

## TEST MEDQUAL n°6

### Réponses

#### Cas clinique

Vous recevez en consultation Monsieur Verdier, 55 ans, qui présente de la fièvre à 38°C depuis 24h. Ce patient a reçu sa 4ème cure de chimiothérapie il y a 8 jours dans le cadre d'un cancer du rectum. Il a pour autres antécédents une HTA bien équilibrée sous IEC, ainsi qu'une BPCO post tabagique modérée, sous anticholinergique.

A l'examen clinique :

- T° 38,2°C, état général conservé
- TA 120/80, FC 75, sat 96% (constantes habituelles)
- pas de point d'appel évident à l'examen clinique
- pas de signes inflammatoires autour de la chambre implantable

**S'il n'y avait qu'un seul examen biologique à demander dans l'immédiat, quel serait-il ?**

- NFS

Commentaires :

*Chez ce patient fébrile sous chimiothérapie, la priorité est bien entendu de savoir s'il s'agit d'une neutropénie fébrile.*

*Il faut prévoir une NFS en urgence (voire un bilan "standard" pour avoir un coup d'avance : iono, créatininémie, ASAT, ALAT notamment)*

**Quelles sont les affirmations exactes concernant la neutropénie fébrile ?**

- Il s'agit d'un problème fréquent chez les patients sous chimiothérapie
- La durée prévisible de la neutropénie doit être prise en compte pour décider de la prise en charge

Commentaires :

*o 10 à 30% des patients sous chimiothérapie pour une tumeur solide et 80% des patients traités pour une leucémie présenteront au moins un épisode de neutropénie fébrile au cours de leur traitement.*

*o L'origine de la fièvre reste inexpiquée dans 60% des épisodes de neutropénie fébrile.*

*o Les patients traités pour une hémopathie et présentant une neutropénie fébrile sont plus à risque de complications et nécessitent plus volontiers un recours aux urgences ou à une hospitalisation. L'avis hématologique doit être facile chez ces patients.*

*o La profondeur et la durée prévisible de la neutropénie sont à prendre en compte pour déterminer la prise en charge des patients neutropéniques fébriles (ambulatoire versus hospitalière notamment). Là encore, le recours à l'oncologue / l'hématologue est souvent nécessaire.*

L'état général étant correct et l'examen clinique sans particularité, vous demandez un bilan biologique en urgence en ville.

Les résultats vous sont communiqués dans l'après-midi :

- NFS : Hb 11.5g/dL, PNN 380/mm<sup>3</sup>, plaquettes 95 000/mm<sup>3</sup>
- CRP 12
- pas de cytolysse, DFG 65 mL/min

## Vu le contexte clinique et le bilan biologique, quel est selon vous le risque de complications de cette neutropénie fébrile chez Monsieur Verdier ?

- Bas risque

### Commentaires :

*o Le niveau de risque de complications détermine le lieu de prise en charge du patient et la stratégie antibiotique.*

*o Les critères intervenant dans cette évaluation sont multiples :*

- comorbidités : BPCO, âge avancé, néoplasie non contrôlée...
- pathologie traitée : sont considérés à risque les inductions ou consolidations pour une leucémie aiguë, les greffes de cellules souches, les lymphomes non hodgkinien agressifs
- traitement : risque important si neutropénie attendue > 7 jours
- cliniques : signes de gravité habituels, pneumonie, mucite, troubles neurologiques, signes infectieux en regard des cathéters, troubles digestifs majeurs
- biologiques : PNN < 100/mm<sup>3</sup>, DFG < 30mL/min, ASAT > 5N

*o Dans cette situation, sous réserve que la durée attendue de la neutropénie soit inférieure à 7 jours (à confirmer avec l'oncologue), le risque est évalué comme faible : cancer solide, peu de comorbidités, état général correct, pas de point d'appel et pas de signes de gravité clinique, pas de troubles biologiques.*

## Comment décidez-vous de prendre en charge ce patient ?

- En ambulatoire
- En hospitalisation
- Appel de l'oncologue

### Commentaires :

*o Les critères pour une prise en charge ambulatoire sont remplis.*

*Sous réserve que la logistique le permette, ce patient peut être pris en charge à domicile.*

