

STAREA FEBRILĂ ACUTĂ LA COPII: PRECIZĂRI DE PATOLOGIE ȘI URGENȚĂ

*Acute fever state in children: explanation of pathology and
emerging*

Conf. Dr. L. Hecser, Dr. H. Jung, Dr. Katalin Palfi Siklodi,
Dr. Maria Fluștur Lungu
Institutul de Medicină Legală, Târgu Mureș

REZUMAT

Febra la sugari în primele 3 luni de viață nu este rară. Deși febra este, de regulă, limitată în sine, infecțiile severe pot fi prezente, și cele mai importante sunt bacteriemia și meningita bacteriană. La naștere, capacitatea sistemică imună de a se ocroti față de patogeni infecțioși nu este din plin dezvoltată. Capacitatea crește în cursul primelor luni și ani, care evoluție cel mai mult se pronunță în cursul începutului lunilor II și III. Tranziția la imunocompetență majoră nu este abruptă. Incidența bacteriemiei la sugarul febril, sub vârsta de 30 de zile, este de 6,6% în comparație cu sugarul de 31-60 de zile, la care incidența este de 2%. Consecințele diagnosticului greșit pot fi grave.

Cuvinte cheie: starea febrilă acută la sugar, patologie, urgență.

ABSTRACT

Fever in infants in the first three months of life is no infrequent. Although fever is usually self limited, serious infections may be present, the most important of which are bacteremia and bacterial meningitis. At birth, the capacity of the immune system to defend against infectious pathogenus in not fully developed. The capacity increases during the early months and years of life, with this evolution most pronounced during the first two to three months. The transition to greater immunocompetence is not abrupt. Incidence of bacteremia in febrile infants less than 30 days of age was 6.5 percent, as compared with 2 percent in febrile infants of 31 to 60 days of age. The consequences of misdiagnosis can be grave.

Key words: acute fever state in infant, pathology, emergency.

Starea febrilă este motiv frecvent de consultație în pediatrie, situație care necesită a diagnostica starea febrilă acută la copii, și a identifica situațiile de urgență, precum și a planifica aplicarea terapiei. Starea febrilă nu este totdeauna sinonimă cu infecția și poate fi, de exemplu, manifestarea unei boli inflamatorii sau hemato-oncologice. Starea febrilă rămâne o mare sursă de neliniște sau de interpretări variate la părinți – în special la mame – mai ales dacă copilul este de vârstă mică (1).

Abordarea semnelor de gravitate la un copil febril trebuie să constituie primul timp al interogatoriului (anamnezei) și al examenului clinic.

Vârsta sau prezența unei purpore extinse constituie, ele singure, elemente de gravitate. Sunt evaluate, de asemenea, toleranța sa și eventualele complicații, înainte de aborda etiologia febrei pentru adoptarea unei terapii optime. Dacă în majoritatea cazurilor, febra nu este decât un semn al unei boli infecțioase benigne, aceasta poate să inaugureze o patologie severă, în special la sugari de vârstă sub 3 luni. Printre aceștia din urmă, cu ajutorul, printre altele, al unor criterii și/sau scoruri validate, trebuie să fie rapid individualizați copiii cu risc de infecție bacteriană severă ce necesită un tratament de urgență.

Adresă de corespondență:

Conf. Dr. L. Hecser, Institutul de Medicină Legală, Str. Vulcan, Nr. 10, tel./fax: 0265/215-240, Târgu Mureș
e-mail: im/mures@muresrdsnet.ro

DIAGNOSTICUL UNEI STĂRI FEBRILE

Definiții și metodologie de determinare

Febra este definită prin creșterea temperaturii centrale care depășește 38°C, în absența unei activități fizice intense, la un copil îmbrăcat normal, la o temperatură ambiantă temperată.

