EPU DE L'HÔPITAL ARMAND-TROUSSEAU

La douleur engendrée par les stomatites chez l'enfant

→ N. DE SUREMAIN, J.B. ARMENGAUD, C. ARNAUD, C. TOURNIER, P. GATTERRE, F. HAMILA, R. GUEDJ, D. POP JORA, R. CARBAJAL
Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

De grande fréquence, les stomatites de l'enfant sont majoritairement bénignes [1, 2]. Les principales étiologies sont infectieuses (virales, bactériennes, mycosiques), allergiques, traumatiques ou liées à l'apparition des dents. Par leur gravité, certaines sont à rechercher : la maladie de Kawasaki, les stomatites bulleuses (dont l'érythème polymorphe), la maladie de Behçet, les hémopathies (leucémies) et désordres immunitaires (agranulocytose, VIH).

Les stomatites les plus courantes sont de diagnostic clinique simple et d'évolution favorable en une dizaine de jours. 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 [3]. 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 nous ont conduit à faire un travail sur les stomatites de l'enfant. Nous voulions connaître les motifs de consultation en fonction des étiologies, l'évaluation de la douleur engendrée et leur prise en charge, ainsi que les échecs afin de faire le point sur les meilleures stratégies thérapeutiques disponibles.

Expérience et prise en charge aux urgences : données préliminaires

Aux urgences de l'hôpital Trousseau, nous avons mené un travail rétrospectif sur 5 années entre 2008 et 2012. Nous avons analysé les dossiers informatisés des enfants ayant consulté pour stomatite au sens large. Les diagnostics incluaient gingivostomatite, candidose buccale, angine vésiculeuse, lésions vésiculeuses buccales, aphtose, dysphagie. Nous avons colligé 1 060 dossiers d'enfants atteints de stomatite. Les effectifs sont stables au cours des années avec une prédominance épidémique au printemps et en été pour les herpangines.

Les principaux motifs de consultation étaient la fièvre (61 %), les difficultés d'alimentation (51 %) et la douleur (30 %). Les enfants étaient jeunes. L'âge moyen est de 3 ans (dérivation standard 2,9 ans). L'étiologie virale, diagnostiquée cliniquement, prédominait. Les caractéristiques cliniques étaient celles d'une gingivostomatite herpétique dans 44 % des observations et d'une stomatite à coxsackie (herpangine) dans 35 % des cas. Dans ces derniers cas, l'âge moyen (DS) était de 2,6 (2,2) ans dans les gingivostomatites herpétiques et 2,7 (2,2) ans dans les stomatites à coxsackie.

Les enfants consultaient aux urgences le premier jour des symptômes dans 27 % des observations, après 2 à 4 jours d'évo-

lution dans 44 % et après 5 jours d'évolution dans 23 %. Les stomatites avaient engendré plusieurs consultations : 38 % avaient déjà vu un médecin avant de venir aux urgences (63 % en ville et 35 % à l'hôpital) et 4 % vont consulter à nouveau aux urgences. La douleur et son retentissement sur la prise alimentaire sont responsables d'une hospitalisation dans 5 % des observations. Cette proportion est plus importante en cas de lésions de type herpétique : 48 % des enfants avaient consulté au préalable et 9 % des enfants ont été hospitalisés pour hydratation intraveineuse.

Sur l'ensemble des enfants vus aux urgences pour une stomatite, un traitement antalgique a été prescrit à la sortie chez 87 % d'entre eux. Il s'agissait du paracétamol dans 73 % des cas, des AINS dans 1 %, de la codéine dans 50 %, de la morphine dans 1 % et d'un traitement local dans 30 %. Les stomatites vésiculobulleuses étaient les plus douloureuses : 2 % de morphine orale donnée aux urgences, 9 % de nalbuphine intraveineuse et 74 % de codéine prescrite au domicile.

Stomatites aiguës vésiculobulleuses fréquentes de l'enfant : données de la littérature

1. Gingivostomatite herpétique

Avec la pharyngite, **la gingivostomatite** est la manifestation la plus fréquente de la primo-infection à herpès simplex virus 1. Elle touche les nourrissons de 9 à 28 mois sans prédominance de sexe, de saison, ou du statut social [4]. Après une incubation de 6 jours environ, apparaissent des lésions vésiculeuses érosives à bord nets sur une muqueuse érythémateuse. Elles peuvent confluer et donner une lésion étendue à contours polycycliques. Elles touchent avec prédilection la lèvre et la gencive, mais toute la cavité buccale peut être atteinte (sans dépasser le voile du palais). Des lésions cutanées à distance péribuccales ou digitales (à type de vésicules groupées en bouquet) peuvent se développer par contact direct avec la cavité buccale.

Le tableau débute par une fièvre élevée et un refus alimentaire. L'enfant est souvent irritable, très algique jusqu'au mutisme [4]. La survenue des récurrences est une complication fréquente. Elle peut se traduire par une atteinte localisée, la plus souvent labiale, ou par une stomatite en tous points similaires à celle de la primo-infection. Le traitement est, dans la majorité des cas, purement symptomatique. La guérison survient habituellement sans séquelles en 7 à 14 jours.

Il n'y a pas de consensus quant au traitement par aciclovir chez les sujets immunocompétents. Cependant, les données limitées de la littérature suggèrent que, pour un surcoût modeste et sans risque d'effets secondaires majeures, l'aciclovir oral prescrit dans les 3 premiers jours permet de réduire la durée des symptômes [5].

2. Stomatite à virus coxsackie ou échovirus

Classiquement, cette affection survient de manière épidémique pendant les mois d'été et est transmise par contage direct oropharyngé.

