

4e rencontre francophone Suisse et France voisine de la douleur chez l'enfant

Revue de la littérature francophone quoi de neuf dans
la prise en charge de la douleur chez l'enfant ?

Jeudi 6 mai 2010

Signal de BougyBougy-Villars (Vaud)

Département de l'Enfant et de l'Adolescent DEA

PÉDIADOL - Association pour le traitement de la douleur de l'enfant

16^e journées

La douleur de l'enfant
Quelles réponses ?

Jeudi 3 décembre 2009
UNESCO PARIS

LIVRE DES COMMUNICATIONS

www.pediadol.org

16e Journées UNESCO La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?

2 & 3 décembre 2009

Les publications sur la douleur de l'enfant : une sélection des plus pertinentes
en 2008-2009

**Dr Élisabeth Fournier-Charrière*, Patricia Cimerman,
Dr Édith Gatbois, Dr Barbara Tourniaire, Dr Élisabeth Walter
et le groupe PÉDIADOL**

*Unité de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs de l'adulte et de l'enfant,
Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, Assistance publique – Hôpitaux de Paris

Les recommandations de l'Afssaps

En premier lieu nous vous recommandons vivement la lecture (et l'application !) des recommandations « Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant »¹.



Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé

Recommandations de bonne pratique

PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DE LA DOULEUR AIGUË ET CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT

Partie 1 : Prise en charge de la douleur en milieu hospitalier et situations particulières en ville

ARGUMENTAIRE

Juillet 2009



ÉVALUATION ET STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUË EN AMBULATOIRE CHEZ L'ENFANT DE 1 MOIS À 15 ANS

MARS 2000

Service recommandations et références professionnelles

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations pour la pratique clinique sur le thème « Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans » ont été élaborées à la demande du ministère de la Santé. Elles sont destinées à tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la douleur aiguë de l'enfant.

Les propositions sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

une recommandation de *grade A* est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve : par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;

une recommandation de *grade B* est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve : par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte ;

une recommandation de *grade C* est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

Recommandations Mucite

Pour traiter localement les douleurs liées aux mucites de l'enfant, aucune donnée publiée ne permet de conseiller un type spécifique de bains de bouche (BDB) (Grade C). Le choix du BDB doit tenir compte de l'acceptabilité, du goût, de l'odeur et du risque lié à la pénétration transmuqueuse du produit actif (Accord professionnel). Les BDB ne doivent pas contenir de solutés alcooliques (Accord professionnel). Il n'est pas recommandé d'y diluer des antifongiques (Accord professionnel). Les solutés bicarbonatés ont pour objectif d'améliorer la tolérance locale (Accord professionnel).

En cas de mauvaise tolérance ou de mauvaise acceptabilité des produits antiseptiques, un rinçage buccal à l'eau stérile peut être préconisé (Accord professionnel).

Les anesthésiques locaux de type xylocaïne (solution ou gel) n'ont pas fait l'objet d'études spécifiques en pédiatrie. La dose à ne pas dépasser est 2 à 3 mg/kg toutes les 2 heures (Accord professionnel).

Il est préconisé de :

- prendre en charge les enfants selon les recommandations actuelles des traitements des douleurs d'intensité moyenne à sévère (Accord professionnel) ;

- préférer le chlorhydrate de morphine en PCA dès l'âge de 5 ans, si l'état de l'enfant le permet (Grade C).

Il n'y a pas de donnée permettant de privilégier un autre morphinique.

En association aux antalgiques, des méthodes psycho-corporelles (relaxation, hypnose, autohypnose, ...) peuvent être préconisées (Accord professionnel).

Du fait du manque de données spécifiques en dehors des mucites des patients cancéreux, il est recommandé d'appliquer ces propositions pour l'antalgie des mucites non cancéreuses et notamment les mucites herpétiques ou les aphtoses des maladies dysimmunitaires (Accord professionnel).

Recommandations Pose de sonde nasogastrique

Il n'existe pas de données pédiatriques permettant d'établir des recommandations. Néanmoins, les données disponibles chez l'adulte incitent à recommander l'utilisation systématique d'une anesthésie locale de la narine par gel, spray ou nébulisation au masque, immédiatement avant la pose d'une SNG

Au DEA, essai avec du MEOPA, hypnose par une psychologue

Recommandations Douleur drépanocytaire

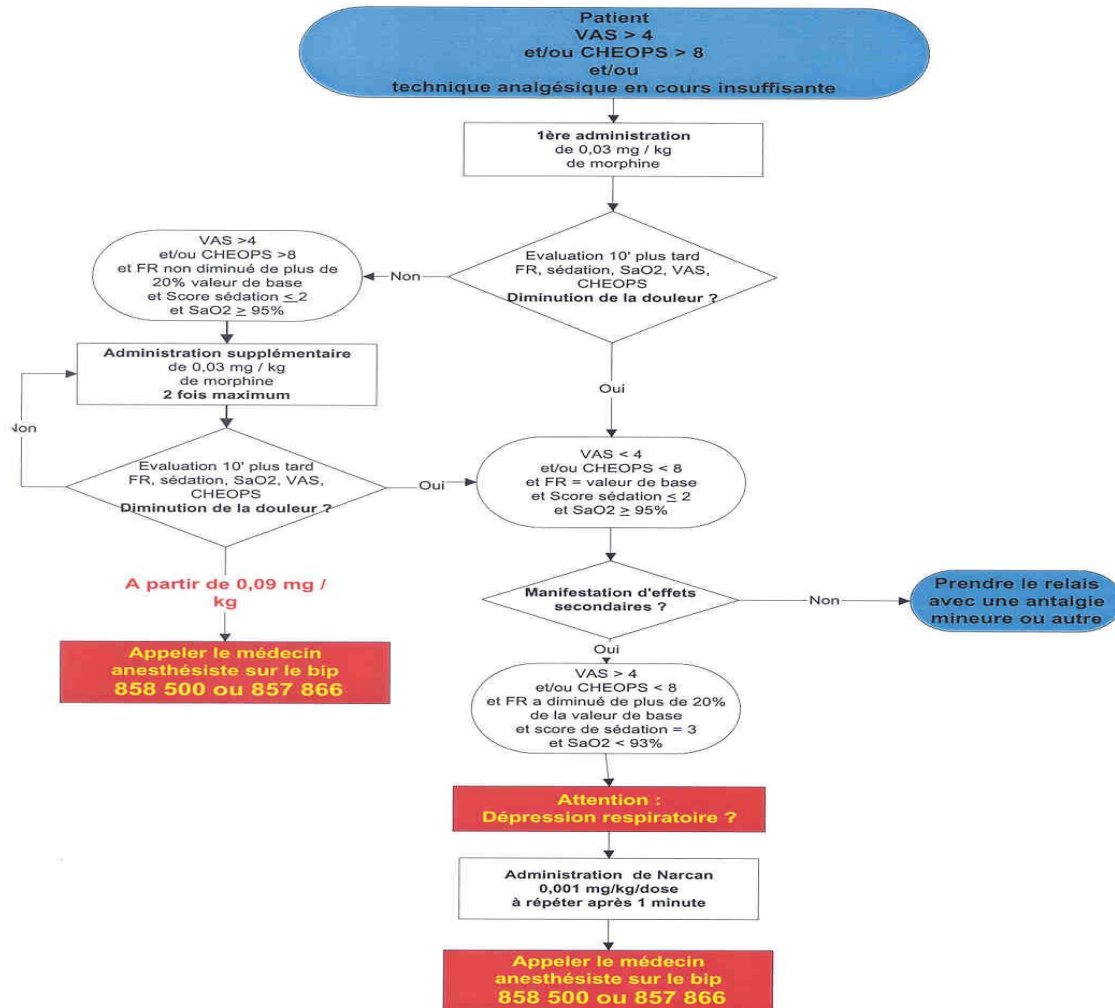
En cas de douleur aiguë sévère, la morphine par voie orale est recommandée (Grade A). **L'initiation d'une analgésie autocontrôlée (PCA) de morphine dès le département des urgences (après titration par dose de charge et bolus) est recommandée avec une surveillance médicale et paramédicale adéquate (Grade C).** Dans ce cas, il est recommandé de privilégier un faible débit de base (ex 20 microg/kg/h) associé à des bolus forts (ex 40 microg/kg) (Grade C).

Une individualisation du traitement par morphine est nécessaire pour obtenir la meilleure analgésie tout en minimisant les effets indésirables, qui doivent être traités et prévenus.