La nivel cerebral, temperatura corporală este determinată de centrul termoreglator; punctul de echilibru termic este deplasat spre în sus, în caz de febră. Ea se distinge, prin aceasta, de hipertermie, în care creșterea temperaturii se datorează unei acumulări de căldură exogenă (mediul exogen de căldură semnificativă) sau endogenă (de exemplu, efort fizic intens) (2).

Metoda de referință pentru a determina temperatura corpului este termometrul electronic pe cale rectală. În unele țări, metodele variază: în Anglia, de exemplu, este preferată calea bucală, în Franța calea rectală (în Anglia se consideră că aplicarea pe cale rectală este o metodă „barbară”). Evaluarea temperaturii la nivel axilar sau timpanic (auricular) este, de asemenea, posibilă, cu specificări în privința materialului, duratei și a riscului unei subestimări (1).

Caracteristicile febrei

Mijloc de reacție a organismului la infecții, valoarea numerică a temperaturii în caz de febră nu este întotdeauna corelată cu gravitatea afecțiunii cauzale. Durata sa, modul ei de instalare (brutală sau progresivă) permit diferențierea febrei acute de febra prelungită, a cărei durată depășește 2-3 săptămâni. Realizarea curbei termice este utilă pentru a diferenția o febră în platou, ondulantă,

oscilantă, intermitentă, dezarticulată, chiar hectică și a ajuta la determinarea unei cauze (exemplu, o infecție gripală).

Semnele generale trebuie analizate: frisoane, transpirații, astenie, alterarea stării generale, dureri difuze. La sugar se vor lua în considerație, modificarea de comportament, strigăte, modificarea tonusului, dificultăți alimentare (refuzarea biberonului, vărsături).

Examenul clinic de detaliu și complet al copilului dezbrăcat în întregime, permite culegerea și abordarea următoarelor date: constante hemodinamice, tulburări de vigilență sau de tonus, semne meningiene, detresă respiratorie, anomalie de culoare tegumentară (mai ales purpura), semne de infecție ale părților moi, ale scheletului, afectarea ORL.

Mecanisme fiziopatologice

Reacția febrilă este adesea o parte a reacțiilor de apărare față de infecții; cauzele non-infecțioase ale febrei sunt mai rare. Simplificând, se pot reprezenta stimulii diverși (infecțioși, toxici, inflamatori sau imunologici), care activează o reacție în lanț (fig.1) cu producere și eliberare de citokine (numite în acest context, pirogene endogene), factori de activare a ciclo-oxigenazei la originea producerii prostaglandinei pornind de la acidul arahidonic. Se crede că prostaglandina E₂ (PGE₂), crește valoarea țintă a centrului de termoreglare hipotalamică (3).

Acesta produce primar, o retenție de căldură (vasoconstricție, modificare a comportamentului: poziția corporală, abilitate) și uneori mecanisme de termogeneză (metabolism, frisoane). Aceste

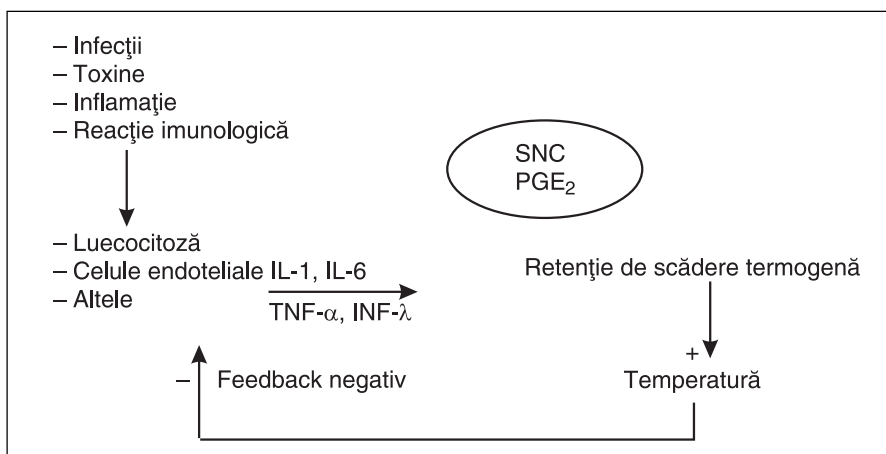


Figura 1. Febră acută la copil – criterii de gravitate în cadrul unui sindrom infecțios (1)

(SNC – sistem nervos central, PGE₂ – prostaglandina E₂)

reacții sunt menționate până atunci când noua valoare țintă a temperaturii corporale este atinsă.

