



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations de la SFORL

Comment substituer la codéine après amygdalectomie chez l'enfant de moins de 12 ans ? Recommandation de la Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou[☆]



I. Constant^{c,*}, S. Ayari Khalfalla^a, A. Brunaud^b, V. Deramoudt^d, P. Fayoux^e, A. Giovanni^f, C. Mareau^g, R. Marianowski^h, J. Michel^f, M. Mondainⁱ, A. Paganelli^f, S. Pondaven^j, P. Schultz^k, J.-M. Treluyer^l, C. Wood^m, R. Nicolas^f, Groupe de travail de la SFORL

^a Service d'ORL, chirurgie cervico-faciale et audiophonologie, hôpital Femme-Mère-Enfant, HCL groupement hospitalier est, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron cedex, France

^b Cabinet d'ORL, centre médical alpha 128, 128, avenue des Champs-Lasniers, 91940 Les Ulis, France

^c Service d'anesthésie-réanimation, hôpital Armand-Trousseau, 26, avenue du Docteur-Netter, 75012 Paris, France

^d Service ORL et chirurgie cervico-faciale, hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes, rue Henri-Le-Guilloux, 35033 Rennes, France

^e Service ORL et consultation chirurgicale pédiatrique, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 59037 Lille, France

^f Service ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex, France

^g Centre de la douleur chronique, CHU La Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex, France

^h Service ORL et chirurgie cervico-faciale, CHRU de Brest, 5, avenue Foch, 29200 Brest, France

ⁱ Service ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU de Montpellier, 34295 Montpellier cedex 5, France

^j Service ORL et chirurgie cervico-faciale pédiatrique, hôpital Clocheville, boulevard Beranger, 37000 Tours, France

^k Service ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU Hautepierre, 1, avenue Maline, 67098 Strasbourg, France

^l Faculté et université Paris Descartes, rue de l'École de Médecine, 75006 Paris, France

^m Centre de prise en charge de la douleur chronique, CHU Dupuytren, 2, avenue Martin-Luther-King, 87000 Limoges, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Amygdalectomie
 Analgésie
 Codéine
 Anti-inflammatoire
 Corticoïde
 Dépression respiratoire
 Apnée obstructive du sommeil
 Douleur
 Vomissement
 Hémorragie

RÉSUMÉ

Les auteurs exposent les recommandations de la Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou (SFORL) concernant le traitement de la douleur après amygdalectomie de l'enfant et de l'adulte. Un groupe de travail multidisciplinaire a été chargé d'effectuer une revue de la littérature scientifique. À partir de ces textes et de l'expérience de chacun, des recommandations ont été rédigées. Elles ont ensuite été relues par un groupe de lecture indépendant du groupe de travail. Une réunion de synthèse a permis d'aboutir à la version finale de la recommandation. Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B, C ou accord professionnel selon un niveau de preuve scientifique décroissant. À domicile, en association avec le paracétamol : il est recommandé de privilégier les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en cas de risque respiratoire accru, notamment en cas de syndrome d'apnées obstructives du sommeil sévère ; en cas de risque hémorragique accru (troubles de l'hémostase, difficultés chirurgicales...), il est recommandé de privilégier le tramadol. Il est recommandé l'évaluation des deux autres schémas thérapeutiques (AINS modifiés et corticoïdes) qui n'ont pas fait l'objet d'études spécifiques. Le traitement de la douleur de l'enfant après amygdalectomie repose sur un compromis bénéfice-risque individualisé.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2014.06.001>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : isabelle.constant@trs.aphp.fr (I. Constant).

1. Introduction

L'amygdalectomie est une des interventions les plus fréquentes chez l'enfant. Elle est associée à une douleur postopératoire d'intensité modérée à sévère, évoluant sur une période de l'ordre de 7 jours [1] (niveau de preuve 2). Plusieurs points doivent être pris en compte dans la réflexion concernant l'algorithme décisionnel relatif à l'analgésie post-amygdalectomie :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2014.07.003>

1879-7261/© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

- la douleur post-amygdalectomie est principalement d'origine inflammatoire, elle se caractérise par une composante de fond qui est majorée par les stimulations mécaniques, par exemple lors de la déglutition, de l'alimentation ou des vomissements ;
- la population pédiatrique concernée par l'amygdalectomie se caractérise à l'heure actuelle par un âge relativement jeune et surtout par la présence fréquente d'un syndrome obstructif induisant en période de relaxation musculaire (sommeil ou sédation), un risque d'apnée obstructive potentiellement responsable d'épisode d'hypoxie (syndrome d'apnées obstructives du sommeil [SAOS]). Cette population a été démontrée comme étant plus sensible aux effets dépresseurs respiratoires de la morphine administrée en postopératoire [2] (niveau de preuve 2). Les enfants obèses apparaissent également comme une population à risque élevé de complications respiratoires après amygdalectomie [3] (niveau de preuve 2) ; dans le même sens les niveaux élevés d'indice de masse corporelle (IMC) sont associés à des niveaux élevés de douleur postopératoire [4] (niveau de preuve 2) ;
- en dehors des quelques heures postopératoires immédiates, cette douleur doit être gérée par les parents à domicile. Cette gestion non médicalisée implique, outre la dispensation d'une information éducative aux parents, l'utilisation de produits ayant un intervalle thérapeutique large et prédictible. Ainsi idéalement, les antalgiques utilisés devraient présenter une efficacité satisfaisante et adaptée au type de douleur, pour des doses normalisées pour le poids, bien définies (faible variabilité interindividuelle), avec des effets secondaires limités voire absents lorsqu'il s'agit d'effets secondaires graves avec risque vital potentiel (dépression respiratoire et saignement) ;
- l'analgésie postopératoire à domicile se révèle souvent insuffisante, malgré une prescription médicale adaptée [5] (niveau de preuve 2). Pendant les 3 premiers jours postopératoires, comparée à une administration à la demande, l'administration programmée non conditionnelle des antalgiques est associée à une consommation plus importante de ces produits, avec des scores de douleurs plus faibles [6] (niveau de preuve 2) ;
- le principe de traitement multimodal de la douleur est particulièrement important dans ce contexte, car l'association de produits d'effets additifs ou mieux synergiques doit permettre d'obtenir un ratio bénéfice/risque optimisé [7] (niveau de preuve 1) ;
- les effets secondaires de type nausées-vomissements postopératoires (NVPO) sont fréquents après amygdalectomie. Mécaniquement, ils sont sources de majoration de la douleur et ils augmentent le risque de saignements. Leur traitement ou prévention interagit donc étroitement avec la prise en charge de la douleur, ce d'autant que certaines molécules antalgiques présentent des effets anti-émétisants (AINS, corticoïdes. . .) alors que d'autres présentent plutôt des effets émétisants (morphine, tramadol. . .).

