

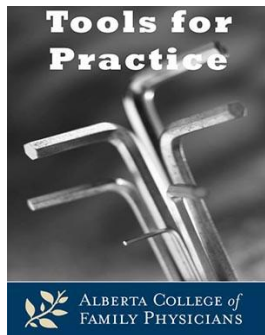
Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP 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 : 13 juillet 2016

Mise à jour des données probantes : Aucune nouvelle donnée probante

Conclusion : Aucune modification

Première publication : 16 novembre 2009



Soulagement optimal de la douleur chez les enfants présentant des blessures musculosquelettiques aiguës – AINS ou opioïdes?

Question clinique : Quelle est l'approche optimale à adopter pour soulager la douleur chez les enfants présentant des blessures musculosquelettiques aiguës?

Conclusion : Les données probantes actuelles indiquent que l'ibuprofène offre un meilleur soulagement en tant qu'agent unique que l'acétaminophène ou la codéine et est au moins équivalent à l'acétaminophène combiné à la codéine et à la morphine pour traiter la douleur chez les enfants ayant subi des blessures aiguës, en plus d'entraîner moins d'événements indésirables.

Données probantes

- Comparaisons d'agents uniques :
 - L'ibuprofène par rapport à l'acétaminophène par rapport à la codéine : essai clinique randomisé (ECR)¹ auprès de 336 enfants présentant des blessures musculosquelettiques (54 % de fractures) :
 - Au bout de 60 minutes sur une échelle de la douleur de 100 mm, l'ibuprofène a donné les résultats suivants :
 - Réduction moyenne supérieure (-24 mm) par rapport à l'acétaminophène (-12 mm) ou à la codéine (-11 mm).
 - Un plus grand nombre de patients ont atteint une analgésie adéquate (moins de 30 mm) par rapport à l'acétaminophène (nombre de sujets à traiter [NST] = 7) ou à la codéine (NST = 9).
 - La morphine par rapport à l'ibuprofène : ECR² mené auprès de 134 enfants présentant des fractures non compliquées d'extrémités qui ont reçu de l'ibuprofène ou de la morphine et qui ont été suivis pendant 24 heures :
 - Aucune différence n'a été observée quant aux scores de douleur à quelque moment que ce soit.
 - Moins de nausées avec l'ibuprofène (NST = 5).

- Combinaisons : Deux ECR menés auprès de patients présentant une fracture du bras ou un traumatisme musculosquelettique touchant un membre :
 - L'acétaminophène combiné à la codéine par rapport à l'ibuprofène³ (336 enfants), suivi de trois jours :
 - Aucune différence quant aux scores moyens de douleur.
 - La limitation fonctionnelle due à la douleur était considérablement moindre avec l'ibuprofène.
 - Moins d'événements indésirables avec l'ibuprofène (NST = 5).
 - L'ibuprofène combiné à la codéine par rapport à l'ibuprofène⁴ (81 enfants), suivi de 120 minutes.
 - Aucune différence du score de douleur à l'un ou l'autre de quatre moments précis.
- Quatre ECR plus petits (puissance insuffisante)⁵⁻⁸ menés auprès de 60 à 72 patients n'a constaté aucune différence dans toute comparaison de l'ibuprofène, de l'acétaminophène, de l'oxycodone ou de l'acétaminophène/codéine.
- Limites des données probantes : Petit échantillon^{2,4,5-8}, taux élevés d'abandon², faibles scores de douleur au moment de l'admission à l'étude (plus difficile de démontrer une différence)² et le dosage de morphine (toutes les six heures)⁴.

Contexte

- Dans une revue systématique⁹ examinant l'ibuprofène par rapport à l'acétaminophène pour toute douleur chez les enfants, l'ibuprofène a obtenu de meilleurs résultats, et ce, dans une proportion statistiquement significative, dans six essais sur 18 (les autres n'ont montré aucune différence).
- Les doses prévues par l'étude¹⁻⁴ étaient 10 mg/kg d'ibuprofène (max. de 400 à 600 mg), 15 mg/kg d'acétaminophène (max. de 650 mg), 1 mg/kg de codéine (max. de 60 mg) et 0,5 mg/kg de morphine (max. de 10 mg).
- Les AINS ne semblent pas avoir d'incidences sur la guérison des fractures¹⁰.
- Avertissement de Santé Canada en 2013 : La codéine peut (rarement) être associée à des effets secondaires graves et ne doit donc pas être utilisée chez les enfants de moins de 12 ans¹¹.

Auteurs originaux

Christina Korownyk, M.D., CCMF, et G. Michael Allan, M.D., CCMF

Mise à jour

Ricky D Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D. G. Michael Allan, M.D., CCMF

Révision

Références

1. Clark E, Plint AC, Correll R, *et al.* Pediatrics. 2007;119:460-467.
2. Poonai N, Bhullar G, Lin K, *et al.* CMAJ. 2014 Dec 9;186(18):1358-1363.
3. Drendel AL, Gorelick MH, Weisman SJ, *et al.* Ann Emerg Med. 2009;54:553-560.
4. Le May S, Gouin S, Fortin C, *et al.* J Emerg Med. 2013;44:536-542.
5. Koller DM, Myers AB, Lorenz D, *et al.* Pediatr Emerg Care. 2007;23:627-633.
6. Shepherd M, Aickin R, Emerg Med Australas, 2009, 21 : 484-490.
7. Friday JH, Kanegaye JT, McCaslin I, *et al.* Acad Emerg Med. 2009;16:711-716.
8. Bondarsky EE, Domingo AT, Matuza NM, *et al.* Am J Emerg Med. 2013;31:1357-1360.
9. Pierce CA, Voss B. Ann Pharmacother. 2010;44:489-506.
10. Taylor IC, Lindblad AJ, Kolber MR. La guérison des fractures et les AINS. Can Fam Physician. 2014;60:817, e439-e440.

11. Santé Canada, *Après examen, Santé Canada recommande que la codéine soit administrée seulement à des patients âgés de 12 ans et plus*, Ottawa (Ontario), Santé Canada, 2013. Sur Internet : https://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2013/33915a-fra.php?_ga=1.225644442.1625660531.1411482248 (consulté le 24 mars 2015).

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.

L'ACFP appuie la publication et la diffusion des articles de la bibliothèque Tools for Practice depuis 2009. 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](#).

Vous pouvez maintenant accumuler des crédits sur le site Tools for Practice! En août 2014, l'ACFP a lancé [GoMainpro, un outil d'agrément en ligne](#) destiné à faciliter l'agrément MAINPRO® de la bibliothèque Tools for Practice de l'ACFP, qui a été agréée par le Collège des médecins de famille du Canada pour les crédits Mainpro-M1. La combinaison du programme d'entrée directe du Collège des médecins de famille du Canada et des caractéristiques de suivi et d'établissement de rapports de GoMainpro fournit un moyen facile et commode d'accumuler les crédits Mainpro-M1.

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.