



RECOMMANDATIONS DE BASE:

Fièvre – Nouveau-nés et nourrissons

Les nouveau-nés (âge ≤ 28 jours) et les nourrissons (âge 29-60 jours) fébriles représentent une portion importante des visites à l'urgence. Le jeune bébé est plus à risque d'**infections bactériennes sévères** dans l'urine, le sang, ou le système nerveux central. Jusqu'à 10-13 % des bébés fébriles ont une infection bactérienne sévère (dont > 90 % sont des infections urinaires), le restant ayant pour la plupart des maladies virales spontanément résolutive.¹ Cependant, l'examen clinique n'est pas toujours fiable dans la détermination du foyer ou de la sévérité de l'infection. La difficulté est de différencier le bébé avec/sans infection bactérienne grave, tout en essayant de minimiser les risques associés aux tests et/ou aux traitements chez le bébé fébrile sans infection grave. De plus, le jeune bébé fébrile est à risque d'un mauvais pronostic si l'infection n'est pas diagnostiquée et traitée à temps.² Pour des outils et plus de détails sur la prise en charge, voir les PedsPac TREKK sur [le choc septique](#) et [le nouveau-né en état critique](#).

COMMENT DÉFINIR LA FIÈVRE?

- » La plupart des professionnels en pédiatrie définissent la fièvre comme étant une température de 38.0°C ou plus.
- » La température rectale est la mesure la plus fiable de la température interne du nourrisson. La température axillaire est variable, sans « facteur de correction » fiable.³ **Tout** soupçon de fièvre chez le nouveau-né et le nourrisson de moins de 60 jours justifie la prise de température interne (rectale). Même une seule mesure supérieure ou égale à 38.0°C est notable. Chez l'enfant avec une température limite de 38.0°C, surveiller de près avec des mesures répétées sur une période de temps : les températures maintenues dans les environs de 38.0°C pourraient indiquer un processus pathologique. Dans l'incertitude concernant la nécessité d'évaluations complémentaires, consulter le Centre de référence pédiatrique.
- » Si le bébé paraît malade, il doit être évalué pour une infection bactérienne sévère, qu'il ait de la fièvre ou non.
- » D'autres aspects cliniques, notamment la léthargie, le manque d'appétit, et l'irritabilité, sont importants dans l'évaluation.
- » La fièvre ne doit jamais être attribuée à un bébé trop emmaillotté, sauf si la possibilité d'infection a été définitivement éliminée. Le surchauffement ne produit que rarement une hyperthermie de 38.0°C ou plus.⁴

PRISE EN CHARGE GLOBALE

Si la température interne est 38.0°C ou plus (mesurée par le parent ou le professionnel de la santé), évaluez de façon urgente comme suit :

- » Signes vitaux complets, y compris une nouvelle prise de température.
- » Voies aériennes, respiration, et circulation (ABC) – évaluer et intervenir au besoin.
- » Selon les normes actuelles, tout nouveau-né fébrile d'âge 0 à 28 jours doit avoir un bilan septique complet, recevoir des antibiotiques empiriques, et être hospitalisé. Cependant, les données probantes évoluent sur la prise en charge des nouveau-nés et des nourrissons fébriles. TREKK continuera à surveiller les changements de pratique proposés et veillera à maintenir les lignes directrices à jour.
- » Le nouveau-né avec un foyer d'infection identifié à l'examen physique (ex. infection cutanée ou infection des tissus mous, ostéomyélite, etc.), pourrait avoir besoin d'une évaluation complémentaire. La consultation avec un spécialiste en pédiatrie est recommandée. Le traitement dépendra de la source de l'infection.
- » **Ne pas retarder** l'administration d'**antibiotiques** quand l'enfant est trop instable ou qu'il n'y a pas suffisamment de ressources ou d'expertise pour obtenir toutes les cultures voulues. Consulter le Centre de référence pédiatrique pour planifier le transport.
- » Considérer les évaluations complémentaires : radiographie pulmonaire (signes/symptômes respiratoires), prélèvement nasopharyngé pour dépistage viral (congestion nasale), culture des selles/dépistage viral (diarrhée).
- » Les données probantes récentes appuient l'utilisation d'une règle de prédiction clinique incorporant la procalcitonine (PCT), l'analyse d'urine et la numération absolue des neutrophiles pour identifier l'infection bactérienne sévère chez le nourrisson d'âge 0 à 60 jours. Les biomarqueurs (ex. protéine C réactive (CRP) ou procalcitonine (PCT)) surpassent la numération des globules blancs et/ou la numération absolue des neutrophiles pour évaluer le risque d'infection chez le nourrisson fébrile. À présent, la disponibilité et les délais d'exécution de ces tests varient selon l'institution.⁵

PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DE LA FIÈVRE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ET LE NOURRISSON

ÂGE 0-28 JOURS; ET ÂGE 29-60 JOURS, SI MALADE

- » Effectuer bilan septique complet, comprenant hémoculture, formule sanguine (FSC) avec différentiel, CRP ou PCT (si disponible), électrolytes, glycémie, enzymes hépatiques, analyse d'urine avec microscopie, culture d'urine (par cathéter), culture et dépistage viral du liquide céphalo-rachidien (CSF). Inclure analyse des prélèvements nasopharyngés, radiographie pulmonaire, et analyse des selles au besoin.
- » Administrer antibiothérapie empirique et hospitaliser pour 36-48 h jusqu'à l'obtention de résultats négatifs sur les cultures préliminaires. La plupart des hémocultures seront positives en 24 h en présence d'un pathogène véritable.
- » Évaluer le risque d'herpès simplex (HSV) et considérer l'ajout d'acyclovir (voir la page 2 ci-dessous).

