

Fièvre du jeune enfant

PRISE EN CHARGE SYMPTOMATIQUE DE LA FIEVRE DU JEUNE ENFANT

LES RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE PEDIATRIE GENERALE

affilié à la Société Française de Pédiatrie

Octobre 2004

La fièvre, définie comme une élévation de la température centrale, est une composante de la réponse immunitaire primaire.

L'organisme met naturellement en jeu tous les mécanismes qui peuvent contribuer au maintien de cette température élevée : fonctions métaboliques, vasoconstriction.

Elle est donc d'abord un symptôme, extrêmement fréquent chez l'enfant, accompagnant de très nombreuses pathologies infectieuses. Plus rarement, elle est liée à un processus purement inflammatoire. Exceptionnellement, elle est d'origine centrale et s'intègre à une dysautonomie.

La question de la légitimité du traitement symptomatique de la fièvre a longtemps été posée. Quelques études *in vitro* ou sur modèle animal expérimental ont montré qu'elle améliorerait le rendement de certaines réactions immunitaires. En pathologie humaine, l'hypo ou la normothermie accompagnant une infection bactérienne invasive est un facteur de mauvais pronostic.

Pour autant, les données actuelles et l'observation quotidienne ont pu démontrer que le bénéfice clinique du traitement antipyrétique contre-balançait largement les effets supposés favorables de la fièvre.

L'objectif du traitement de la fièvre est avant tout de lutter contre l'inconfort de l'enfant.

Celui-ci étant difficile à objectiver, notamment chez les nourrissons, les travaux méthodologiquement recevables étudiant l'amélioration de l'état général du jeune enfant fébrile sous antipyrétiques sont rares et partiellement convaincants. Ces difficultés méthodologiques ne doivent en aucun cas discréditer l'observation clinique quotidienne : **comme l'adulte, l'enfant très fébrile peut être mal à l'aise, irritable, et la baisse de sa température entraîne volontiers un soulagement.**

Très longtemps, le traitement antipyrétique a été présumé prévenir l'hyperthermie maligne et les convulsions fébriles. Aujourd'hui, l'hyperthermie maligne est devenue exceptionnelle, essentiellement l'apanage d'inductions anesthésiques sur terrain génétiquement prédisposé. Les conditions quasi expérimentales de la canicule de l'été 2003, responsable de près de 15000 morts dont environ 30% par hyperthermie majeure, ont apporté un éclairage complémentaire : aucun décès n'a été déploré dans la tranche des 0-15 ans. Quant aux convulsions fébriles, on sait aujourd'hui qu'elles touchent électivement 3 à 5% des enfants de 9 mois à 5 ans, génétiquement prédisposés. Beaucoup plus rarement, elles sont déclenchées par un micro-organisme neurotrope (shigelle, herpes virus 6 de la roséole, ...) ou une infection du système nerveux central (méningite ou encéphalite). La majorité des études portant sur la prévention des convulsions fébriles n'a pu apporter la preuve de l'efficacité des antipyrétiques, qu'il s'agisse du paracétamol ou de l'ibuprofène, pas plus que celle des benzodiazépines(diazépam). Ces résultats rendent compte du caractère inaugural des convulsions fébriles dans environ 30% des cas.

La prise en charge physique et médicamenteuse de la fièvre vise donc essentiellement à lutter contre l'inconfort de l'enfant. Cette prise de conscience récente amène à reconsidérer des prescriptions et des pratiques très largement diffusées.

Les moyens physiques visant à refroidir la température extérieure de l'enfant (bain tiède, enveloppements frais) n'ont qu'un effet modeste et transitoire, et peuvent majorer l'inconfort de l'enfant.

Leur utilité est donc remise en cause. Ils devraient être réservés aux fièvres les plus élevées et mal tolérées, au décours de l'administration de l'antipyrétique, en informant les familles de leur potentiel effet paradoxal. De même;

Découvrir un nourrisson frissonnant chez lequel la fièvre est en cours d'installation n'est sûrement pas la mesure adaptée à l'objectif. Les mises en garde vis à vis d'un jeune enfant fébrile sur-couvert conservent toute leur actualité. De même, il est important de proposer à l'enfant de boire fréquemment.

Trois antipyrétiques ont l'AMM chez l'enfant : l'acide acétylsalicylique (AAS), le paracétamol et l'ibuprofène, tous trois globalement bien tolérés.

1. **Les précautions d'emploi de l'AAS en ont limité très sensiblement la prescription** : le recours à l'AAS doit être évité en cas de virose à la suite des observations de syndrome de Reye.
2. **L'ibuprofène** possède comme l'AAS une activité anti-inflammatoire liée à une inhibition de la synthèse des prostaglandines. **Il est très efficace sur la fièvre de l'enfant.** Sa néphrotoxicité, exceptionnelle, conduit à **éviter son usage en cas de diarrhée** ou d'autre situation à risque de déshydratation ; quelques publications récentes suggérant sa responsabilité dans le développement de surinfections bactériennes graves au cours de la varicelle, il est recommandé de **ne plus l'utiliser en cas de varicelle.**
3. **Le paracétamol allie efficacité et innocuité aux doses recommandées** (15 mg/kg/prise toutes les 6 heures). L'effet antipyrétique est un peu moins rapide qu'avec l'ibuprofène. La thrombopénie induite est exceptionnelle.

Deux règles sous-tendent la prescription d'antipyrétique :

- **la monothérapie** ; aucune étude n'a pu démontrer l'intérêt d'une alternance ou d'une association d'antipyrétiques. Elles sont pourtant toujours largement utilisées en pratique. Elles compliquent l'analyse d'imputabilité en cas d'effet indésirable, notamment de nature allergique dont la prévalence augmente. La réévaluation du rapport bénéfice/risque est le pré-requis à la hiérarchisation de l'ibuprofène et du paracétamol, à l'aune d'un objectif recentré autour du confort de l'enfant.
- **le traitement antipyrétique doit être proposé en continu pendant les 24 premières heures** de l'épisode, quel que soit le niveau de la température.

En pratique, en l'état actuel de nos connaissances et dans l'attente d'une réinstruction du rapport bénéfice/risque des médicaments antipyrétiques ayant l'AMM chez l'enfant, le Groupe de Pédiatrie Générale émet les recommandations suivantes :

- **La prise en charge de la fièvre** demande avant tout une recherche de la cause, qui permet parfois un traitement spécifique.
- Son traitement symptomatique (discuté dès lors que la température centrale est **supérieure à 38°5**) vise **l'amélioration du confort de l'enfant, associant mesures physiques et médicaments antipyrétiques.**

- les mesures physiques comprennent **boissons fréquentes et vêtements légers, sans dénuder l'enfant** lorsque la température est en phase d'ascension.
- le traitement antipyrétique, dans l'appréciation actuelle du ratio bénéfice/risque, conduit à **privilégier le paracétamol en monothérapie à la dose de 15 mg/kg/prise toutes les 6 heures pendant 24h, pour une durée fonction de l'évolution** de la température et de l'état général de l'enfant.