L'oxygénothérapie n'a pas d'efficacité antalgique documentée (Grade B).

En cas d'analgésie insuffisante, l'inhalation de MEOPA est un recours (Accord professionnel).

Autant dans la prise en charge des crises aiguës que dans le suivi et la prévention des récives, il est important de mettre en oeuvre une approche globale (incluant famille, scolarité et loisirs) et de prendre en compte l'intérêt des méthodes psychocorporelles (relaxation, auto-hypnose).



Recommandations Brûlures

La douleur de la brûlure est parfois assez forte pour justifier le recours à la morphine (Grade A). Pour les brûlures étendues, la dose efficace doit être atteinte par paliers selon le principe de titration.

L'analgésie est entretenue par une perfusion continue (20-50 µg/kg/h) supplémentée par des bolus (20-50 µg/kg) injectés par les patients (**PCA**) ou les infirmières (avant 6 ans, brûlures et pansements entravant l'utilisation du bouton-poussoir) (Grade B). L'association au paracétamol ou à un d'AINS est utile pour réduire la consommation de morphine et/ou l'incidence des effets indésirables.

Pour les brûlures peu étendues, la morphine est utilisée d'emblée par voie orale. La posologie nécessaire est habituellement d'au moins 1 mg/kg/j, réparti en six prises. Des interdoses permettent de contrôler les épisodes douloureux intercurrents.

Recommandations Vaccination

La douleur provoquée par les vaccins est variable selon la nature du vaccin. L'administration orale de solutions sucrées et la succion sont recommandées pour prévenir la douleur liée à la vaccination chez l'enfant de moins de 4 mois (Grade B). En dehors du BCG, on peut recommander l'utilisation topique de l'association lidocaïne-prilocaine (Grade C).

Il est recommandé d'associer les techniques de distraction (Grade B).

Recommandations Otite

L'intensité de la douleur de l'otite peut conduire à recommander une association d'antalgiques. Il est recommandé d'utiliser le paracétamol et l'ibuprofène (Grade B). En cas de douleur sévère et persistante, on peut recommander la codéine orale à partir de l'âge d'un an (Accord professionnel).

Chez l'enfant de plus d'un an, des gouttes auriculaires contenant un anesthésique local peuvent être prescrites dans l'otite moyenne congestive, l'otite phlycténulaire et l'otite barotraumatique, en l'absence de perforation tympanique (Grade C).

Recommandations Angine

Les douleurs étant souvent modérées, il est recommandé de prescrire en première intention un antalgique de palier 1. Le paracétamol et l'ibuprofène semblent d'efficacité équivalente dans cette indication (Grade B).

L'intensité des douleurs engendrées par ce type de pathologie peut nécessiter la prescription d'un antalgique de niveau 2 (Accord professionnel).

Une corticothérapie orale de courte durée en association à l'antibiothérapie peut se discuter en cas d'angine streptococcique avec douleurs sévères, chez l'enfant à partir de 5 ans (Grade B).

Recommandations Prise en charge de la dysménorrhée



La prescription d'un AINS est recommandée pour les dysménorrhées primaires (Grade A).
L'utilisation de contraceptifs oraux peut constituer une alternative efficace (Grade A).

Recommandations Migraine



La migraine est la céphalée primaire la plus fréquente chez l'enfant. Elle touche 5 à 10 % des enfants.

L'ibuprofène 10 mg/kg doit être privilégié en traitement de crise (Grade A). Le paracétamol 15 mg/kg reste néanmoins un traitement de crise souvent efficace. Le sumatriptan nasal est à utiliser en deuxième intention à partir de 12 ans (Grade B).

On ne doit pas donner de codéine, de tramadol ou de morphine en traitement de la crise. Aucune étude de qualité ne permet d'émettre de recommandation pour le traitement médicamenteux de fond de la migraine de l'enfant (Grade A). Les méthodes psychocorporelles (relaxation, autohypnose...) peuvent être recommandées (Accord professionnel).

Recommandations Douleur neuropathique

Le questionnaire DN4, validé chez l'adulte, est une aide au diagnostic. Chez l'adulte, les antidépresseurs tricycliques, la gabapentine, la morphine et le tramadol sont recommandées pour le traitement de la douleur neuropathique (Grade A).

Chez l'enfant, il est recommandé d'utiliser en première intention soit la gabapentine (10 à 30 mg/kg en trois prises), soit l'amitriptyline (0.3 à 1 mg/kg/j en une prise le soir), et de réserver les morphiniques aux situations de douleur mixte (Accord professionnel). Le choix de la molécule de première intention repose sur l'efficacité mais également sur les effets indésirables, ainsi que sur une action éventuelle sur les comorbidités (anxiété, dépression, troubles du sommeil).

La monothérapie doit être la règle en première intention. La posologie doit être augmentée très progressivement.

En cas d'échec complet, il est légitime d'utiliser une molécule d'une autre classe médicamenteuse.

Le clonazépan n'est pas recommandé en l'absence de preuves d'efficacité, cependant il reste utilisé en cas de fulgurances (Accord professionnel).

La kétamine à petite dose peut être associée comme adjuvant dans des douleurs rebelles souvent d'origine mixte (nociceptive et neuropathique), en particulier dans le cancer et en fin de vie (Accord professionnel).

Compte tenu de la situation chronique, l'effet raisonnablement attendu est une réduction de 50% de la douleur. L'objectif est avant tout l'amélioration de la qualité de vie, du sommeil et de l'humeur, ainsi que le maintien des capacités cognitives, avec réinsertion familiale, scolaire, sociale. La prescription fait partie d'un ensemble thérapeutique associant le plus souvent des méthodes non pharmacologiques.

QUESTIONNAIRE DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique

INTERROGATOIRE DU PATIENT

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN DU PATIENT

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par ?

	OUI	NON
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point NON = 0 point

Valeur seuil pour le diagnostic de douleur neuropathique 4/10

Score du Patient : /10

Recommandations Utilisation de la kétamine lors de gestes et de soins douloureux

Pour la réalisation de soins et d'actes douloureux, il n'existait pas encore en France de recommandations permettant de faire bénéficier les enfants d'une sédation-analgésie plus puissante que le MEOPA, dont l'efficacité est inconstante. Pour réaliser dans de bonnes conditions un geste douloureux, la kétamine à faible dose (titration de bolus iv. de 0,5 mg/kg sans dépasser 2 mg/kg) apparaît le seul médicament potentiellement utilisable par un médecin formé, sans la présence d'un médecin anesthésiste (Grade A). Avec ces posologies, sans association médicamenteuse, le niveau de sécurité optimal dépend largement de la qualité de l'environnement hospitalier (Grade A).

La voie IM (< 4 mg/kg) est une alternative (si la voie iv. n'est pas facilement disponible) mais le délai de récupération est retardé (Grade B).

La prise en charge optimale étant anesthésique, il est nécessaire de faciliter l'accès au bloc opératoire des enfants devant subir ce type de procédure (Accord professionnel).

Outre les médecins anesthésistes, ce sont principalement les réanimateurs et les urgentistes pédiatriques qui ont actuellement les compétences médicales requises pour la détection et le traitement des effets indésirables rares mais potentiellement graves (laryngospasme).

Recommandations Utilisation du MEOPA lors de soins douloureux

Le MEOPA est le produit de référence pour les actes et les soins douloureux chez l'enfant car il possède un ensemble de caractéristiques originales : rapidité et réversibilité d'action, effet antalgique et excellent profil « bénéfique/risque » (Grade A). Le MEOPA ne permet pas de couvrir tous les actes et soins douloureux. Selon les indications, l'âge de l'enfant et l'expérience de l'équipe, 10 à 30 % d'échecs sont observés. Les enfants de moins de 2 ans ont des effets beaucoup moins marqués.

Les principales utilisations du MEOPA sont :

- tout acte comportant une effraction cutanée (en association avec une anesthésie locale), pose de perfusion, ponction veineuse, ponction lombaire, myélogramme, injection intra-articulaire ; sondage vésical ; soin dentaire ; pansement de brûlure peu étendue et peu profonde (Grade A) ;
- pose de sonde gastrique ; endoscopie bronchique et digestive ; biopsie rénale, hépatique, musculaire (Grade B).