Age	Antibiothérapie empirique	Par voie
0-7 jours	Ampicilline 300 mg/kg/jour divisée q6h ET *gentamicine 4 mg/kg/jour donnée q24h **Suspicion de méningite, ajouter cefotaxime 200 mg/kg/jour divisée q6h	IV/IM/IO
8-28 jours	Ampicilline 300 mg/kg/jour divisée q6h ET *gentamicine 5 mg/kg/jour donnée q24h ** Suspicion de méningite, ajouter cefotaxime 200 mg/kg/jour divisée q6h	IV/IM/IO
29-60 jours	Ampicilline 300 mg/kg/jour divisée q6h ET cefotaxime 300 mg/kg/jour divisée q6h On peut remplacer la cefotaxime par ceftriaxone 100 mg/kg/jour donnée q24h.	IV/IM/IO

*Le dosage d'aminoglycoside varie selon la fonction rénale; si la gentamicine n'est pas disponible, utiliser la même dose de tobramycine.

** Réévaluer à l'obtention des résultats de cultures et de sensibilités.



ÂGE 29-60 JOURS, SI STABLE, EN FORME, SANS FOYER ÉVIDENT D'INFECTION (CRITÈRES DE RISQUE FAIBLE)

- » Obtenir hémoculture, FSC avec différentiel, CRP ou PCT (si disponible), analyse d'urine avec microscopie, culture d'urine (par cathéter).
- » Inclure dépistage viral des sécrétions nasopharyngées, radiographie pulmonaire, et/ou analyses des selles, au besoin.
- » Considérer le congé uniquement si le nourrisson répond à **tous** les critères de risque faible, soit : âge gestationnel de plus de 37 semaines, aucune hospitalisation antérieure, pas de soins prolongés en néonatalogie, globules blancs 5-15 x 10⁹/L, bandes moins que 1.5 x 10⁹/L, leucocytes urinaires moins que 5/HPF, urine négative pour nitrites et estérase leucocytaire, CRP moins que 20 mg/L (si disponible), PCT moins que 0.5 mcg/L (si disponible), aucune maladie chronique, aucune prise antérieure d'antibiotiques, aucune jaunisse non expliquée.
- » En cas de congé, donner des indications claires aux parents/gardiens à savoir comment surveiller l'enfant et quand revenir. Fixer rendez-vous de suivi dans les 24 heures. S'assurer également du suivi adéquat des résultats de cultures.
- » Le nourrisson de 29-60 jours atteint d'une infection urinaire identifiée doit généralement être hospitalisé. L'infection urinaire se caractérise par une analyse d'urine positive pour N'IMPORTE LEQUEL des suivants : nitrites, estérase leucocytaire, leucocytes urinaires 5-10/HPF ou plus, ou bactéries sur microscopie. Le nourrisson avec une infection urinaire isolée mais qui paraît en forme peut être congédié avec des antibiotiques par voie orale ou avec une ordonnance pour revenir tous les jours pour l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse (IV). Le parent/gardien doit être responsable et capable de surveiller l'enfant et de revenir quand nécessaire. **La prise en charge ambulatoire doit se faire UNIQUEMENT en conjonction avec le Centre de référence pédiatrique.**

Le choix d'antibiotiques comprend :

- » Céfixime par voie orale (8 mg/kg/DOSE une fois par jour) pour 10-14 jours, **OU**
- » IV ceftriaxone ou aminoglycoside (tobramycine ou gentamicine, voir dosage à la page 1), une fois par jour, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de fièvre et que le médicament puisse être administré par voie orale.

ÂGE 0-60 JOURS, AVEC SIGNES DE BRONCHIOLITE (VOIR RECOMMANDATIONS TREKK SUR LA BRONCHIOLITE)

- » Les nouveau-nés fébriles avec une bronchiolite sont à très faible risque de bactériémie et de méningite, mais ont la même fréquence d'infections urinaires que ceux sans bronchiolite.⁶ **Tout nouveau-né fébrile** d'âge 0-28 jours avec une bronchiolite doit avoir un bilan septique complet.
- » Les nourrissons fébriles d'âge 29-60 jours avec une bronchiolite semblent avoir une incidence plus faible d'infections bactériennes sévères. Il serait raisonnable de reporter les tests complémentaires si l'enfant semble en forme et la fièvre n'est pas trop élevée (moins que 39°C). Les parents/gardiens doivent être capables de surveiller étroitement l'enfant. Fixer un rendez-vous de suivi dans 24-48 h.
- » Si le nourrisson semble plus malade qu'anticipé par la gravité de la bronchiolite, considérer des examens complémentaires (ex. FSC avec différentiel, hémoculture, CRP ou PCT (si disponible), analyse d'urine avec microscopie, culture d'urine). Une période d'observation à l'urgence pourrait être de rigueur.