Contrar hipertermiei, există și mecanisme de reglare (*feedback* negativ), care limitează creșterea temperaturii corporale. După normalizarea valorii țintă (fie printr-o evoluție spontană a bolii, fie indusă de antipiretice), termogeneza este redusă și eliberarea de căldură printr-o vasodilatație, transpirație și comportament este crescută. Reacția febrilă la diverși stimuli există și la reptile, pești, amfibii și chiar la unele nevertebrate.

IDENTIFICAREA SITUAȚIILOR DE URGENȚE ȘI PLANIFICAREA TERAPIEI ACESTORA

Febra vindecă o infecție gravă sau potențial gravă

Starea febrilă nu este tolerată de organism și este însoțită de semne generale majore. Spitalizarea este necesară în toate cazurile.

Examenul clinic, completat de examene complementare paraclinice, orientează diagnosticul în fața unor situații clinice preocupante, dar ele nu trebuie să încetinească aplicarea terapiei acestor copii și punerea la punct a unei antibioticoterapii probabile în același timp, cu orice măsură necesară susținerii stării hemodinamice (oxigenare, ventilație artificială, perfuzie).

În această grupă există două urgențe particulare: (1) pacienții prezintă o purpură extinsă și (2) sugarii cu vârsta sub 6 săptămâni.

Prima urgență: caracterul fulminant al infecției. În această situație (copil cu stare generală alterată, febră mare, purpură...), se indică administrare de urgență: cefalosporină de generația a 3-a pe cale i.v. și transferul de urgență într-o unitate de terapie intensivă pediatrică pentru echilibrare hemodinamică și terapie adecvată.

A doua urgență: sugar cu vârsta sub 6 săptămâni, cu risc de bacteriemie acută. În acest caz se indică internare într-o unitate pediatrică pentru instituirea unei terapii și a unei monitorizări adecvate.

Purpura fulminans este o urgență absolută, mortalitatea fiind crescută. Pentru a evita evoluția acestor infecții grave spre un tablou de șoc septic, este indispensabil pentru a-i reduce mortalitatea, de a ști să se recunoască aceste stări septice sau SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome), de la debutul acestora (tab. 1, tab. 2).

Patologiile infecțioase grave susceptibile a fi revelate prin aceste tablouri clinice sunt, de exemplu: meningitele sau meningo-encefalitele, purpura fulminans, peritonitele, infecțiile osteo-articulare, infecțiile cutanate, urinare, gastro-enteritele invazive, pneumoniile și pleuro-pneumoniile.

Tratamentul stării febrile grave

Semnele de intoleranță se manifestă la copii printr-o alterare a stării generale sau astenie

Tabelul 1. Definițiile stărilor septice la copii (5)

SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome)	* temperatură >38.5°C sau < 36.0°C * ritm cardiac > 2 DS pentru vârstă sau bradicardie (< 1 an) * frecvență respiratorie > 2DS pentru vârstă sau ventilație mecanică * nr.leucocitelor > 12.000/ml sau < 4.000/ml
Sepsis	SIRS + infecție (confirmată sau suspectată)
Sepsis grav	Sepsis asociat cu o disfuncție cardiovasculară sau cu un sindrom de detresă respiratorie acută (SDRA-ARDS) sau cel puțin două alte disfuncții de organe
Sepsis septic	Sepsis asociat cu o disfuncție cardiovasculară (tabelul 2)
ARDS (acute respiratory distress syndrome) este definit de raportul PaO ₂ /FiO ₂ < 200 de infiltrații radiologice difuze în absența creșterii presiunii cardiace atriale stângi.	