Toute prémédication (psychotrope, morphinique...) nécessite une vigilance accrue (Accord professionnel). Cependant, le risque respiratoire lié à la potentialisation par ces produits reste exceptionnel. La sécurité du MEOPA est maximale quand il est utilisé seul sans association médicamenteuse (Grade C).

L'auto-administration doit être privilégiée (Grade C). L'application du masque sur le visage peut induire une détresse majeure ; il faut éviter l'application de force. L'inhalation doit obligatoirement durer au moins 3 minutes, sans fuite entre le masque et le visage. Un accompagnement verbal durant l'inhalation est recommandé. **Il faut observer le patient en permanence.** La préparation du patient est essentielle : les effets du MEOPA et la réalisation du geste doivent être expliqués.

Les effets indésirables sont généralement réversibles en quelques minutes à l'arrêt du traitement : les nausées et vomissements sont sans incidence clinique (les réflexes laryngés sont présents), parfois une sédation plus profonde est observée. Une administration répétée et/ou prolongée peut entraîner un état de « mieux-être » pouvant conduire à une utilisation abusive.

FICHE DE PRESCRIPTION ET SUIVI
PATIENT TRAITÉ PAR MÉLANGE ÉQUIMOLAIRE OXYGÈNE - PROTOXYDE D'AZOTE (MEOPA)

médecin prescripteur : _____ Visa :

DITO

RAPPEL : contre indications
PNO, emphysème bulleux
embolie gazeuse (plongée ou décompression)
lléus et occlusion intestinale
obstruction oreille moyenne
traumatisme max-facial ou crânien (HTIC)
pneumatocèle, encéphalographie gazeuse
femmes enceintes

à la fin du soin OXYGÈNE si :
drépanocytose
insuffisant respiratoire
insuffisant cardiaque

Indications médicales du soin sous MEOPA

évaluation des fonctions cognitives :

- ponction veineuse
- ponction PAC
- pansement : _____
- pansement brûlé
- sondage vésical
- autre : _____

- normales
- altérées
- très altérées

QUESTIONS à poser au patient / parent ou enfant :

MEOPA déjà administré oui non

heure du dernier repas :

actuellement avez vous des problèmes de :

- otite oui non
- sinusite oui non
- emphysème pulmonaire oui non

récemment avez vous subi un :

- pneumothorax spontané oui non
- traumatisme max-facial oui non
- traumatisme crânien oui non

évaluation de la douleur avant / après :

EVA : ____ / ____ CHEOPS : ____ / ____ autre : _____ / ____

- autres moyens antalgiques analgésiques : _____ attitude avant inhalation
- anesthésie locale calme
- Emla® agité
- anxieux

déroulement du soin :

fait par : _____ anesthésie autre

date : ____ / ____ / ____

durée d'administration du MEOPA : _____ minutes

- présence des parents
- application du masque par le patient application du masque par le parent
- application du masque par un soignant

masque bien toléré oui non

tolérance / effets secondaires : effets secondaires constatés

<u>troubles cliniques</u>	<u>troubles sensoriels</u>	<u>troubles du comportement</u>	<u>troubles perception</u>
<input type="checkbox"/> nausées	<input type="checkbox"/> paresthésies	<input type="checkbox"/> agitation	<input type="checkbox"/> amnésie
<input type="checkbox"/> vomissements	<input type="checkbox"/> visuels	<input type="checkbox"/> somnolence	<input type="checkbox"/> perception temps
<input type="checkbox"/> désaturation	<input type="checkbox"/> auditifs	<input type="checkbox"/> logorrhée / euphorie	<input type="checkbox"/> sensation ébrieuse
autres :			

effets secondaires ayant obligé l'arrêt de l'administration : oui non
effets secondaires disparus 10 minutes après l'arrêt de l'inhalation : oui non

comportement du patient pendant le soin

- serein, calme
- pleurs
- mimique douloureux
- nécessité de contention supplémentaire
- réaction de retrait au soin
- réaction de retrait au masque

satisfaction du patient satisfait non satisfait dans l'incapacité de répondre
satisfaction du parent satisfait non satisfait
satisfaction du soignant satisfait non satisfait

commentaires :

.....
.....
.....

⇒ **Veillez retourner le formulaire à votre responsable d'unité. Merci!** Une copie reste dans dossier du patient !



GRILLE D'ÉVALUATION POUR LA FORMATION PRATIQUE À L'UTILISATION DU MEOPA

PRÉPARATION AVANT LE SOIN :

- PRESCRIPTION MÉDICALE
- AUTRES MOYENS PRÉVUS POUR DIMINUER LA DOULEUR ET L'ANXIÉTÉ
- LOCAL BIEN AÉRÉ ET MISE EN GARDE AUPRÈS DES PERSONNES ENCEINTES (SOIGNANTS, PARENTS)
- CONFIRMATION DE JEÛNE
- MATÉRIEL, CHECK LISTE
 - ASPIRATION FONCTIONNELLE (SONDES)
 - SATUROMÈTRE ADAPTÉ
 - CONTRÔLE DE LA BOUTEILLE SUR SON SOCLE > 50 BAR
 - PERMÉABILITÉ ET ÉTANCHÉITÉ DU SYSTÈME DE VENTILATION
 - TUYAUX + FILTRES + MASQUES
 - SOURCE D'O₂ INDÉPENDANTE

COMMENTAIRES

DÉROULEMENT DU SOIN :

- PRÉSENCE DE DEUX SOIGNANTS, DONT UN FORMÉ
- LA PROCÉDURE EST EXPLIQUÉE ET COMPRISÉ PAR L'ENFANT ET/OU PARENTS
- VOLUME/MINUTE/TEMPS D'ADMINISTRATION DU MEOPA AVANT LE SOIN
- DURÉE TOTALE D'ADMINISTRATION DU MEOPA
- CONTACT AVEC L'ENFANT EST MAINTENU PENDANT LA DURÉE DU SOIN
- OBSERVATION CLINIQUE ET PARACLINIQUE
- LES MESURES À PRENDRE EN CAS DE SURVENUE DE COMPLICATION SONT CONNUES
- LES CONSIGNES LIÉES À LA FIN DE LA PROCÉDURE SONT CONNUES

COMMENTAIRES

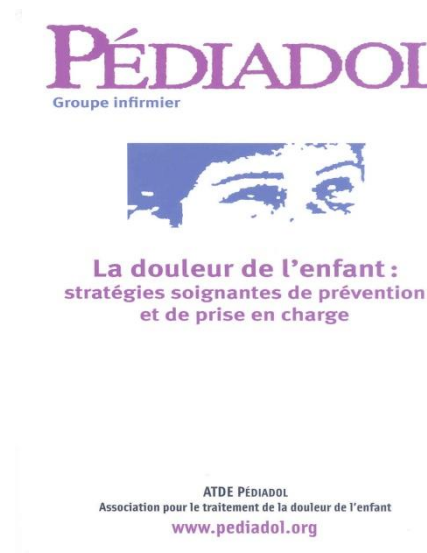
APRÈS LE SOIN :

- L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR, DE LA SATISFACTION (PARENTS/ENFANTS/SOIGNANTS) ET DU DÉROULEMENT DU SOIN EST NOTÉ DANS LE DOSSIER
- LE MATÉRIEL EST RANGÉ ET CONTRÔLÉ

COMMENTAIRES

Recommandations Anesthésiques locaux topiques

L'application topique sous pansement occlusif (pendant au moins 60 minutes) du mélange lidocaïne/prilocaine est un moyen antalgique efficace lors d'effractions cutanées (prélèvement sanguin ponction, lombaire...) (Grade A).



http://www.pediadol.org/article.php3?id_article=29

Peut-être commandé par internet : secretariat.cnrd@trs.aphp.fr

Recommandations Utilisation des solutions sucrées lors de gestes douloureux

L'utilisation de ces solutions sucrées doit être généralisée dans les services de néonatalogie et intégrée à la prescription quotidienne. Le protocole d'utilisation doit être disponible et connu de tous.

Les solutions sucrées sont efficaces jusqu'à l'âge de 4 mois (Grade B) pour diminuer la douleur provoquée par des gestes invasifs tels que les ponctions veineuses et capillaires.

Les ponctions veineuses doivent être préférées aux ponctions capillaires plus douloureuses (Grade A). Les solutions de saccharose 24% ou de glucose 30% (G30) doivent être utilisées (Grade A).

En pratique, 1 à 2 ml de G30 sont recommandés.

