

La varicelle n'est pas une contre-indication pour l'ibuprofène

Réplique à l'article «Paracétamol et ibuprofène en pédiatrie» de K. Dao et coll, paru dans Paediatrica vol.27, N° 2, 2016

Christa Relly^{a)}, Christoph Berger^{a)}, David Nadal^{a)}, Zurich

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

L'article de K. Dao et al. présente une très belle revue de faits connus et peut-être moins bien connus sur l'utilisation de paracétamol et ibuprofène en pédiatrie. Certaines pratiques courantes – par exemple le fait d'alterner de routine paracétamol et ibuprofène, la tendance à vouloir baisser la fièvre «à tout prix» ou l'utilisation plus généreuse des fébrifuges chez les enfants ayant fait une convulsion fébrile – sont soumis, avec raison, à une appréciation critique.

Dans le chapitre «Les controverses actuelles» on signale une possible relation causale entre l'ibuprofène et le risque accru d'infections invasives par les streptocoques du groupe A. Les rapports de cas et les modèles animaux cités ne permettent pas de conclusions fiables dans ce sens. Les auteurs écrivent malgré cela dans leur conclusion: «Concernant les diverses controverses abordées, la seule recommandation à en retenir est probablement de déconseiller les AINS comme l'ibuprofène lors de varicelle ou d'infections des tissus mous.» Cette phrase a semé le doute parmi les pédiatres et les parents, comme nous l'avons constaté suite aux nombreuses demandes de précisions qui nous ont été adressées.

La varicelle représente, chez l'enfant, le facteur de risque le plus important pour la fasciite nécrosante. Selon une étude prospective basée sur la population au Canada¹⁾, la varicelle augmente 58 fois le risque d'une fasciite nécrosante. Heureusement nous ne constatons cette complication que très rarement. En moyenne moins d'un enfant par année est pris en charge pour une fasciite nécrosante dans la Clinique pédiatrique de Zurich. Parallèlement, on estime le nombre de cas de varicelle par an dans le canton de Zurich à 10 000 (calculé selon le nombre de naissance annuel et selon la séroprévalence de > 95% à l'âge de 12 ans²⁾³⁾). L'étude de

population mentionnée fait état, avec 0,8 pour 100 000 enfants par année, d'une incidence de la fasciite nécrosante lors de varicelle encore 10 fois moindre.

Comme mentionné, il n'est pas possible de déterminer si l'administration d'ibuprofène augmente effectivement l'incidence de la fasciite nécrosante. Laupland et coll. n'ont pas constaté, dans leur groupe de patients, de relation causale: 95% des enfants avec une infection invasive par des streptocoques du groupe A n'avaient pas reçu d'ibuprofène. Il n'y a actuellement pas de doute parmi les pédiatres que le paracétamol devrait être le médicament de premier choix pour baisser la fièvre et calmer la douleur chez l'enfant. Dans de nombreuses situations cela s'avère suffisant. Renoncer par principe à l'ibuprofène en cas de varicelle ne semble pas être, au vu des données disponibles actuellement, une recommandation justifiée; d'autre part cela pourrait entraîner des risques pour la minorité d'enfants avec une varicelle sévère. Nous pensons p.ex. au surdosage du paracétamol en cas de réponse insuffisante, à l'utilisation plus fréquente de métamizole (ayant un profil d'effets secondaires nettement plus défavorable) ou à des consultations plus fréquentes au cabinet médical voire aux services d'urgence, suite à une fièvre persistante ou à la mauvaise hydratation liée à une défervescence insuffisante. Il est souhaitable d'éviter la survenue de ces possibles conséquences. Il faut certainement conseiller de n'administrer les fébrifuges aux enfants que pour améliorer le confort et non pas pour baisser la fièvre «à tout prix», et d'utiliser en premier choix le paracétamol. L'ibuprofène peut être utilisé comme alternative lorsque la réponse est insuffisante et en absence de toute contre-indication. La varicelle n'en est pas une.

Références

- 1) Laupland K, Davies D, Low D, Schwartz B, Green K, McGeer A. Invasive Group A Streptococcal Disease in Children and Association with Varicella-Zoster Virus Infection. *Pediatrics* 2000; 105(5): E60
- 2) Aebi C, Fischer K, Gorgievski M, Matter L, Mühlemann K. Age-specific seroprevalence to varicella-zoster virus: study in Swiss children and analysis of European data. *Vaccine*. 2001 Apr 30; 19(23-24): 3097-103
- 3) Heining U, Desgrandchamps D, Schaad UB. Seroprevalence of Varicella-Zoster virus IgG antibodies in Swiss children during the first 16 month of age. *Vaccine*. 2006 Apr 12; 24(16): 3258-60

Correspondance

Christa.Relly@kispi.uzh.ch

a) Abteilung für Infektiologie und Spitalhygiene, Universitätskinderhospital Zürich