Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

Révision : 16 décembre 2017
Mise à jour des données probantes : Ajout d'une revue Cochrane et de deux ECR
Conclusion : Aucune modification
Première publication : 7 juin 2010

L'acétaminophène et l'ibuprofène donnent-ils des résultats équivalents dans le traitement de la fièvre chez les enfants?

Question clinique : Si nous faisons une recommandation pour le traitement de la fièvre chez les enfants, quel médicament devrions-nous considérer comme étant supérieur, l'acétaminophène ou l'ibuprofène?

Conclusion : Le traitement de la fièvre chez les enfants fait l'objet de débats et doit être discuté avec les parents et les patients. Si les cliniciens doivent recommander un traitement, l'ibuprofène offre des résultats supérieurs quant à la réduction de la fièvre sans augmenter les événements indésirables.

Données probantes

- Une méta-analyse et deux essais cliniques randomisés (ECR) fournissent une orientation.
  - Revue de l'ibuprofène par rapport à l'acétaminophène[1] :
    - Dix essais regroupant 1 078 patients.
    - Dose : de 5 à 10 mg/kg d'ibuprofène et de 10 à 15 mg/kg d'acétaminophène.
    - Résultats :
      - L'ibuprofène offre des résultats statistiquement supérieurs après deux, quatre et six heures.
      - Après quatre et six heures, environ 15 % des patients traités par l'ibuprofène de plus présenteront une réduction de la fièvre (nombre de sujets à traiter [NST] = 7).
    - Résultats semblables découlant d'une analyse regroupée de 2 ECR portant sur des enfants de 6 mois à 11 ans (319 patients) et comparant une dose unique d'ibuprofène à une même dose d'acétaminophène[2].
  - Étude PITCH[3] : ECR (156 enfants âgés de six mois à six ans) comparant 10 mg/kg d'ibuprofène toutes les six à huit heures, 15 mg/kg d'acétaminophène toutes les quatre à six heures ou les deux.
    - Résultats (statistiquement significatifs) :

- Période sans fièvre pendant les quatre premières heures : la combinaison était supérieure à l'acétaminophène de 55,3 minutes, mais non pas à l'ibuprofène.
- La combinaison avait réduit la durée de la fièvre au cours des 24 premières heures.
  - Acétaminophène : 4,4 heures de plus.
  - Ibuprofène : 2,5 heures de plus.
- Les auteurs recommandent l'ibuprofène en raison de sa supériorité à l'acétaminophène; il se compare à la combinaison et comporte moins de risque de dosage excessif.

- Une revue Cochrane[4] de l'essai PITCH et de 5 autres études a constaté des résultats semblables.

Contexte

- L'étude PITCH a signalé un surdosage de médicaments chez 21 % des enfants[3].
- Débat :
  - Rien n'indique que la fièvre en soi est dangereuse[5].
  - Les antipyrétiques ne sont pas connus pour prévenir les poussées fébriles[6,7].
  - Rien n'indique que le traitement de la fièvre en cas d'infection légère est nuisible (à moins d'un surdosage), et les données probantes actuelles indiquent qu'il ne prolonge pas la maladie[8].
  - Si la fièvre est traitée, l'objectif doit être d'apporter un réconfort (quoiqu'aucune étude n'ait examiné le « réconfort » dans le traitement de la fièvre).
- Événements indésirables liés à l'ibuprofène comparativement à ceux qui sont liés à l'acétaminophène :
  - Asthme : comparativement à l'acétaminophène, l'ibuprofène comporte un risque semblable, ou peut-être un risque légèrement plus faible[9].
  - Syndrome de Reye : aucun risque accru[10,11].
  - Effets gastrointestinaux et rénaux : aucune donnée probante n'indique un risque[12]. La Société canadienne de pédiatrie déconseille l'ibuprofène si un enfant ne boit pas « raisonnablement bien »[13].
  - Réaction « systémique » : aucune donnée probante n'indique un risque[12].

Auteurs originaux
G. Michael Allan, M.D., CCMF, et Yvonne Shevchuk B. Sc. (pharmacie), Pharm. D.

Mise à jour
Ricky D Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

Révision
G. Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1) Perrott DA, Piira T, Goodenough B, *et al*. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004;158:521-526.
2) Jayawardena S, Kellstein D. Clin Pediatr. 2017;56:1120-1127.
3) Hay AD, Costelloe C, Redmond NM, *et al*. BMJ. 2008;337:a13021.
4) Wong T, Stang AS, Ganshorn H, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 10:CD009572.
5) Mackowiak PA. Clin Infect Dis. 2000;31(Suppl5):S185-S189.
6) Duffner PK, Baumann RJ, Berman P, *et al*. Pediatrics. 2008;121:1281-1286.
7) Offringa M, Newton R, Cozijnsen MA, Nevitt SJ. Cochrane Database System Rev. 2017;2:CD003031.
8) Purssell E, While AE. J Pediatr. 2013 Sep;163(3):822-827.e1-2.
9) Kanabar D, Dale S, Rawat M. Clin Ther. 2007;29:2716–2723.
10) Southey ER, Soares-Weiser K, Kleijnen J. Curr Med Res Opin. 2009;25(9):2207-2222.

11) Lesko SM, Mitchell AA. Pediatrics. 1999;104(4):e39.
12) Lesko SM, Mitchell AA. JAMA. 1995;273(12):929-933.
12) Société canadienne de pédiatrie. Lien : http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/fever_and_temperature_taking (consulté le 24 octobre 2013).

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse http://bit.ly/signupfortfp. Les articles archivés sont disponibles sans frais supplémentaires sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.