Tabelul 2. Semnificația de definiții clinice variabile și biologice privind sindromul de reacție inflamatorie sistemică la copii și datele TA sistolice la grupele de vârstă (5).

Vârsta	Ritm cardiac (nr./minut) Tahicardie Bradicardie		Frecvență respiratorie (min)	TA sistolică (mmHg)	Nr.leucocite (nr./ml)
< 1 săptămână	> 180/minut	< 100/minut	> 50/minut	< 65 mmHg	> 34000/ml
1 săpt. – 1 lună	> 180/minut	< 100/minut	> 40/minut	< 75 mmHg	>19500 sau <5000
1 lună – 1 an	> 180/minut	< 90/minut	> 34/minut	< 100 mmHg	>17500 sau <5000
2-5 ani	> 140/minut	–	> 22/minut	< 100 mmHg	>15500 sau <6000
6 -12 ani	> 130/minut	–	> 18/minut	< 105 mmHg	>13500 sau <4500
13-18 ani	> 110/minut	–	> 14/minut	< 117 mmHg	<11000 sau <4500

importantă, culoare anormală a pielii (paloare semnificativă, tentă cenușie), o vasoconstricție periferică (extremități reci, timp de recolorare prelungit), un comportament neobișnuit (apatie, gemete, somnolență sau irascibilitate), frisoane, semne de afectare hemodinamică (tabelul 2). Aceste semne pot fi izolate sau asociate. Adesea este necesară spitalizarea pentru supraveghere și realizarea de examene complementare. Cu cât copilul este mai mic, cu atât pragul de prescriere a explorărilor complementare trebuie să fie mai scăzut. În fața acestor semne neliniștitoare, trebuie demarat un tratament antibiotic după realizarea prelevărilor (6).

FEBRA SURVENIND LA UN COPIL AVÂND UN TEREN SAU ANTECEDENTE PARTICULARE, FĂCÂND INFECȚIA POTENȚIAL GRAVĂ

Este cazul copiilor atinși de afecțiuni predispunându-i la un risc infecțios crescut: drepanocitoza homozigotă, deficit imunitar, patologie viscerală cronică. Spitalizarea este de recomandat pentru supraveghere (cel puțin câteva ore) și realizarea de explorări complementare (paraclinice).

Febra izolată

Febra poate fi singurul simptom al unei bacteremii oculte sau a unei meningite bacteriene la sugar, care necesită o terapie optimă. În acest sens, patologia se clasifică în raport cu vârsta copilului (sugarului).

a) Cazul sugarilor de vârstă sub 6 săptămâni

Spitalizarea este sistematică, frecvența infecției bacteriene severe este crescută (13% la copilul febril având vârsta < 1 lună). Este perioada infecțiilor materno-fetale (IMF), anchetele insistă asupra cercetării criteriilor astfel de infecții în timpul sarcinii sau în preajma nașterii (tabelul 3).

Tabelul 3. Criterii de infecții materno-fetale (7).

- Temperatura maternă > 38°C la un interval de 1 oră înainte sau la debutul travaliului;
- Prezența vaginală maternă de streptococ B cunoscut, de infecție urinară cu streptococ B în timpul sarcinii sau de antecedent materno-fetal cu streptococ B și dacă antibioticoprofilaxia maternă per partum a fost incompletă;
- Ruptura prematură a membranelor > 18 ore fără infecție diagnosticată;
- Prematuritate fără cauze (< 36 de săptămâni de sarcină);
- Anomalie a ritmului cardiac fetal inexplicată (de exemplu, tahicardie);
- Infecție urinară sau vaginală maternă netratată sau < 48 ore;
- Lichid amniotic meconial.