*o Les recommandations précisent qu'une évaluation hospitalière initiale est nécessaire même en cas de faible risque et de prise en charge ambulatoire, la première prise antibiotique devant s'effectuer en milieu hospitalier et le patient surveillé au moins 4h.*

*Dans la vraie vie néanmoins, on imagine mal envoyer tous les patients neutropéniques fébriles aux urgences...*

## Admettons que le patient soit pris en charge en ambulatoire. Comment complétez-vous le bilan ?

- Hémocultures
- +/- Radiographie de thorax

### Commentaires :

*o Les hémocultures sont recommandées, et sont à réaliser si la logistique le permet. Sous-utilisées en ville, il s'agit pourtant dans cette situation du prélèvement microbiologique le plus rentable dans l'enquête étiologique.*

*A noter que pour une rentabilité optimale, le volume prélevé doit être de 10mL. En effet, en cas de bactériémie, la concentration bactérienne est de 0,1 bactérie par mL de sang. Prélever moins de 10mL c'est diminuer la sensibilité des hémocultures.*

*En cas de doute sur une infection de voie centrale, il faut réaliser des hémocultures sur la VVC et des hémocultures différentielles, ces prélèvements relevant plutôt d'une prise en charge hospitalière.*

*o Le reste de l'enquête étiologique est orientée par la clinique : pas d'analyse systématique. Notamment, la radiographie de thorax n'est à réaliser qu'en cas de point d'appel. A noter que 40% des neutropéniques avec pneumonie ont une radiographie thoracique normale au début de la fièvre. Le scanner doit être facile en cas de point d'appel respiratoire.*

### Instaurez-vous une antibiothérapie ?

- Oui
- Selon avis de l'oncologue

#### Commentaires :

*L'antibiothérapie probabiliste est indiquée en cas de neutropénie fébrile (on ne sait pas ce qu'on traite, mais il faut traiter vite). Elle sera fonction de la gravité du patient, du niveau de risque, du lieu de prise en charge et des éventuels points d'appel.*

### Avec quelle(s) molécule(s) ?

- Amoxicilline-acide clavulanique + Fluoroquinolone

#### Commentaires :

*Chez un patient pris en charge en ambulatoire, l'antibiothérapie habituelle repose sur l'association amoxicilline-acide clavulanique et fluoroquinolone.*

*Cette antibiothérapie large spectre permet de couvrir les bacilles gram négatif et les cocci gram positif.*

*En cas d'allergie aux bêta lactamines, on optera pour l'association clindamycine + fluoroquinolone.*

*Concernant le choix de la fluoroquinolone, la ciprofloxacine est habituellement préférée, pour son activité anti-pyocyanique.*

*Ce protocole peut être variable selon les services et selon l'écologie locale. Les patients ont souvent une ordonnance et des consignes du service d'onco-hématologie en cas de fièvre.*

### En l'absence de documentation microbiologique, quels critères prenez-vous en compte pour déterminer la durée d'antibiothérapie ?

- la date de sortie de neutropénie
- la date d'obtention de l'apyrexie
- la bonne évolution clinique

#### Commentaires :

*Pour les patients pris en charge en ambulatoire, en l'absence de documentation microbiologique, la durée d'antibiothérapie est fonction :*

*- de la bonne évolution clinique du patient : pas de nouveau point d'appel clinique, pas de dégradation de l'état général...*

*- de la disparition de la fièvre*

*- de la résolution de la neutropénie.*

*Si ces 3 critères sont réunis, il est possible d'interrompre l'antibiothérapie. Cela nécessite donc théoriquement une nouvelle NFS pour s'assurer que les PNN soient  $> 500/mm^3$ .*

*Si une cause est retrouvée, la durée de traitement sera fonction de l'étiologie.*

### Si vous aviez vu Monsieur Verdier un soir à 18h, quelle aurait été votre prise en charge ?

- Orientation vers les urgences
- Instauration d'une antibiothérapie en urgence et biologie le lendemain matin

#### Commentaires :

*L'antibiothérapie est une urgence en cas de neutropénie fébrile (avérée ou suspectée).*

*Chaque heure de retard à l'antibiothérapie augmente la mortalité à J28 de 18% !*