L'effet synergique des solutions sucrées et de la succion est démontré et justifie leur association (Grade A). Un délai de 2 minutes entre le début de la succion sucrée et le geste douloureux doit être respecté afin d'obtenir une analgésie optimale (Grade A). La durée de l'analgésie sucrée est de 5 à 7 minutes (Grade B). Il est conseillé de maintenir une succion pendant toute la durée du geste douloureux. La solution sucrée peut être ré-administrée en cas de besoin (Grade B). Il n'y a pas d'épuisement avec le temps chez un même enfant (Grade C).

L'allaitement maternel est une alternative aussi efficace qu'une solution sucrée (Grade A).

Il n'existe pas de contre-indication absolue, mais l'utilisation doit être prudente chez les enfants les plus immatures et ceux présentant des troubles de la déglutition, une entérocolite ulcéronécrosante ou une autre pathologie digestive nécessitant un maintien à jeun (Grade B).

Chaque administration doit être notée (heure, volume) (Grade B).

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPERATOIRE CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT
CONFÉRENCE DE CONSENSUS AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ

Tableau : Intensité et durée de la douleur postopératoire en fonction du type de chirurgie

	Durée inférieure à 48 heures	Durée supérieure à 48 heures
Douleur forte	<p>Cholécystectomie (laparotomie) Adénomectomie prostatique (voie haute) Hystérectomie (voie abdominale) Césarienne</p>	<p>Chirurgie abdominale sus- et sous-mésocolique Oesophagectomie Hémorroïdectomie Thoracotomie, Chirurgie vasculaire, Rachis (fixation) Chirurgie rénale Chirurgie articulaire (sauf hanche) Amygdalectomie</p>
Douleur modérée	<p>Appendicectomie, Hernie inguinale Vidéo-chirurgie thoracique Hystérectomie vaginale Chirurgie gynécologique mineure Çœlioscopie gynécologique Mastectomie Hernie discale, Neurochirurgie Thyroïdectomie,</p>	<p>Chirurgie cardiaque Hanche Chirurgie ORL (larynx, pharynx)</p>
Douleur faible	<p>Cholécystectomie cœlioscopique Prostate (résection transurétrale) Chirurgie urologique mineure Circoncision IVG/curetage, Chirurgie ophtalmologique</p>	

Recommandations Amygdalectomie

Les douleurs associées à l'amygdalectomie sont intenses et prolongées. **La morphine doit être utilisée en salle de réveil (Grade C).**

Après le retour au domicile, paracétamol et médicaments de palier 2 doivent être administrés systématiquement pendant plusieurs jours (Grade B). Des instructions précises et claires doivent accompagner la remise de cette prescription aux parents (Grade C).

La prescription de tramadol doit tenir compte du risque élevé de nausées et vomissements (Grade C).

Bien que les AINS aient une efficacité plus importante que les opioïdes faibles et soient associés à une incidence plus faible de nausées et de vomissements, la suspicion d'une majoration du risque hémorragique conduit à ne pas recommander leur prescription (Grade C).

La dexaméthasone a fait la preuve de son efficacité pour la prévention des nausées et vomissements

Recommandations Antalgiques utilisés en postopératoire

Paracétamol, dès que la voie orale est utilisable, il n'y a pas lieu d'utiliser la voie iv. La voie rectale ne doit plus être utilisée compte tenu de sa biodisponibilité faible et imprévisible (Grade A).

Compte tenu du long délai d'action maximal, l'administration doit être systématique, anticipée et non "à la demande" (Grade C).

Les **AINS** réduisent la consommation de morphine et donc, l'incidence de ses effets indésirables.

L'épargne morphinique est le plus souvent supérieure à celle obtenue avec le paracétamol.

Pour des douleurs de moyenne à forte intensité, l'association AINS-paracétamol est recommandée dans le cadre d'une stratégie analgésique multimodale. Le kétoprofène est efficace dans de nombreux types de chirurgie (Grade A) et peut probablement être utilisé hors-AMM dès l'âge de 1 an (Grade C).

La toxicité rénale est rare, néanmoins, toute prescription doit être précédée de la correction des états de déshydratation et d'hypovolémie. Le risque d'ulcérations gastriques est modéré si le traitement est court.

L'utilisation d'AINS n'est pas recommandée chez l'enfant atteint de varicelle.

Codéine, un polymorphisme génétique peut diminuer l'efficacité de la codéine chez une proportion significative d'enfants. Il est recommandé de l'associer au paracétamol ou à l'ibuprofène (Grade B).

La nalbuphine peut être administrée en iv. discontinuée ou continue sans surveillance respiratoire particulière (Grade B). La voie rectale est une alternative possible en l'absence d'accès veineux mais est associée à une biodisponibilité très variable (Grade C).

L'effet plafond en limite l'efficacité et elle est insuffisante après chirurgie majeure (Grade C).

La place du **tramadol** n'est pas encore clairement définie mais pourrait s'avérer une alternative intéressante aux AINS et à la morphine. Son intérêt réside dans sa forme galénique orale (Grade C).

Son efficacité connaît une variabilité influencée par un polymorphisme génétique.

Morphine

En l'absence d'ALR, le recours à la morphine est recommandé (Grade A) après chirurgie associée à une douleur postopératoire intense.

L'administration iv. est toujours précédée d'une titration en salle de réveil (Grade C). Dès qu'elle est possible, la voie orale est une excellente alternative à la voie iv. ; elle n'impose pas de surveillance respiratoire supplémentaire (Grade B). **La voie sous-cutanée, douloureuse, n'a pas sa place en pédiatrie (Grade C).**

Dès que le niveau de compréhension le permet, l'analgésie auto-contrôlée est la technique de choix.

Les modalités d'administration et de surveillance sont identiques à celles de l'adulte (Grade C). Il est préférable que la surveillance des enfants de moins de 6 mois soit conduite en unité de surveillance continue (Grade C).

L'administration iv. continue est utilisable en secteur d'hospitalisation, à condition que des procédures écrites établissent les modalités d'administration, de surveillance et la conduite à tenir en cas de surdosage suspecté ou avéré.

Les effets indésirables peuvent être traités par de faibles doses de naloxone (Grade B).

Bases du monitoring et de la surveillance chez l'enfant lors de PCA intraveineuse_

Voie d'administration INTRAVEINEUSE	Saturation d'Oxygène	Fréquence respiratoire	Score de sédation	Echelle de la douleur	Fréquence cardiaque Pression artérielle
Perfusion continue ou/et PCA	Continue Noter ttes les 2h pdt 6hr, puis ttes les 4h.	Ttes les 2h pdt 6h Puis ttes les 4h	Ttes les 2h pdt 6 h Puis ttes les 4h	Ttes les 2h pdt 6 h Puis ttes les 4h et selon nécessité	Ttes les 4 heures
Lors d'augmentation de la perfusion continue	Continue	Ttes les 30 min pdt 2h, puis 1h après et ttes les 4h si stable	Ttes les 30 min pour 2h, puis 1h après et ttes les 4h si stable	Selon besoin lors titration	

Protocole pour l'administration de nalbuphine (Nubain®) intra-rectal



www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Protocole_Nubain.pdf

Recommandations Fractures aux urgences et en pré-hospitalier

Au vu de l'intensité des douleurs, il est habituellement nécessaire d'associer un AINS, du paracétamol et un antalgique de palier 3 (Grade B). La voie orale est possible et efficace en attendant la mise en place potentielle d'une voie veineuse périphérique. En cas de fracture du fémur, il est recommandé de pratiquer un bloc ilio-fascial

Protocole de prise en charge de la douleur aiguë en traumatologie osseuse chez l'enfant

Signes directs de la douleur

- Position antalgique au repos
- Protection spontanée de la zone douloureuse
- Attitude antalgique (raideur, évitement)
- Réaction à l'examen de la zone douloureuse

*Quand perfuser ? (**anticiper=EMLA**)

- Douleur très intense ou échec antalgie
- Probabilité de réduction chirurgicale
- Contre indication à la voie orale ou rectale