O antibioticoterapie pe cale intravenoasă (i.v.), cu cefalosporină de generație a 3-a, asociată cu aminosidă și ampicilină, este demarată după realizarea prelevărilor, dacă există cel puțin un semn de risc mare de infecție bacteriană severă: tulburări de vigilență și/sau de tonus, ale comportamentului, anomalii hemodinamice, a culorii tegumentare, țipete, reactivitate la anturajul familial, semne de ARDS, de deshidratare, suspiciunea unei infecții de părți moi sau a scheletului, purpura, dificultăți alimentare, iritabilitate și/sau necooperare (8).

b) Cazul sugarilor în vârstă de 6 săptămâni - 3 luni.

Sugarul care prezintă cel puțin un semn de infecție bacteriană severă (IBS) trebuie să fie spitalizat. Cei care nu prezintă nici unul din aceste semne, trebuie să beneficieze de examene complementare (paraclinice): nr. leucocitelor, proteina C-reactivă (PCR), hemocultură și, examenul bacteriologic urinar (urocultură) și în funcție de context, radiografie toracică, puncție lombară (LCR), coprocultură.

Au fost create și evaluate mai multe scoruri privind capacitatea lor de a pune în evidență un grup cu risc scăzut de infecție bacteriană severă în această clasă de vârstă (cele mai cunoscute sunt scorul Rochester și scorul Philadelphia tab. 4) (10,11).

Aceste scoruri sunt cunoscute pentru valoarea lor bună predictivă negativă. Aceste scoruri, care definesc două categorii de pacienți (cu risc scăzut și cu risc crescut de infecție bacteriană severă) au permis dezvoltarea unor strategii de terapie „ușoară” vizând să evite, la copii cu risc scăzut, spitalizări inutile, potențial dăunătoare și antibioticoterapie. Totuși, utilizarea acestor scoruri nu a fost, în mod formal, validată. Nici unul dintre ele nu include valoarea proteina C-reactivă serică, marker inflamator recunoscut și utilizat pe larg în prezent și puțin costisitor.

Copiii clasați cu „risc scăzut” pot reveni la domiciliu, dar cu consemnul de supraveghere foarte strictă și trebuie să fie examinați susținut de către un medic.

Criteriile Rochester se referă la copii mai mici, comparate cu alte două scoruri, și nu recomandă realizarea unei puncții lombare în mod sistematic (10).

Scorul Boston este singurul care recomandă prescrierea unei antibioticoterapii empirice, chiar pentru copii cu „risc scăzut” după realizarea unei puncții lombare și examinarea LCR (tab.4) (9).

Tabelul 4. Criterii Philadelphia, Rochester și Boston (9,10,11)

	Criterii Philadelphia	Criterii Rochester	Criterii Boston
Vârsta	29-60 zile	≤ 60 zile	28-89 zile
Temperatura	≥ 38.2°C	≥ 38°C	≥ 38°C
Antecedente personale		*Copil născut la termen *NU antibiotice perinatale *NU patologie confirmată *NU spitalizare mai lungă decât cea a mamei	*NU vaccinare în cele 48 ore precedente *NU antibioticoterapie în cele 48 ore precedente * NU deshidratare
Examenul clinic	*Simptomatologie clinică liniștitoare *NU anomalii la examenul clinic	*Clinică aparentă *NU infecție auriculară, osoasă sau țesuturi moi	*Clinică aparentă *NU infecție auriculară, osoasă sau țesuturi moi
Parametri biologici (definesc riscul slab)	Nr.leucocite <15.000/ml Polinucleare neutrofile <20% Concentrația urinară <10 leucocite/ml și urocultură negativă pentru bacili Gram-negativi LCR <8 leucocite/ml Rtg.pulmonar: fără infiltrat Scaun: absența sângelui, leucocite nu sau puține	5.000<leucocite<15.000/ml Neutrofile polinucleare <1.500/ml Concentrat urinar < 10 leucocite/ml Scaun < 5 leucocite/câmp	Nr.leucocite <20.000/ml LCR <10 celule/ml Concentrat urinar <10 leucocite/ml Rtg.pulmonar: fără infiltrat
Pacienți cu risc mare	Spitalizare și antibioticoterapie empirică	Spitalizare și antibioticoterapie empirică	Spitalizare și antibioticoterapie empirică
Pacienți cu risc scăzut	Revenire la domiciliu NU antibioticoterapie Supraveghere sistematică	Revenire la domiciliu NU antibioticoterapie Supraveghere sistematică	Revenire la domiciliu NU antibioticoterapie Supraveghere sistematică
Date statistice	Sensibilitate 98% (92-100) Specificitate 42% (38-46) VPP 14% (11-17) VPN 99,7% (98-100)	Sensibilitate 92% (83-97) Specificitate 50% (47-53) VPP 12,3% (10-16) VPN 98,9% (97-100)	Sensibilitate N Specificitate 94,6% VPP N VPN N

