angioscanner thoracique
 - Signes neurologiques: ponction lombaire

Annexe 2

Fièvre

Allergie au décours d'une chimiothérapie

Face à une fièvre survenant au décours d'une chimiothérapie anticancéreuse, l'étiologie immuno-allergologique ne doit être évoquée qu'après avoir écarté une cause infectieuse.

Les réactions d'hypersensibilité au décours d'une chimiothérapie sont rares. Elles sont le plus souvent de type immédiat et plus rarement retardé. Les réactions d'hypersensibilité retardée peuvent se manifester par de la fièvre, seule ou associée à d'autres symptômes (cutanés, respiratoires, digestifs, rénaux, hématologiques).

L'enquête allergologique repose sur :

- l'interrogatoire et l'histoire clinique (surtout l'historique précis des médicaments).
- les tests cutanés (peu d'intérêt pour les réactions retardées).
- l'étude de la littérature.

Devant une fièvre au décours d'une chimiothérapie, on peut distinguer 2 cas de figure :

- une fièvre isolée cliniquement devant faire rechercher une anémie hémolytique.
- une fièvre associée à d'autres symptômes, notamment une éruption cutanée, devant faire réaliser une biopsie cutanée en plus d'un bilan biologique, ou d'autres examens orientés selon la symptomatologie.

Il est conseillé de réaliser un bilan biologique complémentaire à la recherche d'une anémie hémolytique, d'une thrombopénie, d'une dysfonction rénale, hépatique, d'une anomalie du complément ou d'autres examens selon la clinique.

La fièvre d'origine allergique

- Rare au décours de chimiothérapie (gemcitabine, taxanes, Ac monoclonaux, inhibiteurs de résorption osseuse...)
- Fièvre seule ou associée à d'autres symptômes,
- Le plus souvent de type immédiate, plus rarement retardée
- Origine allergique retenue après élimination origine infectieuse.
- Importance : l'interrogatoire et l'histoire clinique

Quand évoquer une fièvre paranéoplasique ?**Critères cliniques :**

- Fièvre $\geq 38.5^{\circ}$ c persistante depuis 15 jours
- Pas de point d'appel clinique
- Pas de réponse à l'ATB probabiliste de 7 jours

Critères biologiques :

- Procalcitonine ≤ 2 ng/ml (⚠ faux positifs/faux négatifs en fonction des métastases)
- Enquête infectieuse négative

Absence de cause identifiée