*Selon le souhait du patient et l'examen clinique, l'orientation vers les urgences pour bilan ou la prise en charge ambulatoire avec instauration d'une antibiothérapie sans attendre le bilan peuvent tous deux s'envisager. Si cette deuxième option est choisie, il faudra bien sûr bilanter le patient le plus rapidement possible le lendemain et réévaluer la situation à la lumière des résultats (notamment arrêt des antibiotiques en l'absence de neutropénie).*

3 jours plus tard, Monsieur Verdier revient vous voir en consultation car il est toujours fébrile. Il ne présente pas de nouveaux symptômes et l'examen clinique ne retrouve pas d'anomalie. Les constantes sont correctes.

### Que proposez-vous ?

- Hospitalisation
- Appel de l'oncologue

#### Commentaires :

*Chez les patients initialement pris en charge en ambulatoire, les critères suivants incitent à une évaluation hospitalière :*

- o Persistance de la fièvre à 72h, ce qui est le cas ici*
- o Réapparition d'une fièvre*
- o Apparition d'une symptomatologie*
- o Prise PO impossible*
- o Positivité des hémocultures*
- o Mise en évidence d'un germe résistant*

### Neutropénie fébrile : que retenir ?

- Evaluer le risque de complications :

Bas risque = PNN > 100/mm<sup>3</sup> pendant une durée prévisible < 7 jours ET patient peu ou pas comorbide ET cancer solide ou myélome contrôlé ET pas de point d'appel évident à l'examen clinique ET absence d'insuffisance rénale / de cytolyse.

Haut risque = toutes les autres situations

- Le bilan étiologique est orienté par la clinique. Les hémocultures doivent être réalisées dans la mesure du possible.
- Antibiothérapie systématique. En l'absence de point d'appel évident : amoxicilline-acide clavulanique + ciprofloxacine (ou selon le protocole du service prenant en charge le patient), à poursuivre jusqu'à apyrexie et PNN > 500/mm<sup>3</sup>.
- Avoir l'avis onco-hématologique facile.
- La persistance de la fièvre et/ou une dégradation clinique à 72h impose une évaluation hospitalière.

### Vignette 1

#### Diagnostic :

La lésion ulcérée et le pourtour inflammatoire associé à une trainée de lymphangite et une adénopathie satellite sensible évoquent une rickettsiose, notamment un TIBOLA (tick born lymphadenitis).

L'escarre d'inoculation est dans ce contexte très évocatrice, même en l'absence de morsure de tique évidente.

Le tableau peut s'accompagner de céphalées et d'une fièvre. L'éruption cutanée est rare.

Le diagnostic est obtenu grâce à la sérologie (qui peut être négative au début de la maladie) ou à la PCR (sur prélèvement sanguin ou sur une biopsie d'escarre).

Traitement :

Doxycycline 7 jours

## Vignette 2

Diagnostic :

Intertrigo avec probable colonisation à pseudomonas aeruginosa (coloration verdâtre)

Traitement :

Sécher régulièrement la peau et éconazole x2/j pendant 2 à 3 semaines

Il n'y a pas d'érysipèle associé et pas de raison de penser que le pseudomonas soit responsable d'une authentique infection.

Le traitement est donc celui d'un intertrigo, avec en priorité un séchage rigoureux ++

L'antibiothérapie n'est pas indiquée.

## Vignette 3

Diagnostic :

Il s'agit de lésions vésiculeuses fébriles touchant l'hémivisage.

Les diagnostics de primo infection herpétique ou d'un zona sont les plus probables (à évoquer même en l'absence de varicelle rapportée par les parents).

Traitement :

Cette jeune patiente a été mise sous aciclovir.

Elle a malheureusement présenté une cellulite 2 jours plus tard, avec nécessité d'une antibiothérapie parentérale hospitalière. Les prélèvements de vésicules sont revenus positifs à... VZV !

Le bilan ophtalmologique n'a pas retrouvé de localisation oculaire.

L'évolution a été rapidement favorable, permettant la sortie à 48h.

Prudence donc chez les patients n'ayant pas fait de varicelle "apparente".

A noter que l'aciclovir était hors AMM dans cette indication, réservé normalement à la prévention des complications du zona ophtalmique.