>>> **L'herpangine** est une stomatite vésiculeuse postérieure fébrile due aux virus coxsackie A et B ou l'échovirus, à l'origine d'épidémie d'"angine" estivale de l'adolescent et de l'enfant. Elle est responsable d'une dysphagie. La maladie se développe brutalement après une période d'incubation de 4 à 10 jours. Les lésions initiales sont des papules, lesquelles deviennent rapidement des vésicules qui se rompent, laissant des ulcérations douloureuses de petit diamètre recouvertes par une membrane blanchâtre. Ces manifestations siègent avec prédilection sur le voile, la luette et la paroi pharyngée postérieure. Les signes généraux sont fréquemment associés : une fièvre élevée, des céphalées, des douleurs abdominales ou des vomissements. L'évolution de cette affection bénigne dépasse rarement 1 semaine. Son traitement est purement symptomatique [1].

>>> **Le syndrome mains-pieds-bouche** est une affection caractérisée par une éruption vésiculeuse de topographie buccale et acrale très évocatrice. Le virus souvent responsable est le coxsackie A16. La stomatite douloureuse réalise la même séquence évolutive que l'herpangine. Les principales localisations sont la langue, le palais, la muqueuse jugale et épargnent les lèvres. Les manifestations cutanées sont retardées de 24 à 48 heures. Elles sont à types de maculopapules érythémateuses se transformant en vésicules caractéristiques oblongues, grises entourées d'un liseré inflammatoire qui se rompent pour former des croûtes. Elles sont localisées aux mains, aux pieds et à la face dorsale des doigts. Une atteinte du siège est également possible. Les signes généraux sont d'intensité variable. L'évolution est spontanément favorable sans complication en 7 à 10 jours. Le traitement est symptomatique [1].

3. Stomatites bulleuses : érythème polymorphe

L'érythème polymorphe est un mode de réaction non spécifique, probablement immuno-allergique, où l'étiologie infectieuse (récurrence herpétique, infection respiratoire à mycoplasme) est largement prédominante devant l'étiologie toxi-médicamenteuse (AINS). Le diagnostic repose sur des critères cliniques cutanés et muqueux. Les lésions cutanées sont vésiculobulleuses, "en cocarde", situées de façon symétrique et prédominant aux extrémités. Les lésions bulleuses muqueuses affectent toute la cavité buccale, mais épargnent générale-

ment la gencive. Elles sont rapidement remplacées par des érosions douloureuses. Dans la forme mineure, avec peu d'atteinte des muqueuses, l'évolution est le plus souvent bénigne en 2 à 6 semaines. Le traitement est symptomatique et étiologique si possible. Dans la forme majeure (**syndrome de Stevens-Johnson)** avec atteinte sévère de toutes les muqueuses, le pronostic dépend de l'atteinte cornéenne possible, des signes généraux (collapsus) et de l'atteinte pulmonaire. L'atteinte cutanée peut être extensive, se rapprochant du tableau de la nécrolyse épidermique toxique [6].

Traitement symptomatique de la stomatite

D'évolution le plus souvent bénigne, la prise en charge des stomatites vésiculobulleuses repose sur l'évaluation et le traitement de la douleur. Elle peut à elle seule justifier une hospitalisation. Souvent intense, elle est responsable de difficultés d'alimentation jusqu'au refus alimentaire 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 (sucer des glaçons), les aliments semi-liquides, frais, dépourvus d'acidité ;
– éviter les aliments qui peuvent blesser (biscotte, gâteux 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 [7]. 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 [7, 8]. Il est difficilement accepté par l'enfant et peu efficace [9]. **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** [3].

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 certaines formes galéniques de morphine, 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 par jour (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 d'une demie-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 1 mL/10 kg/prise), soit en flacon de 20 mL compte-goutte 20 mg/mL délivrant 1,25 mg par goutte (posologie 1-2 goutte(s)/10 kg/prise). Les gélules d'Actiskenan de 5 mg ou 10 mg peuvent être ouvertes dans la bouche.

Conclusion

La prise en charge de la douleur intense dans la stomatite vésiculobulleuse aiguë de l'enfant repose sur la prescription de dérivés morphiniques associés aux antalgiques du palier 1. La non prescription de morphiniques en raison des restrictions de la codéine serait un retour en arrière de plus de 15 ans dans l'antalgie en pédiatrie.

Bibliographie

1. Red Book®. Report of the Committee on Infectious Diseases. *Am Acad Pediatrics*, 2012.
2. Rioboo-Crespo MR, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2005;10:376-387.
3. Afssaps. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique. Juin 2009
4. Cataldo F, Violante M, Maltese I *et al.* Herpetic gingivostomatitis in children: the clinico-epidemiological aspects and findings with acyclovir treatment. A report of the cases of 162 patients. *Pediatr Med Chir*, 1993;15:193-195.
5. Hudson B, Powell C. Towards evidence based medicine for paediatricians. Does oral aciclovir improve clinical outcome in immunocompetent children with primary herpes simplex gingivostomatitis? *Arch Dis Child*, 2009;94:165-167.
6. HAS. Nécrolyse épidermique toxique. Protocole national de diagnostic et de soins. Juin 2010.
7. Miller M, Donald D, Hagemann T. Prevention and treatment of oral mucositis in children with cancer. Review article. *J Pediatr Pharmacol Ther*, 2012;17:340-350.
8. Faden H. Management of primary herpetic gingivostomatitis in young children. *Pediatr Emerg Care*, 2006;22:268-269.
9. 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,* 2013 Nov 7.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.