

De la morphine pour une gingivostomatite ? Expérience d'un service d'urgence pédiatrique

**Dr Nathalie de Suremain¹, Dr Amina Franclin², Émilie Courtois³,
Dr Anne Fratta⁵, Dr Cécile Lafaille⁴, Dr Romain Guedj¹,
Pr Ricardo Carbajal¹**

¹ Pédiatres – ² Interne – ³ Infirmière de recherche clinique – ⁴ Médecin,
services des urgences pédiatriques,
⁵ Pharmacienne, service de la pharmacie,
Hôpital d'enfants A. Trousseau, Paris

Les gingivostomatites sont le plus souvent de diagnostic clinique simple et d'évolution favorable en une dizaine de jours [1]. Cependant, les douleurs induites par cette pathologie, parfois très intenses, peuvent avoir des répercussions fonctionnelles importantes. En pratique, il est recommandé d'adapter les traitements antalgiques à l'évaluation systématique de la douleur et de préférer ceux de palier 2 et 3 [2]. Par ailleurs, le traitement, essentiellement symptomatique, vise à permettre une alimentation et une hydratation satisfaisante. Les contre-indications et des difficultés d'observance que l'on peut rencontrer à cet âge (souvent tout est refusé oralement) limitent les moyens thérapeutiques.

Le manque d'études pédiatriques dans la littérature et la disparition de certaines formes galéniques d'antalgiques adaptées à l'enfant ont conduit l'équipe des urgences de l'hôpital Trousseau à faire le point sur les meilleures stratégies thérapeutiques disponibles.

Expérience aux urgences dans la prise en charge des gingivostomatites avant les limitations de l'utilisation de la codéine

Nous avons mené un travail rétrospectif aux urgences sur 5 années entre août 2008 et juin 2013. Nous avons analysé les dossiers informatisés des 1 068 enfants ayant consulté pour une stomatite au sens large. Nous avons colligé 729 dossiers d'enfants atteints de gingivostomatites vésiculeuses. Les caractéristiques cliniques étaient celles d'une Gingivostomatite herpétique dans 54 % des observations ; d'une herpangine dans 21 % et d'un syndrome pieds-mains-bouche dans 25 % des cas. Les effectifs étaient stables au cours des années avec une prédominance estivale. Les enfants étaient jeunes. La médiane est de 21 mois.

Les stomatites avaient engendré plusieurs consultations : 43 % avaient vu au moins un médecin avant de venir aux urgences (67 % en ville). Le motif principal de consultation était la douleur (66 %). La moitié avait pris un traitement antalgique avant de venir aux urgences (74 % d'entre eux un palier 1, 16 % un palier 2 et aucun un palier 3). La douleur et son retentissement sur la prise alimentaire étaient responsables d'une hospitalisation dans 7 % des observations et d'une nouvelle consultation aux urgences dans 5 %.

Un antalgique était prescrit à la sortie des urgences pour 94 % des enfants. Il s'agissait principalement du paracétamol (93 %), de la codéine (68 %) et d'un traitement local (28 %). Les

AINS et la morphine étaient rarement recommandés (moins de 1 %).

La douleur engendrée par les stomatites herpétiques était plus importante, motivant la prescription de codéine aux urgences dans 23 % des cas et dans 85 % des ordonnances de sortie. Dix pour cent de ces enfants étaient hospitalisés.

Moyens thérapeutiques dans le traitement symptomatique de la stomatite

D'évolution le plus souvent bénigne, la prise en charge des gingivostomatites repose sur l'évaluation et le traitement de la douleur. Elle peut à elle seule justifier une hospitalisation. Souvent intense, la douleur est responsable de difficultés d'alimentation jusqu'au refus complet avec déshydratation. Les conseils d'alimentation tiennent compte des choix de l'enfant : utiliser tout ce qui est agréable pouvant favoriser la production de salive (boisson pétillante et/ou sucrée) ; privilégier les boissons froides ou glacées (sucrer des glaçons), les aliments semi-liquides, frais, dépourvus d'acidité ; éviter les aliments qui peuvent blesser (biscotte, gâteaux secs).

Bien que les traitements symptomatiques, souvent décrits, associent les antalgiques locaux et généraux. Il existe peu de données dans la littérature sur l'efficacité des différents protocoles permettant de recommander certaines stratégies [2, 3]. Le choix thérapeutique s'appuie sur l'âge de l'enfant, sa coopération, la galénique des médicaments (goût et texture) et l'observance. Le traitement local est dans notre expérience, ainsi que dans certaines publications, très problématique à réaliser [3-5]. Il est difficilement accepté par l'enfant et peu efficace [6]. À notre sens, et selon les recommandations actuelles, l'antalgie repose sur la voie générale. Elle doit être systématique et associer un palier 1 (de préférence le paracétamol) à un palier 2 ou 3 [2].

Pendant de nombreuses années, la codéine a été un des piliers du traitement analgésique des formes très douloureuses. Cependant, depuis les recommandations de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament de juin 2013 sur les limitations de l'utilisation de la codéine chez le moins de 12 ans et l'arrêt de commercialisation de la forme sirop, le choix est restreint.

Dans la catégorie des antalgiques de palier 2 seul le tramadol peut être utilisé mais n'a l'AMM qu'à partir de 3 ans. La posologie est de 1 à 2 mg/kg/prise 3 à 4 fois/j (sans dépasser 8 mg/kg/j). Les solutions buvables délivrent 2,5 mg de chlorhydrate de tramadol par goutte. Les présentations commerciales sont le Contramal® ou le Topalgic® 100 mg/mL en flacon de 10 mL pour une posologie de ½ goutte/kg/prise.