Evaluation de la douleur

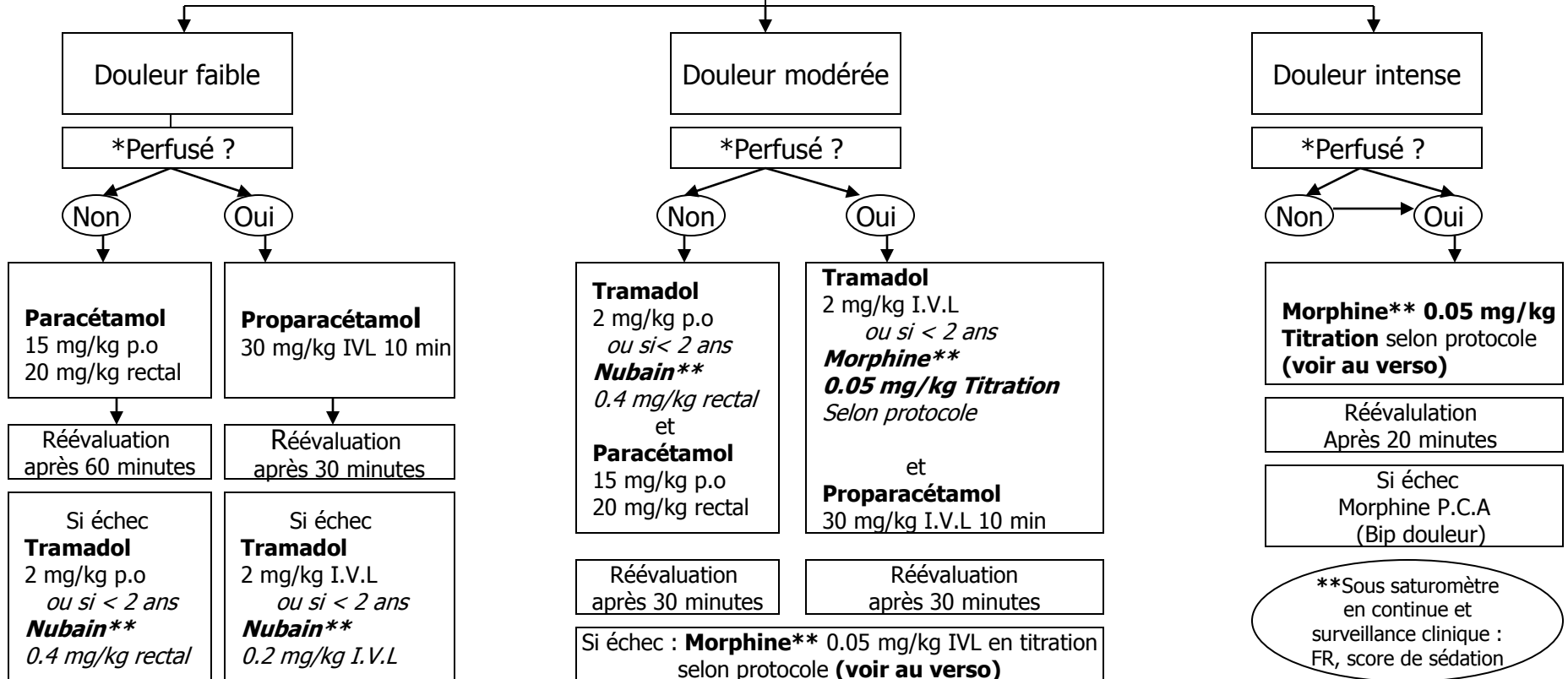
- Score
- Signes directs
- Signes vitaux

Mesures immédiates

- Rassurer
- Cold-pack
- Immobilisation

Intensité de la douleur selon les scores d'évaluation

Scores	Faible	Modérée	Intense
Echelles			
EVA	2 à 4	5 à 7	8 à 10
VISAGES	2 à 4	5 à 7	8 à 10
CHEOPS	8 à 9	10 à 11	12 à 13
DAN	2 à 4	5 à 7	8 à 10



**Sous saturomètre en continue et surveillance clinique : FR, score de sédation

Recommandations Douleur abdominale aiguë de la FID aux urgences et en pré-hospitalier



Devant un enfant consultant aux urgences pour un « abdomen aigu » du quadrant inférieur droit, chez qui on suspecte une appendicite, une injection de morphine (0,1 mg/kg IV) diminue la douleur et n'entrave pas la conduite diagnostique, concernant notamment un retard de décision ou un risque supplémentaire d'erreur de décision (Grade A).

Le paracétamol et les antispasmodiques n'ont pas d'efficacité prouvée.

Recommandations Anesthésie loco-régionale

- Choix de l'anesthésique local

Il est recommandé d'utiliser en première intention la **ropivacaïne** et la **lévobupivacaïne** (Grade B), en raison de la toxicité cardiaque de la bupivacaïne.

Lorsqu'on utilise les techniques d'ALR en injection unique, il faut anticiper le «retour» de la douleur, avec une prescription adaptée, en particulier en chirurgie ambulatoire (Grade C)

- Adjuvants à l'ALR

La **morphine par voie périmédullaire** entraîne une analgésie de longue durée. Le risque de dépression respiratoire impose une surveillance respiratoire prolongée et interdit son utilisation en ambulatoire.

La **clonidine par voie périmédullaire** prolonge l'action des anesthésiques locaux. L'effet sur l'allongement de la durée d'action des blocs périphériques reste controversé comme chez l'adulte.

Les **blocs périphériques doivent être préférés aux blocs centraux**, car associés à un meilleur rapport bénéfice-risque (Grade B)

- **circoncision : le bloc pénien demeure la technique de choix ;**

- chirurgie orthopédique : les blocs périphériques doivent être privilégiés ;

-chirurgie du fémur : les blocs fémoral et iliofascial sont indiqués et sont faciles à mettre en oeuvre.

L'infiltration cicatricielle d'anesthésique local a montré son efficacité essentiellement après cure de hernie inguinale (Grade B). L'instillation continue est en cours d'évaluation chez l'enfant.

Le bon usage des médicaments

(Tableau à titre indicatif ne tenant pas compte des contre-indication et des spécificités pharmacocinétiques du nourrisson)

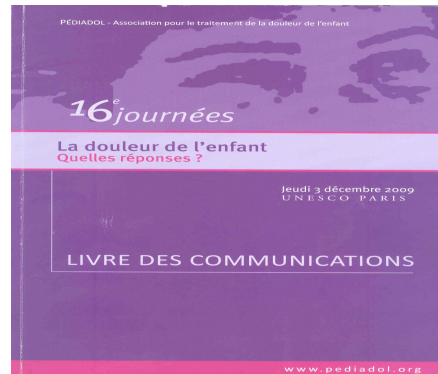
Le meilleur moment pour exécuter un soin se situe quand l'agent antalgique déploie son plein effet (entre le pic plasmatique et la $\frac{1}{2}$ vie).

■ MAXIMUM D'EFFICACITE
■ NE PAS FAIRE LE SOIN
■ ON PEUT COMMENCER...

Molécules	Spécialités	Voies d'administration	Prise Méd.	15 min.	30 min.	45 min.	1H.	15 min.	30 min.	45 min.	2H.	15 min.	30 min.	45 min.	3H.	4H.
Paracetamol	Dafalgan cp/suppo 20 mg/kg dose	PO/Rectale	Red	Red	Orange	Orange	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red
	Perfalgan 15 mg/kg dose	IV	Red	Orange	Orange	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red
Anti-inflam.	Brufen cp/suppo 10 mg/kg dose	PO/Rectale	Red	Red	Orange	Orange	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red
	Toradol 0.5 mg/kg dose	IV	Red	Orange	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
Morphinique faible	Co-Dafalgan cp / »Treuphadol+» suppo (Codéine:1-2 mg/kg dose) (Paracétamol:20 mg/kg dose)	PO/Rectale	Red	Red	Orange	Orange	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red
			Red	Red	Orange	Orange	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red
Tramadol	Tramal cp ou gtttes 2 mg/kg dose	PO	Red	Red	Red	Orange	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red
	Tramal 2 mg/kg dose	IV	Red	Red	Orange	Orange	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red
Morphinique	Morphine sirop 0.3 mg/kg à 0.6 mg/kg	PO	Red	Red	Red	Orange	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red
	Morphine 0.05 mg/kg en titration	IV/(Sc)	Red	Orange	Orange	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red

16e Journées UNESCO La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?

2 & 3 décembre 2009 Les publications sur la douleur de l'enfant : une sélection des plus pertinentes en 2008-2009



1. Surveillance et traitements des effets secondaires

Éviter les erreurs et les effets indésirables

Effectivement, actuellement plus d'antalgiques puissants sont prescrits et de ce fait, apparaissent plus de risques d'effets indésirables ou de surdosages.