Il existe donc dans le contexte post-amygdalectomie, une triade complexe : douleur–vomissements–saignements, dont la prise en charge repose sur un compromis optimisé avec une cible principale qui pourra varier en fonction du choix du prescripteur, en termes de type et de niveau de risque encouru. À cette triade se surajoute le risque de dépression respiratoire, lorsque l'on utilise des produits antalgiques opioïdes ou dérivés, notamment chez des enfants dont la sensibilité à ces effets dépresseurs est augmentée (SAOS).

2. L'exclusion de la codéine

La codéine était jusqu'à son exclusion du marché pédiatrique, l'antalgique de palier 2 communément prescrit dans la prise en charge de la douleur post-amygdalectomie.

La codéine est une prodrogue dont le métabolisme conduit à la formation, d'une part, de métabolites inactifs (80%) et, d'autre part, à la formation de morphine (20%), métabolite actif responsable de l'effet analgésique de la codéine. La formation de la morphine dépend de l'activité du cytochrome CYP2D6, celle-ci est très variable compte tenu de son polymorphisme génétique et de la fréquence de ses duplications. Ainsi, le métabolisme de la codéine (et donc son effet analgésique) est très variable en fonction du génotype des individus : chez les faibles métaboliseurs (5 à 10% des caucasiens), la codéine est peu ou pas efficace, alors que chez les ultra métaboliseurs (2% chez les Caucasiens et plus de 20% en Afrique et au Moyen Orient) la codéine produit une quantité importante voire très importante de morphine, exposant aux risques de surdosage et donc de dépression respiratoire. Un certain nombre d'accidents de ce type ont été décrits, notamment chez des enfants opérés d'amygdalectomie, ayant reçu en postopératoire à domicile, de la codéine.

En 2012, la FDA (Food and Drug Administration) reprend les données des événements indésirables survenus entre 1969 et mai 2012 et elle identifie 13 cas de décès ($n=10$) ou dépression respiratoire grave ($n=3$) associés à l'administration de codéine. Sept de ces cas avaient été préalablement décrits dans la littérature [8–11] (niveau de preuve 4). Ces enfants étaient âgés de 21 mois à 9 ans. La plupart des cas (11/13) sont décrits dans les suites d'une amygdalectomie ($n=8$) ou d'une infection des voies aériennes supérieures ($n=3$). Dans la plupart des cas, les doses prescrites de codéine étaient considérées comme appropriées aux États-Unis (de l'ordre de 1 mg/kg toutes les 4 à 6 heures). Sept enfants ont eu une analyse génétique afin de déterminer leur niveau d'activité métabolique CYP2D6 ; trois furent caractérisés comme métaboliseurs ultra rapides, 3 comme métaboliseurs normaux et un comme probable métaboliseur ultra rapide. Deux cas supplémentaires de décès après amygdalectomie (3 et 12 ans) furent identifiés dans le cadre d'une enquête de la société américaine d'ORL, les deux enfants étaient diagnostiqués comme métaboliseurs ultra rapides [12] (niveau de preuve 4). Tous les décès décrits en post-amygdalectomie étaient survenus chez des enfants présentant en préopératoire, un SAOS.

Dans ce contexte, aux États-Unis, la FDA contre indique en février 2013, l'emploi de la codéine en postopératoire de l'amygdalectomie et recommande de n'utiliser la codéine chez l'enfant algique que si le bénéfice semble supérieur au risque [13] (niveau de preuve 1).

En Europe, l'Agence européenne du médicament (EMA) présente la même démarche, avec un communiqué du PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) immédiatement relayé par l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament – ex Afssaps) en date du 12 avril 2013, notifiant une restriction de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de la codéine [14] (niveau de preuve 1) : il est donc recommandé de ne plus utiliser la codéine chez l'enfant opéré d'amygdalectomie ou d'adénoïdectomie.

3. Ratio bénéfice-risque des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Comparés au paracétamol ou à un placebo, les AINS procurent une analgésie supérieure avec une diminution des NVPO [15] (niveau de preuve 1). Dans le contexte post-amygdalectomie, l'utilisation de l'association paracétamol–AINS est plus efficace que l'utilisation isolée d'un des deux produits [16] (niveau de preuve 1). Comparés à l'association codéine–paracétamol, les AINS (ibuprofène) présentent des effets antalgiques similaires avec une moindre incidence des vomissements [17] (niveau de preuve 2).

Leur principal inconvénient est leur interaction avec le processus de la coagulation (altération de l'hémostase primaire par

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4104879>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4104879>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)