(VPP – valoare predictivă pozitivă; VPN-valoare predictivă negativă; N-neevaluată)

Criteriile Philadelphia și Boston mai sunt aplicabile la nou-născuți cu vârsta cuprinsă între 0-1 lună, și toți copiii febrili sub 1 lună trebuie să fie spitalizați (9,11).

c) Sugarii și copiii de vârstă 3-36 luni.

În această categorie de vârstă, infecțiile virale sunt cele mai frecvente; riscul unei infecții bacteriene, însă, nu este neglijabil. În acest sens, se consemnează: bacteriemie și meningită cu *Streptococcus pneumoniae* și *Neisseria meningitidis*. În prezența unui semn de gravitate, se impune spita-

lizarea. Dacă febra este izolată dar bine tolerată, examenele complementare nu sunt justificate în mod sistematic. Un bilanț sanguin se realizează în urma numărului leucocitelor, proteinei C-reactivă, citobacteriologiei urinare efectuate la 3-5 zile de febră izolată și în absența unei agravări de stare generală. Evaluarea clinică, cât și prezumția riscului de infecție bacteriană severă se pot baza și pe un scor elaborat în SUA, numit scorul Yale (tabelul 5) (8).

Tabelul 5. Scorul Yale (8).

Parametri/Puncte	1	3	5
Calitatea plânsului	Viguros sau absent	Plânset sau hohote de plâns	Slabă, gemete, strigăt ascuțit
Reactivitatea la părinți	Plâns scurt sau mulțumit	Plânsete on/off	Plânsete neîntrerupte
Reacția la stimulare	Trezire ușoară	Trezire dificilă	Nu reacționează sau adoarme
Culoarea pielii	Roză	Cianoza extremităților	Palidă, cianotică sau marmorată
Starea de hidratare	Ochi, piele, mucoase umede	Gura puțin uscată	Ochii și mucoasa uscate
Trezire/mediul social	Trez sau zâmbitor	Trez sau zâmbet scurt	Nu zâmbet, neliniștit sau letargic

Interpretarea acestui scor este următoarea: dacă scorul este egal cu 10, incidența unei infecții grave este de 2,7%; dacă scorul este de 11-15, incidența unei infecții grave este de 26%, iar pentru un scor de 16, incidența unei infecții grave este de 92,3%.

d) După vârsta de 4 ani.

Riscul de infecție bacteriană scade. Spitalizarea și realizarea de examene complementare nu se impun decât în cazul unei suspiciuni mari de infecții bacteriene severe.

APLICAREA DE ÎNGRIJIRI ȘI TERAPIA ÎN CAZUL FEBREI

Febra nu este decât un simptom; aceasta nu aduce după sine decât rar complicații ca deshidratarea sau convulsiile hipertermice. Nu există tratament preventiv al convulsiilor. Abordarea apirexiei nu constituie un obiectiv în sine; în schimb, trebuie avută în vedere ameliorarea confortului copilului (1,4).