En 2001, une étude américaine (Kaushal *et al.*) avait retrouvé **7 % d'effets indésirables graves** chez les enfants hospitalisés, tous médicaments confondus (mortels ou potentiellement mortels). En 2008, une étude a montré sur 960 enfants hospitalisés dans 12 hôpitaux pédiatriques américains un taux moyen de 11,1 % d'effets indésirables (Sharek *et al.*). Plus de 20 % auraient pu être évités et seulement un faible pourcentage était grave. Un groupe de 43 experts a travaillé à la rédaction d'un « *pack changement* », avec des consignes visant à améliorer les pratiques et à diminuer les risques : **utiliser des protocoles, réaliser les prescriptions sur des feuilles pré-imprimées avec les posologies habituelles**, améliorer la prescription de laxatifs avec les morphiniques, **monitorer la sédation**... Puis **des sessions de formation ont été mises en place**, des conférences téléphoniques mensuelles, un groupe de discussion internet. Le succès de ce processus est attribué au travail réalisé par le groupe de réflexion en amont, à **toute l'aide continue ensuite**, à la transparence des résultats et à l'engagement de chaque équipe concernée pour colliger les données dans les temps.

McClead Jr RE. Reducing opioid medication errors : Taming the dark side of the Force. Pediatric Pain Letter 2009 ; 11 (1) : 1-4 (site childpain.org).

Sharek PJ, McClead RE Jr, Taketomo C et al. An intervention to decrease narcotic-related adverse drug events in children's hospitals. Pediatrics 2008 ; 122 (4) : e861-6.

Atelier PCA

SCORE DE SEDATION

0 = réveillé

1 = somnolent mais facilement réveillable à l'appel

2 = endormi mais réveillable aux stimuli tactiles

3 = endormi, non réveillable

Surveillance (fréquence respiratoire, score de sédation, saturométrie en continu)

Feuille de prescription avec traitement des complications (administration O₂, antagonisation des opiacés)

Groupe douleur pédiatrie : réunion mensuelle
Beaucoup d'échange

Base de donnée (4400 enfants suivis PCA, PCEA) avec complications, effets secondaires



PCA

DITO

Anesthésiste			
BIP	ou le 7958722 / 598 / 500 ou le 7957 866		
Poids de l'enfant	Kg	Allergie	
MORPHINE	$< 5 \text{ kg} = 0,1 \text{ mg/ml}$ $> 5 \text{ kg et } < 10 \text{ kg} = 0,5 \text{ mg/ml}$ $> 10 \text{ kg} = 1 \text{ mg/ml}$	<input type="checkbox"/> sauf protocole <input type="checkbox"/> cœur	mg dans 100 ml NaCl <input type="checkbox"/> mcg de CATAPRESAN® (Clonidine)

A - Programmation de la pompe configurer la pompe en milligrammes (mg)

Définir la CONCENTRATION		mg / ml
DÉBIT CONTINU	de préférence utiliser une faible concentration chez l'enfant > 6 ans (0,005 mg/kg/hr)	mg / hr = mg / kg / h à définir entre 0 et 0,03 mg / kg / hr
BOLUS		mg / dose = mg / kg / bolus à définir entre 0 et 0,03 mg / kg / dose
INTERVALLE entre les doses		MINUTES (suggestion 7 - 15)
Doses maximales par heure		(suggestion 4-6)

B - Antalgiques supplémentaires (pour les AINS : après accord du chirurgien ou médecin responsable)

<input type="checkbox"/> DAFALGAN® ou autres (Paracétamol)	mg/dose (15 à 20 mg/kg/dose PO de préférence ou PR toutes les 6 h.)	<input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> en réserve
<input type="checkbox"/> PERFALGAN® (Paracétamol)	mg/dose (15 mg/kg/dose IV toutes les 6 h.)	
<input type="checkbox"/> TRAMAL® (Tramadol)	mg/dose (2 mg/kg/dose IV lent ou PO toutes les 8 h.)	<input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> en réserve
<input type="checkbox"/> BRUFEN® (Ibuprofène)	mg/dose (10 mg/kg/dose PO ou PR toutes les 8 h.)	<input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> en réserve
<input type="checkbox"/> TORA-DOL® (Kétorolac) Stopper après 72h d'administration	mg/dose (0,5 mg/kg/dose IV toutes les 8 h.) max 30 mg/dose	<input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> en réserve

C - Surveillance et traitement des complications

Si la Sat O ₂	< %	administrer de l'oxygène par lunettes nasales et titrer jusqu'à une Sat de 95 % et patient non réveillé mg (0,001mg/kg/dose IV ou IM) = titrer le Narcan et prévenir le 7958 500 ou 7957 866 et médecin responsable mg (0,002 mg/kg/dose IV ou IM) = titrer le Narcan à répéter après 1 mn si inefficace
Si Fréquence Respiratoire	< / min.	
NARCAN® (Naloxone)		
NARCAN® (Naloxone) en cas de non réponse dans la mn		

D - Traitement des effets secondaires

En cas de PRURIT TAVEGYL® (Clémastine)	mg/dose IV max toutes les 6 heures en réserve (0,0125 mg/kg/dose IV)
En cas de NAUSEES / VOMISSEMENTS ZOFTRAN® (Ondansetron) ! annule l'effet du tramal!	mg/dose IV max toutes les 6 heures en réserve (0,1 mg/kg/dose IV max. 4 mg) si inefficace pensez à changer d'opiacés

E - Si PCA / PNCA inefficace et dans l'attente d'une modification de l'antalgie, titration selon protocole

MORPHINE bolus	mg IV max 3 fois par heure en respectant un intervalle de 10 min. (0,03 mg/kg/dose) selon protocole titration de la morphine IV		
Date	signature anesthésiste	signature médecin responsable	préparé par / vérifié par

autres problèmes rencontrés lors d'utilisation de la PCA mars 2001 à mars 2010

base de données SPSS

Anesthésie pédiatrie HCUGE

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	aucun	3425	94.4	97.2	97.2
	dépression respiratoire*	11	.3	.3	97.6
	rétention urinaire	47	1.3	1.3	98.9
	convulsion	1	.0	.0	98.9
	erreur médicament ou dosage	3	.1	.1	99.0
	dysfonctionnement matériel	5	.1	.1	99.1
	autres	25	.7	.7	99.9
	bradycardie	2	.1	.1	100.0
	Total	3522	97.0	100.0	
Manquante	Système manquant	108	3.0		
Total		3630	100.0		

* dépression respiratoire = nécessite une antagonisation des opiacés

**16e Journées UNESCO La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?
2 & 3 décembre 2009 Les publications sur la douleur de l'enfant : une sélection
des plus pertinentes en 2008-2009**



2. Evaluation

16e Journées UNESCO La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?

2 & 3 décembre 2009 Les publications sur la douleur de l'enfant : une sélection des plus pertinentes en 2008-2009

Curieusement, l'échelle numérique simple de 0 à 10 n'avait jamais été validée chez l'enfant. Les auteurs canadiens ont conduit trois études : deux en postopératoire, comparaison avec la FPS-R chez 69 enfants, comparaison avec l'EVA chez 29 enfants, et une pour les vaccinations, comparaison avec l'EVA. Les corrélations sont excellentes. Les auteurs concluent que les trois échelles sont équivalentes chez l'enfant de plus de 8 ans. La limite d'âge inférieure doit être encore précisée. D'autres études d'une équipe espagnole trouvent les mêmes corrélations et l'intérêt de cette échelle est évident (toujours disponible, pas besoin de « réglette »), cependant les enfants les plus jeunes préfèrent l'échelle de visage et la compréhension exige la représentation mentale des quantités.

von Baeyer CL, Spagrud LJ, McCormick JC *et al.* Three new datasets supporting use of the Numerical Rating Scale (NRS-11) for children's self-reports of pain intensity. *Pain* 2009 ; 143 (3) : 223-7.

Miró J, Castarlenas E, Huguet A. Evidence for the use of a numerical rating scale to assess the intensity of pediatric pain. *Eur J Pain* 2009 Aug 31. Epub ahead of print.

von Baeyer CL. Numerical rating scale for self-report of pain intensity in children and adolescents : Recent progress and further questions. *Eur J Pain* 2009 Sep 16. Epub ahead of print.