Dans la catégorie des antalgiques de palier 3, la posologie initiale de la morphine à libération immédiate est de 0,2 mg/kg/4 h, en augmentant par palier de 0,1 mg/kg si cette dose est insuffisante. Les solutions buvables d'Oramorph® adaptées à l'enfant sont soit en récipient unidose de 10 mg/5 mL (posologie 0,1 mL/kg/prise), soit en flacon de 20 mL compte-gouttes 20 mg/mL délivrant 1,25 mg/goutte (posologie 1-2 goutte(s)/10 kg/prise). Les gélules d'Actiskenan® de 5 ou 10 mg peuvent être ouvertes dans la bouche.

Prescription de morphine dans la prise en charge des stomatites à la sortie des urgences

Compte tenu des résultats de ce premier travail et du choix restreint des antalgiques en pédiatrie, nous avons considéré qu'il était nécessaire de prescrire de la morphine à la sortie des urgences pour les enfants les plus douloureux. Après évaluation des risques selon les galéniques,

discussion entre prescripteurs des urgences et en collaboration étroite avec la pharmacienne de l'hôpital nous avons porté notre choix sur la forme buvable Oramorph® en récipient unidosé de 10 mg/5 mL.

Pour obtenir l'adhésion des prescripteurs, nous avons mis à jour le protocole de prise en charge des stomatites dans le guide de nos bonnes pratiques distribué à tous les médecins seniors et internes prenant des gardes. Nous avons informé les médecins de ce nouveau protocole et des règles strictes de prescription des morphiniques. Et, nous avons détaillé en exemple la prescription (la plus courante) d'Oramorph® pour un enfant de 10 kg. Nous avons rédigé une feuille de conseils à remettre aux parents. Afin de faciliter l'obtention de la morphine en officine, nous avons rencontré les pharmaciens du quartier pour que les parents puissent se faire délivrer immédiatement les unidoses d'Oramorph® à la sortie des urgences.

Pour tout enfant présentant une douleur sévère et par conséquent susceptible de sortir avec une prescription de morphine ; une dose d'essai à la posologie de 0,2 mg/kg est donnée aux urgences afin d'en évaluer son efficacité et sa tolérance. Puis nous réévaluons la douleur de l'enfant pour adapter la posologie et nous lui proposons de manger. Lorsque la sortie est envisageable des explications sont fournies aux parents sur les unidoses d'Oramorph®. Afin d'en vérifier la bonne compréhension, ils sont invités à prélever à l'aide d'une seringue, la quantité exacte prescrite. Enfin la feuille de conseils, reprenant les modalités de prescription et les éléments de la surveillance, est remise aux parents avec l'ordonnance.

L'organisation du service des urgences de Trousseau fait intervenir en fonction des jours et des horaires, des permanents, des internes et de nombreux médecins extérieurs aux services. Ils sont libres de leur prise en charge et de la prescription des traitements. Pour connaître les pratiques et l'adhésion des prescripteurs aux nouvelles recommandations nous avons recueilli les dossiers des enfants qui ont consulté pour stomatite entre janvier et août 2014. Les résultats préliminaires montrent que 90 enfants avaient les caractéristiques cliniques d'une Gingivostomatite herpétique. Quatorze pour cent d'entre eux ont été hospitalisés, chiffre en augmentation par rapport à nos pratiques antérieures. Des antalgiques de palier 2 et 3 ont été prescrits dans 44 % des ordonnances de sortie. Un effort d'information nous reste à faire si nous les comparons au 85 % de prescription de codéine. Le choix s'est porté pour une solution buvable de chlorhydrate de tramadol chez 18 % des enfants. Ce traitement a été prescrit dans 4 cas sur 17 hors AMM (âge < 3 ans). La morphine a été prescrite en ambulatoire chez 27 % des enfants. Quatre-vingt-sept pour cent d'entre eux avaient moins de 3 ans.

Afin de prescrire à bon escient les antalgiques, nous devons évaluer au plus juste la douleur chez ces très jeunes enfants. Comme dans d'autres études nous avons rencontré des difficultés quant à la cotation. Nous menons actuellement des travaux dans le service afin de mieux l'évaluer chez ces enfants, de mieux comprendre les réticences éventuelles à l'utilisation de la morphine et d'améliorer la détection des éventuels effets secondaires.

En conclusion

Le traitement symptomatique des gingivostomatites de l'enfant repose dans la plupart des cas sur la prescription de dérivés morphiniques associés aux antalgiques de palier 1. Ce changement des pratiques nécessite un travail en amont pour obtenir l'adhésion des médecins puis des familles. Ne pas prescrire de morphinique dans les douleurs aiguës en raison des restrictions de la codéine serait un retour en arrière de plus de 15 ans dans l'antalgie en pédiatrie.

Références

- [1] Rioboo-Crespo M del R, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005 ; 10 (5) : 376-87.
- [2] Afssaps. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique. Juin 2009.
- [3] Miller MM, Donald DV, Hagemann TM. Prevention and treatment of oral mucositis in children with cancer. Review article. *J Pediatr Pharmacol Ther* 2012 ; 17 (4) : 340-50.
- [4] Sheikh S, Gupta D, Pallagatti S *et al.* Role of topical drugs in treatment of oral mucosal diseases. A literature review. *N Y State Dent J* 2013 ; 79 (6) : 58-64.
- [5] Faden H. Management of primary herpetic gingivostomatitis in young children. *Pediatr Emerg Care* 2006 ; 22 (4) : 268-9.
- [6] Hopper SM, McCarthy M, Tancharoen C *et al.* Topical lidocaine to improve oral intake in children with painful infectious mouth ulcers : a blinded, randomized, placebo-controlled trial. *Ann Emerg Med* 2014 ; 63 (3) : 292-9.