Metode fizice

Aceste metode reproduc schimburile pe care organismul le pune în joc cu mediul exterior pentru a asigura reglarea sa termică: radiația (dezbrăcarea copilului), conducția (lichide răcoritoare), evaporarea.

La copil sunt de privilegiat trei măsuri:

- dezbrăcarea copilului și poziționarea corpului fără îmbrăcăminte;
- aerisirea încăperii;
- a propune frecvent lichide, mai ales răcoritoare.

Utilizarea băii a fost clasificată în ultimele recomandări enunțate de AFSSAPS în 2005 (2).

Terapie medicamentoasă

În unele recomandări (1,2) există patru produse administrate în astfel de stări: paracetamolul, aspirina și două produse antiinflamatoare non-steroidice (AINS), ibuprofenul și fetoprofenul. Ca și eficacitate, cele patru produse sunt comparabile; în schimb, efectele indesezirabile și contraindicațiile diferă în funcție de fiecare.

a) Paracetamolul

Este medicamentul de primă intenție; are efecte antipiretice și analgice. Modalitatea de acțiune nu este complet cunoscută. Riscul de interacțiuni medicamentoase este slab. Principalele sale efecte indesezirabile sunt marcate de o toxicitate hepatică în caz de intoxicație sau în cazul de administrare cronică în doze supraterepuitice. În mod

excepțional, poate apărea o stare alergică. Posologia obișnuită este de 60 mg/kg corp repartizată în 4-6 prize *per os* sau rectală.

b) Produse antiinflamatoare non-steroidiene (AINS)

Aceste medicamente sunt dotate cu efecte antipiretice, analgice și antiinflamatoare legate de inhibiția sintezei prostaglandinelor. Efectul antiinflamator este slab în posologiile utilizate în scop analgic și antipiretic.

Ibuprofenul este indicat începând cu luna a 3-a de vârstă, ketoprofenul începând cu vârsta de 6 luni. Principalele efecte indesezirabile sunt:

- infecția țesuturilor moi favorizate de AINS la copiii cu varicelă;
- digestive, manifestându-se prin hemoragie digestivă, ulcerații esofagiene sau gastrice (efecte secundare de excepție);
- renale, survenind în mod excepțional (insuficiență renală acută);
- reacții alergice, afectări cutanate, dintre care sindromul Stevens-Johnson, afectări hematologice (neutropenie, anemie hemolitică, alungirea timpului de sângerare), citoliză sau colestază hepatică.

c) Aspirina (acidul acetil-salicilic)

Modul de acțiune al aspirinei fiind comun cu acela al AINS, efectele indesezirabile sunt identice. Sindromul Reye (afectarea cerebrală severă cu comă și afectare hepatică) este o entitate care poate să apară în mod excepțional la un copil cu o infecție virală febrilă (de exemplu, gripa sau varicela), tratată cu aspirină. Sunt posibile, de asemenea, efecte asupra hemostazei cu prelungirea timpului de sângerare. Posologia obișnuită utilizată este de 10-15 mg/kg corp, tot la 6 ore. Utilizarea aspirinei s-a redus în Franța, și acest produs reprezintă numai 5% din totalul prescripțiilor de antipiretice la copii, spre deosebire de AINS (1,2).

HIPERTERMIA MAJORĂ MALIGNĂ

Această stare realizează un tablou sever, survenind în general la un sugar de vârstă sub 6 luni, asociind o febră foarte ridicată peste 41°C, care constituie o stare preconvulsivă, o afectare multiviscerală virală, colaps. Aplicarea terapiei se face în cadrul unității ATI pediatrică. Mortalitatea este crescută (în jur de 50%) (1,2); în caz de supraviețuire, sunt frecvente sechelele neurologice grave.

Incidența stării febrile la sugari în primele 3 luni de viață nu este rară (12). La naștere, capacitatea sistemică imună de a asigura rezistența față de patogeni infecțioși nu este deplin finalizată.