VIRUS HERPÈS SIMPLEX

- » Le nouveau-né fébrile pourrait avoir une infection par le virus herpès simplex (HSV). L'HSV comporte peu de signes cliniques mais est associé à une morbidité et mortalité importantes.⁷
- » Le nouveau-né ou nourrisson avec des antécédents maternels d'HSV, des convulsions ou troubles neurologiques focaux, une pneumopathie diffuse, des vésicules cutanées, lésions muqueuses, signes de troubles de coagulation, ou transaminases élevées, avec ou sans antécédents d'exposition à l'herpès, doit être évalué pour la présence d'HSV. Obtenir, dans un milieu de transport pour virus, des prélèvements de vésicules cutanées, de toutes les muqueuses, et du CSF et du sang (si disponibles).
- » Jusqu'à 50 % des bébés avec des manifestations cliniques d'HSV n'ont pas de fièvre.⁸
- » Traiter le nouveau-né/nourrisson de façon empirique avec de l'acyclovir par voie IV s'il y a suspicion clinique d'HSV et/ou pléocytose du CSF (numération élevée).
- » En considérant le diagnostic d'HSV, **consulter le Centre de référence pédiatrique.**

NOURRISSONS NÉCESSITANT UNE CONSIDÉRATION PARTICULIÈRE

- » Le nourrisson gravement malade (ex. léthargie, irritabilité, signes de choc, signes de défaillance des organes, coagulopathie) : Évaluer et traiter les pathologies concomitantes autres que l'infection, voire hypoxie, choc, et hypoglycémie (glycémie de 2,6 mmol/L ou moins). Évaluer et maintenir les voies aériennes, la respiration, la circulation. Réanimer par soluté et traiter l'hypoglycémie. Pour des outils et plus de détails sur la prise en charge, voir les PedsPac TREKK sur [le choc septique](#) et [le nouveau-né en état critique](#).
- » Un bilan complémentaire et une **consultation avec le Centre de référence pédiatrique** sont recommandés pour :
 - » Nourrisson avec comorbidités connues (ex. anomalies congénitales, maladie grave, dispositifs médicaux)
 - » Nourrisson actuellement ou récemment sous antibiotiques
 - » Nourrisson hospitalisé récemment (sauf pour la naissance même)
 - » Nourrisson avec convulsions
 - » Nourrisson né prématuré (âge gestationnel moins que 37 semaines)
 - » Nourrisson ayant récemment voyagé en dehors du pays

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour la prise en charge de la fièvre chez le nouveau-né et le nourrisson. Ce sommaire est produit par le conseiller en fièvre néonatale du réseau TREKK, Dr Darcy Beer du *Health Sciences Centre Children's Hospital* à Winnipeg. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liés à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation. Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

- 1) Greenhow TL, Hung YY, Herz AM, Losada E, Pantell RH. [The changing epidemiology of serious bacterial infections in young infants](#). *Pediatr Infect Dis J*. 2014;33(6):595-599.
- 2) Hui C, Neto G, Tsertsvadze A, et al. [Diagnosis and management of febrile infants \(0–3 months\)](#). *Evid Rep Technol Assess*. 2012;205:1-297.
- 3) Craig JV, et al. [Temperature measured at the axilla compared with rectum in children and young people: systematic review](#). *BMJ*. 2000;320(7243):1174-1178.
- 4) Grover G, Berkowitz CD, Lewis RJ, Thompson M, Berry L, Seidel J. [The effects of bundling on infant temperature](#). *Pediatrics*. 1994;94(5):669-673.
- 5) Kuppermann, N. et al. [A clinical prediction rule to identify febrile infants 60 days and younger at low risk for serious bacterial infections](#). *JAMA Pediatrics*. 2019;173(4):342-351.
- 6) Bonadio W, Huang F, Nateson S, et al. [Meta-analysis to determine risk for serious bacterial infection in febrile outpatient neonates with RSV infection](#). *Pediatr Emerg Care*. 2016;32(5):286-289.
- 7) James SH, Kimberlin DW. [Neonatal Herpes Simplex Virus Infection](#). *Infect Dis Clin N Am*. 2015;29:391-400.
- 8) Curfman AL, Glissmeyer EW, Ahmad FA, et al. [Initial Presentation of Neonatal Herpes Simplex Virus Infection](#). *J Pediatr*. 2016;172:121-126.

Traduction française : Danielle Buch, Rédactrice médicale et scientifique.

© Juin 2019, TREKK. Version 2.0. Prochaine révision : 2021.