Echelle FLACC

Echelle d'évaluation de la douleur aiguë du nourissant des deux mois

Visage

- 0 = Pas d'expression particulière ou sourire
- 1 = Grimaces occasionnelles sourcils froncés, rideaux ou déshydrasés
- 2 = Tressaillements ou menton occasionnels ou constants, mâchoires serrées

Jambes

- 0 = Position normale ou détendue
- 1 = Mai à l'aise, rougeant sans cesse, tendu
- 2 = Donne des coups de pieds, jambes repliées

Activité

- 0 = Couché tranquillement, position normale, bouge facilement
- 1 = Se tortille, bouge d'un côté à l'autre, tendu
- 2 = Arque, rigide, mouvements discordants

Pleurs

- 0 = Pas de pleurs (éveillé ou endormi)
- 1 = Gémissement ou pleurnicherie occasionnelles
- 2 = Pleurs tout le temps ou hurle, sanglote, plaintes fréquentes

Consolabilité

- 0 = Content et détendu
- 1 = Rassuré par le contact occasionnel, lorsque pris dans les bras, par les paroles, peut être distrait
- 2 = Difficile à consoler ou à réconforter

* FLACC: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability tool
© Kenneth, Paul Hers, 1987 / C. Von Beyen, Paris 2007 /
T. Voepel-Lewis, Anesth Analg 2002

Seuil d'intervention thérapeutique

Seuil des visages

Echelle DAN*

Echelle d'évaluation de la douleur aiguë du nourissant

Réponses faciales

- 0 = Calme
- 1 = Pleurniche avec alternance et ouverture douce des yeux
- 2 = Déterminer fréquente d'un ou plusieurs signes suivants : contraction des pupilles, fronces de sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux
- 3 = Légers, intermittents avec retour au calme
- 4 = Très marqués, permanents

Mouvements des membres

- 0 = Calme ou mouvements doux
- 1 = Déterminer fréquente d'un ou plusieurs signes suivants : pédalage, écartement des coudes, membres rigides et sursauts, agitation des bras, réaction de startle
- 2 = Modérés
- 3 = Très marqués, permanents

Expression vocale de la douleur

- 0 = Absence de plaintes
- 1 = Gémissement
- 2 = Cries ébréants inusités : semble inquiet
- 3 = Cries de longue durée, hurlement constant

* Cartalat et al. DAN: une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nourissant. Anesth Analg 1987; 4: 623-628

HUG

REGIONS UNIVERSITAIRES DE GENÈVE

Expression vocale de la douleur

- 0 = Absence de plaintes
- 1 = Gémissement
- 2 = Cries ébréants inusités : semble inquiet
- 3 = Cries de longue durée, hurlement constant

Intériments

- 0 = Calme ou mouvements doux
- 1 = Déterminer fréquente d'un ou plusieurs signes suivants : pédalage, écartement des coudes, membres rigides et sursauts, agitation des bras, réaction de startle
- 2 = Modérés
- 3 = Très marqués, permanents

Reponses faciales

- 0 = Calme
- 1 = Pleurniche avec alternance et ouverture douce des yeux
- 2 = Déterminer fréquente d'un ou plusieurs signes suivants : contraction des pupilles, fronces de sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux
- 3 = Légers, intermittents avec retour au calme
- 4 = Très marqués, permanents

Mouvements des membres

- 0 = Calme ou mouvements doux
- 1 = Déterminer fréquente d'un ou plusieurs signes suivants : pédalage, écartement des coudes, membres rigides et sursauts, agitation des bras, réaction de startle
- 2 = Modérés
- 3 = Très marqués, permanents

Expression vocale de la douleur

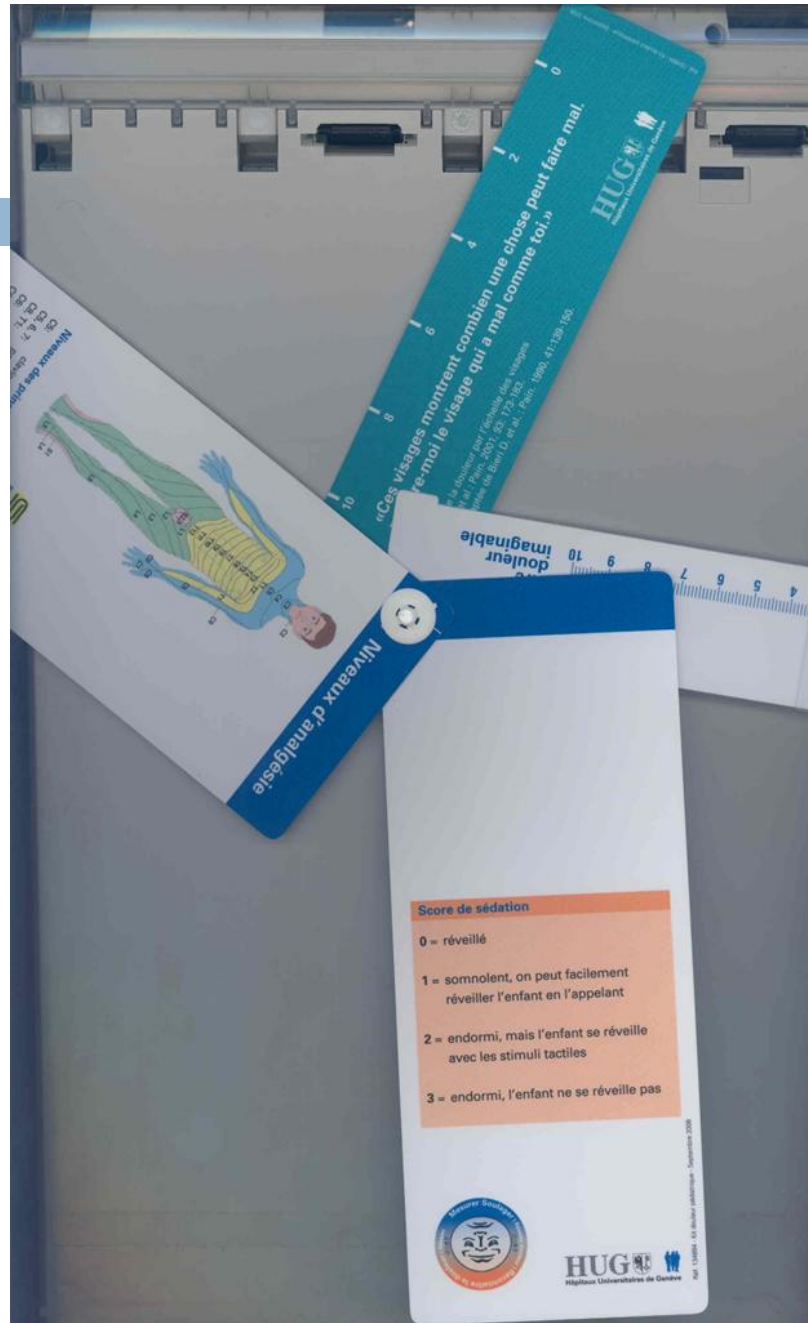
- 0 = Absence de plaintes
- 1 = Gémissement
- 2 = Cries ébréants inusités : semble inquiet
- 3 = Cries de longue durée, hurlement constant

* Cartalat et al. DAN: une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nourissant. Anesth Analg 1987; 4: 623-628

Pire douleur imaginable

EVA

Diagramme à l'échelle de la douleur imaginable montrant six visages avec des expressions de douleur croissante de gauche à droite.



- Score de sédation**
- 0 = réveillé
 - 1 = somnolent, on peut facilement réveiller l'enfant en l'appelant
 - 2 = endormi, mais l'enfant se réveille avec les stimuli tactiles
 - 3 = endormi, l'enfant ne se réveille pas



HUG
Hôpital Universitaire de Genève

**16e Journées UNESCO La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?
2 & 3 décembre 2009 Les publications sur la douleur de l'enfant : une sélection
des plus pertinentes en 2008-2009**



3.Situations cliniques

16e Journées UNESCO La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? 2 & 3 décembre 2009 Les publications sur la douleur de l'enfant : une sélection des plus pertinentes en 2008-2009

L'amygdalectomie génère des niveaux de douleur élevés

Cette étude californienne prospective observationnelle a été conduite à domicile auprès de 261 enfants de 2 à 12 ans de J2 à J14. Après une journée à l'hôpital où les enfants étaient traités par paracétamol et codéine si le score d'échelle FPS était > 3, les parents avaient pour consigne d'administrer le même traitement, ils remplissaient aussi l'échelle pour les parents (PPPM) et donnaient un score d'EVA attribuée. Les scores ont été élevés dans 86 % des cas le 1er jour à la maison (score moyen sur PPPM 8,5/15), mais pour 24 % des enfants aucune ou une dose d'antalgique a été donnée. La douleur était encore élevée à J3 puis diminuait progressivement.