Această capacitate crește în cursul primelor luni și ani (13), care evoluție se pronunță cel mai mult în cursul începutului lunilor II și III de vârstă. Incidența bacteriemiei la sugarul febril, care are vârsta sub 30 de zile este de 6,5%, în comparație cu cei de vârstă de 31-60 de zile, la care incidența este de 2% (14).

CONCLUZII

În concluzie, se precizează următoarele aspecte practice (1,2):

- orice febră însoțită de o purpură extinsă este o urgență majoră. Nici un examen complementar nu trebuie să întârzie administrarea terapiei. Orientarea către o unitate ATI pediatrică alertată cu venirea copilului este

indispensabilă și transportul trebuie să fie medicalizat;

- este necesară analiza semnelor clinice ale unei stări septice sistemice (SIRS) înaintea evoluției sale spre un sepsis grav sau șoc septic. Administrarea precoce a terapiei poate influența prognosticul;
- a spitaliza sistematic sugarii de vârstă sub 6 săptămâni, care prezintă o febră izolată, cu scopul supravegherii și a explorărilor complementare, din cauza riscului de bacteriemie ocultă în această grupă de vârstă;
- a explica părinților starea patologică, a da criteriile de alertă (semne de infecție bacteriană severă) impunând o abordare clinică și para-clinică permanentă.

BIBLIOGRAFIE

1. **Laporte E, Claudet I** – Fièvre aiguë chez l'enfant et chez d'adulte. 1^{re} partie – Chez l'enfant. *Rev Prat* 2008; 58(12):1345-1351.
2. Mise au point sur le prise charge de la fièvre chez l'enfant (recommandation AFSSAPS 2005). <http://www.afssaps.sante.gouv.fr/htm/10/fevre/mapfev.pdf>
3. **Ishimine P** – Fever without source in children 0 of 36 months of age. *Pediatr Clin N Am* 2006; 53:167-194.
4. **Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al** – Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Crit Care Med* 2008; 36:296-237.
5. **Group Transversal Sepsis** – Prise en charge initiale des états septiques graves de l'adulte et de l'enfant. *Reanimation* 2007; 16:S16-S21. http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/2007-sepsis.pdf
6. **Meremikwu M, Oyo-Ita A** – Paracetamol for treating fever in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2):CD003676.
7. **Leclerc F, Leteurtre S, Noizet O, et al** – Purpura fulminans de l'enfant. *Conférence d'actualisation* 2003; 615-630. http://www.sfar.org/sfar_actu/ca03/html/ca03_38/ca03_38.htm
8. **McCarthy PL, Sharpe MR, Spiesel SZ, et al** – Observation scales to identify serious illness in febrile children (score de Yale). *Pediatrics* 1982; 70:802-809.
9. **Baskin MN, O'Rourke EJ, Fleisher GR** – Outpatient treatment of febrile infants 28 to 89 days of age with intramuscular administration of ceftriaxone (criteres de Boston). *J Pediatr* 1992; 120:22-27.
10. **Jaskiewicz JA, McCarthy CA, Richardson AC, et al** – Febrile infants at low risk for serious bacterial infection-an appraisal of the Rochester criteria and implications for management (criteres de Rochester). *Pediatrics* 1994; 94:390-396.
11. **Baker MD, Bell LM, Avner JR** – Outpatient management without antibiotics of fever in selected infants (criteres de Philadelphia). *N Engl J Med* 1993; 329:1437-1441.
12. **McCarthy PL** – Infants with fever. *N Engl J Med* 1993; 329(20):1493-1494.
13. **Wilson CB** – Immunologic basis for increased susceptibility of the neonate to infection. *J Pediatr* 1980; 108:1-12.
14. **Caspe WB, Chamudes O, Louie B** – The evaluation and treatment of the febrile infant. *Pediatr Infect Dis* 1983; 2:131-135.