

Aanpak van koorts zonder focus **bij een kind < 1 maand** **op spoedgevallen**

Sophie Vanhaesebrouck, juni 2019

Koorts bij kinderen < 1 maand wordt gedefinieerd als rectaal gemeten temperatuur $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

Koorts is één van de meest frequente oorzaken waarvoor kinderen < 1 maand oud op een spoedgevallendienst terechtkomen. Bij velen van hen wordt er echter geen duidelijke onderliggende oorzaak voor de koorts gevonden en deze kinderen krijgen dan ook de diagnose “koorts zonder focus”.

Er kunnen twee verschillende groepen bij deze kinderen onderscheiden worden, met name enerzijds de - meestal milde - virale infecties en anderzijds - in 5-15% van de gevallen - de ernstige bacteriële infecties (sepsis, meningitis, pneumonie, urineweginfectie, weke delen infectie, osteomyelitis, ...). Het is niet altijd gemakkelijk om initieel deze twee groepen te differentiëren, nochtans is vroegtijdige detectie van de patiënten met een potentieel ernstige bacteriële infectie heel belangrijk om een goede outcome te hebben.

Alle kinderen met koorts onder de leeftijd van 1 maand worden opgenomen op de NICU. Het beleid wordt dan verder bepaald in overleg met de dienstdoende supervisor neonatologie.

Belangrijk is - in een eerste evaluatie - een onderscheid te maken tussen een klinisch ziek en een klinisch niet-ziek kind. Bij alle klinisch zieke kinderen dient onmiddellijk een volledige work-up te gebeuren. Bij klinisch niet-zieke kinderen kan het eventueel nuttig zijn de koorts eerst te objectiveren. Bij de verdere inschatting dient ook rekening gehouden te worden met extra risicofactoren zoals antibioticagebruik de laatste 7 dagen, prematuriteit, GBS positieve moeder, PROM, co-morbiditeiten, zieken in omgeving, ...

Tenzij een duidelijk focus of een heel sterk vermoeden van een virale infectie bij een klinisch niet-ziek kind dient er steeds - bij alle kinderen < 1 maand met geobjectiveerde koorts zonder focus - een bloedname (minstens PBO + differentiatie en CRP) met hemocultuur, urine (telling + cultuur), viraal aspiraat en lumbaal punctie (telling + cultuur + HSV-PCR + enterovirus PCR) te gebeuren. Aanvullend dient bij respiratoire symptomen een RX thorax te gebeuren en bij diarree een staal van de stoelgang (bacterieel + viraal) afgenomen te worden.

De belangrijkste bacteriële verwekkers zijn e. coli, groep B streptococci en listeria monocytogenes. Andere belangrijke verwekkers zijn s. aureus, streptococcus pneumoniae, salmonella, enterococcus faecalis, enterobacter cloacae, moraxella catarrhalis, klebsiella, citrobacter, ...

Heel frequent gaat het echter ook om een virale infectie waarvan de meest frequente virale verwekkers rhinovirus, influenza, parainfluenza en respiratoir syncytieel virus (RSV) zijn. Ook herpes simplex virus (HSV) behoort tot de belangrijke virale verwekkers.

Tenzij specifieke focus waarvoor meer gerichte antibiotica-therapie of heel sterk vermoeden van een virale infectie bij een klinisch niet-ziek kind, dient er gestart te worden met breed-spectrum antibiotica intraveneus.

Eerste keuze antibiotica - rekening houdend met de meest frequente verwekkers en het vermijden van resistentie kiemen op een intensieve zorgen afdeling - zijn een combinatie van penicilline en amikacine intraveneus. Amikacine wordt vervangen door cefotaxime bij vermoeden van meningitis. Perorale antibiotica zijn geen goede keuze. Bij enig vermoeden van HSV-encephalitis dient ook acyclovir opgestart te worden in afwachting van de resultaten. Doseringsschema's kunnen teruggevonden worden in de FarN*NIC. Duur van antibiotica hangt af van het klinisch beeld in combinatie met de onderzoeksresultaten, meestal variërend van 3 tot 21 dagen.

CAVE:

-Sepsis kan ook optreden indien geen koorts en/of ondertemperatuur!

-Bij een zieke neonat mogen natuurlijk ook andere oorzaken niet uit het oog verloren worden zoals o.a. congenitale hartafwijkingen en stofwisselingsziekten.

Referenties

1. Esposito S, Rinaldi VE, Argentiero A, Farinelli E, Cofini M, D'Alonzo R, Mencacci A, Principi N. Approach to Neonates and Young Infants with Fever without a Source Who Are at Risk for Severe Bacterial Infection. Mediators Inflamm. eCollection 2018.
2. Vachani JG, McNeal-Trice K, Wallace SS. Current Evidence on the Evaluation and Management of Fever Without a Source in Infants Aged 0-90 Days: A Review. Rev Recent Clin Trials. 2017;12(4):240-245.
3. Dorney K, Bachur RG. Febrile infant update. Curr Opin Pediatr. 2017;29(3):280-285.
4. DePorre AG, Aronson PL, McCulloh RJ. Facing the ongoing challenge of the febrile young infant. Crit Care. 2017;21(1):68.
5. Cioffredi LA, Jhaveri R. Evaluation and Management of Febrile Children: A Review. JAMA Pediatr. 2016;170(8):794-800.