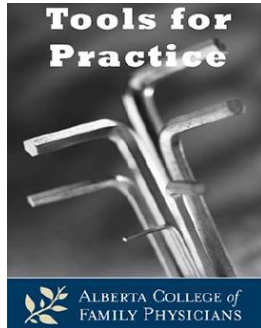


Révision : 10 mars 2017

Mise à jour des données probantes : Ajout de 3 ECR, modification des données sur les limites et le contexte

Conclusion : Aucune modification

Première publication : 19 août 2013



La simplicité pour l'herpès simplex (feux sauvages) : une pilule pour éliminer les picotements

Question clinique : Les antiviraux (oraux ou topiques) ou le docosanol (Abreva^{MD}) améliorent-ils le temps de guérison chez les patients atteints d'herpès labial récurrent (feux sauvages)?

Conclusion : Une ou deux doses de famciclovir peuvent accélérer la guérison des feux sauvages d'environ deux jours, tandis que le valacyclovir et les traitements plus longs d'acyclovir ou de docosanol (Abreva^{MD}) topiques peuvent l'accélérer d'environ 0,5 à un jour. Il faut réaliser des essais en soins primaires qui ne soient pas financés par l'industrie et qui comparent directement différents traitements.

Données probantes

- Essais cliniques randomisés (ECR) contrôlés contre placebo de produits commercialement disponibles au Canada.
 - Patients immunocompétents aux prises avec des feux sauvages récurrents (trois épisodes ou plus par année).
 - Traitement commencé une heure ou moins avant les symptômes avant-coureurs (sauf indication contraire).
 - Les feux sauvages n'ont pas été provoqués artificiellement par des rayons ultraviolets.
- Antiviraux oraux :
 - Trois ECR de plus grande envergure :
 - Famciclovir : une dose de 1 500 mg une fois par jour ou de 750 mg deux fois par jour pendant un jour (477 patients)¹.
 - Valacyclovir : pendant un jour : 2 g deux fois par jour; pendant deux jours : 2 g deux fois par jour et ensuite 1 g deux fois par jour (1 856 patients)².
 - Acyclovir : 400 mg cinq fois par jour pendant cinq jours (174 patients)³.
 - Amélioration du temps de guérison (les définitions varient) :
 - Famciclovir : de 2 à 2,5 jours.
 - Valacyclovir : de 0,5 à environ un jour.
 - Acyclovir : non significatif.
- Acyclovir topique :
 - Crème à base d'acyclovir 5 % cinq fois par jour pendant quatre jours (1 341 patients)⁴.
 - Amélioration du temps de guérison : environ 0,5 jour.
- Acyclovir et corticostéroïde topiques (Xerese^{MD})⁵ :
 - Crème à base d'acyclovir 5 % avec ou sans hydrocortisone 1 % cinq fois par jour pendant cinq jours (1 443 patients).

- Amélioration du temps de guérison : environ 0,5 jour. Le corticostéroïde ne procure aucun bienfait supplémentaire.
- Docosanol 10 % (Abreva^{MD})
 - Cinq fois par jour commencé moins de 12 heures après l'apparition des symptômes jusqu'à la guérison (743 patients)⁶.
- Limites :
 - Aucune comparaison directe des différents agents oraux.
 - Les études sont soutenues par l'industrie et nombre d'entre elles ont le même auteur¹⁻⁵.
- Des revues systématiques de qualité douteuse (études manquantes⁷, regroupement inapproprié⁸) ont constaté ce qui suit :
 - Antiviraux : Le temps de guérison est plus rapide avec les agents oraux qu'avec les topiques⁷.
 - Les temps de guérison sont semblables lorsqu'on ajoute des corticostéroïdes à l'acyclovir topique⁸.

Contexte

- Les antiviraux favorisent généralement la guérison sur une période de quatre à cinq jours par rapport à cinq à six jours¹⁻⁵.
- 35 % des patients connaissent plus de quatre récurrences par an⁹.
- Estimations du coût de traitement (en Alberta) :
 - Antiviraux oraux : de 20 \$ (valacyclovir une fois par jour) à 48 \$ (acyclovir une fois par jour).
 - Topiques (par tube) : docosanol : 20 \$, Xerese : 52 \$, acyclovir : 88 \$.
- Santé Canada a approuvé le valacyclovir pour traiter les feux sauvages¹⁰, alors que la FDA a approuvé le valacyclovir¹¹, le famciclovir¹² et l'acyclovir^{13,14} (oral et topique).

Auteurs originaux

Hoan Linh Banh, B. Sc. (pharmacie), Pharm. D., Tony Nickonchuk, B. Sc. (pharmacie), EAD, APA, et Michael R. Kolber, M.D., CCMF, M. Sc.

Mise à jour :

Evan Sehn, B. Sc. (pharmacie), candidat au Pharm. D.

Révision :

Michael R. Kolber, M.D., CCMF, M. Sc.

Références

1. Spruance SL, Bodsworth N, Resnick H, *et al.* J Am Acad Dermatol. 2006;55:47-53.
2. Spruance SL, Jones TM, Blatte MM, *et al.* Antimicrob Agents Chemother. 2003;47:1072-1080.
3. Spruance SL, Stewart JC, Rowe NH, *et al.* J Infect Dis. 1990;161:185-190.
4. Spruance SL, Nett R, Marbury T, *et al.* Antimicrob Agents Chemother. 2002;46:2238-2243.
5. Hull CM, Harmenberg J, Arlander E, *et al.* J Am Dermatol. 2011;64:696.e1-11.
6. Sacks SL, Thisted RA, Jones TM, *et al.* J Am Acad Dermatol. 2001;45:222-230.
7. Chen F, Xu H, Liu J, *et al.* J Oral Pathol Med. 2017;46(8):561-568.
8. Arain N, Paravastu SC V, Arain MA. BMC Infect Dis. 2015 Feb 21;15:82.
9. Dreno B, Malkin JE, Saiag P, *et al.* J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26:1454-1460.
10. Valtrex [monographie de médicament]. Mississauga, ON. GlaxosmithklineInc, 2009.
11. FDA Drug efficacy supplemental approval in 2002.
<http://www.fda.gov/Drugs/DevelopmentApprovalProcess/HowDrugsareDevelopedandApproved/DrugandBiologicApprovalReports/EfficacySupplementApprovals/ucm081883.htm>. Dernière consultation le 7 juin 2013.
12. FDA Drug efficacy supplemental approval in 2006.
<http://www.fda.gov/Drugs/DevelopmentApprovalProcess/HowDrugsareDevelopedandApproved/DrugandBiologicApprovalReports/EfficacySupplementApprovals/ucm08189>

5.htm. Dernière consultation le 7 juin 2013.

13.Zovirax (gélules, comprimés, suspension) [notice]. Research Triangle Park, NC. Glaxosmithkline, 2007.

14.Zovirax (crème 5 %) [notice]. Research Triangle Park, NC. Glaxosmithkline, 2011.

Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.