Sur les 2 semaines, le nombre médian total de doses d'antalgiques reçues était de 6, et 23 % des enfants ont reçu seulement 3 doses d'antalgiques ou moins.

Fortier MA, MacLaren JE, Martin SR. Pediatric pain after ambulatory surgery: where's the medication?
Perret-

Pediatrics 2009 ; 124 (4) : e588-95. Epub 2009 Sep 7.

Commentaire Pédiadol : Toujours cette insuffisance d'analgésie retrouvée après amygdalectomie, les progrès sont attendus !

16e Journées UNESCO La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?

2 & 3 décembre 2009 Les publications sur la douleur de l'enfant : une sélection des plus pertinentes en 2008-2009

Pose de sonde gastrique et anesthésie locale nébulisée

Conclusion : Les scores de douleur et d'anxiété restent très élevés lors de la pose d'une sonde nasogastrique malgré l'utilisation de lidocaïne. La lidocaïne en nébulisation n'est donc pas recommandée pour le soulagement de la douleur associée à ce geste.

Babl FE, Goldfinch C, Mandrawa C *et al.* [Les nébulisations de lidocaïne réduisent-elles la douleur et l'anxiété liées à la pose d'une sonde nasogastrique chez les jeunes enfants ? Essai clinique randomisé, en double aveugle, contre placebo] Does nebulized lidocaine reduce the pain and distress of nasogastric tube insertion in young children ? A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics* 2009 ; 123 (6) : 1548-55.

Commentaire Pédiadol : Le problème de la douleur, l'anxiété et l'inconfort liés à la pose d'une sonde gastrique est difficile à résoudre et la piste de l'anesthésie locale, outre qu'elle comporte des risques théoriques liés à l'anesthésie du carrefour, est un échec.

**Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur
Unité Douleur, Hôpital d'enfants Armand Trousseau_**

Mise en ligne : février 2005
Didier Cohen-Salmon,
anesthésiste pédiatrique

**Utilisation des techniques de distraction et de jeu lors des douleurs
aiguës provoquées par les soins chez l'enfant**

<http://www.cnrdr.fr/Utilisation-des-techniques-de.html>

**Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur
Unité Douleur, Hôpital d'enfants Armand Trousseau_**

Recommandations pratiques pour la mise en oeuvre de ces techniques (31, 26) :

- L'enfant doit participer volontairement
- Il doit avoir l'énergie nécessaire pour cela
- La personne qui le guide doit gagner sa confiance
- Elle doit s'assurer que l'équipement nécessaire est prêt
- Idéalement cette personne ne doit pas faire elle-même le geste douloureux
 - Disposer du temps nécessaire
 - Utiliser des suggestions positives
 - Eviter les promesses excessives
- Adapter la stratégie à chaque cas particulier, être capable de moduler en fonction des réactions de l'enfant
 - Utiliser une combinaison de techniques
 - Obtenir la participation des parents
- Savoir que le résultat désiré peut ne pas être obtenu au premier essai
- Evaluer les résultats en privilégiant l'auto-évaluation par l'enfant, si possible évaluer indépendamment la douleur et la détresse

**Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur
Unité Douleur, Hôpital d'enfants Armand Trousseau**

**L'utilisation des méthodes de distraction
dans la prévention de la douleur
lors des soins invasifs chez l'enfant**

Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'université
Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers

Présenté par Pascale THIBAULT

<http://www.cnrdr.fr/L-utilisation-des-methodes-de.html>

II - DETERMINATION DE L' HYPOTHESE :

La distraction comme outil thérapeutique pour la prise en charge de la douleur est évoquée rapidement dans les ouvrages traitant de la douleur, de façon souvent un peu anecdotique. Actuellement, elle ne fait pas l'objet d'un enseignement spécifique dans les formations dispensées dans les instituts en soins infirmiers.

Pourtant, ces techniques, relevant du rôle propre infirmier, peuvent être utilisées à l'initiative des infirmiers. Toutefois, ces derniers les considèrent trop souvent comme une partie annexe de leur fonction.

Dans les recherches effectuées sur le sujet nous pouvons découvrir que « le monde du jeu vient ébranler le monde hospitalier dans son mode de fonctionnement et surtout dans ses fondements identitaires⁵ ».

Ainsi, lorsque nous réalisons un rapide survol de la place du jeu à l'hôpital nous pouvons dire que dans les années 1960, le jeu est peu présent, les jouets font une entrée discrète. Les lieux d'hospitalisation ne font l'objet d'aucune décoration, les objets personnels ne sont pas tolérés. L'hygiène et l'ordre priment sur l'intérêt pour la place du jeu au cours du séjour de l'enfant. Les choses évoluent progressivement, petit à petit les enfants sortent de leur chambre, bénéficient d'un espace de jeu qui leur est réservé, peuvent avoir leur jouets personnels, la décoration, un mobilier adapté sont aujourd'hui très répandus dans les unités d'hospitalisation pour enfants. Ces évolutions se sont faites dès les années 1975 et sont aujourd'hui courantes.

Néanmoins, elles sont encore souvent le fait d'autres professionnels que les soignants, les éducatrices par exemple, ou de bénévoles. Le clivage entre le jeu et le soin demeure, et les soignants ont encore quelques réticences à intégrer le jeu dans leur pratique. Peut être ce survol éclaire-t-il mieux l'évolution qui pourrait se poursuivre maintenant en favorisant l'intégration du jeu dans le soin.

VI – 4 - La reconnaissance en tant que technique de soin

Ces études permettraient d'identifier ces techniques de distraction et de les introduire dans le listing des soins du rôle propre infirmier.

Cette reconnaissance apporterait également une image différente du rôle infirmier et permettrait aux infirmiers de ne plus se considérer comme essentiellement « agressifs ». Ceci améliorerait l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes. En effet, ceux-ci ont parfois du mal à assumer le travail « technique » auprès des patients et revendiquent la possibilité de développer l'aspect relationnel de leur travail. **L'utilisation des méthodes de distraction comme technique infirmière allierait les deux aspects d'un même rôle.**



Rébus



Une Souris Verte



Une  qui courait dans , je l'attrape par la ,

je la  à ces messieurs. Ces  me disent: Trempez-la

dans l' , trempez-la dans l' , ça fera un  tout chaud! Je

mets dans un , elle me dit qu'il fait trop . Je

mets dans mon , elle me dit qu'il fait trop .

Je la mets dans ma , elle me fait trois petites .

Bienvenue chez eThesis_

Pascale Spicher

Le phénomène de la douleur chez l'enfant

Thèse de doctorat présentée devant la Faculté
des lettres de l'Université de Fribourg en Suisse

Fribourg, le 13 juin **2002**

Impression partielle autorisée par la faculté. Le texte complet de la thèse peut être consulté à la Bibliothèque cantonale et universitaire de Fribourg, Suisse.

<http://ethesis.unifr.ch/theses/downloads.php?file=SpicherP.pdf>

Bibliographie vérifiée avril 2010

www.pediadol.org

http://pediadol.org/article.php3?id_article=979

http://www.pediadol.org/article.php3?id_article=988

www.afssaps.fr

http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/7b8bf3b0175d7c1ef72e65079ac4e56e.pdf

www.cnrdr.fr/

http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Protocole_Nubain.pdf

<http://www.cnrdr.fr/L-utilisation-des-methodes-de.html>

<http://www.cnrdr.fr/Utilisation-des-techniques-de.html>

www.sparadrap.org

<http://www.sparadrap.org/Professionnels/Textes-de-reference/Etudes-articles>

www.sfar.org

<http://www.sfar.org/article/21/prise-en-charge-de-la-douleur-post-operatoire-chez-l-adulte-et-l-enfant-cc-1997>

www.has-sante.fr

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenf4.pdf>

<http://ethesis.unifr.ch/theses/downloads.php?file=SpicherP.pdf>

<http://reseaudouleur.hug-ge.ch/>

http://www.hug-ge.ch/actualite/ABC_sante/douleur/evaluer_enfant.html

http://www.hug-ge.ch/actualite/ABC_sante/douleur/l_enfant.html