

Compte rendu de la réunion du 20 octobre 2006 du groupe SFCE douleur

coordinateurs

Claudine Schmitt, Nancy , c.schmitt@chu-nancy.fr
Perrine Marec-Berrard, Lyon, MAREC@lyon.fnclcc.fr

Compte rendu fait par Edith Gatbois, Unité Douleur Hôpital Trousseau Paris,
gatboisedith@yahoo.fr

Sommaire :

| | |
|---------------------------------------|--------|
| les soins de plaies, d'escarres | p : 2 |
| le syndrome de Lazare | p : 8 |
| actualités sur les protocole en cours | p : 13 |
| 1 : étude KOALA | p : 13 |
| 2 : xylocaïne IV | p : 16 |
| 3 : MKIII | p : 17 |
| douleurs et toucher-massage | p : 18 |
| projets | p : 20 |

Les soins de plaies, d'escarres : *Isabelle Fromentin*

Isabelle Fromentin est infirmière experte.

Supprimé : €

Après avoir exercé dans le service d'oncologie pédiatrique à Curie puis dans l'unité mobile de soin palliatif, elle s'est formée à la prise en charge des soins de plaies et escarres. Elle a actuellement une fonction transversale à Curie pour la prise en charge des plaies aiguës ou chroniques en plus de son rôle de formation.

On distingue 2 catégories de plaies :

- les plaies aiguës le plus souvent d'origine traumatique, liées à une intervention chirurgicale ou à la radiothérapie ...
- les plaies chroniques qui sont principalement les escarres ou les plaies d'origine tumorale.

Il est important d'évaluer et de lutter contre le risque de chronicité des plaies aiguës même de petite taille. Plus une plaie cicatrise vite, moins elle laissera de cicatrice.

La prise en charge de toute plaie doit tenir compte de l'anxiété et la douleur liée aux soins. Comme pour tout soin douloureux, un traitement antalgique spécifique sera mis en place.

Une des premières étapes va être de définir les objectifs de soins :

- le soin devra être non douloureux
- le soin devra être adapté au mode de vie de la personne
- pour une plaie aiguë : la cicatrisation devra être rapide et ad integrum
- pour une plaie chronique, les objectifs seront liés au traitement de la pathologie sous jacente.

Le concept de soin :

1. Cicatrisation en milieu humide .

ce concept est connu depuis 1962 et a été décrit initialement par Winter.

Le milieu semi occlusif permet une augmentation de la rapidité de cicatrisation (intérêt des hydrocolloïdes)

Une croûte freine la cicatrisation et peut parfois masquer une surinfection.

2. Respect de l'écosystème :

- Les antiseptiques agressent la peau et le lit de la plaie. Ils sont bénéfiques sur un temps court pour les plaies aiguës. En revanche

sur les plaies chroniques, ils ralentissent la cicatrisation et agressent la peau. Ces plaies devront être nettoyées à l'eau ou eau savonneuse, sans détergent.

- Les antibiotiques locaux sont prohibés sur les plaies chroniques sauf en fin de vie (évite alors les odeurs). La fucidine® est efficace sur les plaies aiguës et sélectionne les germes sur les plaies chroniques. Le traitement antibiotique par voie générale n'est indiqué que si il existe des signes infectieux locaux ou généraux.

3. Prévention et traitement de la douleur :

La prévention et le traitement de la douleur comprend l'utilisation de protocole médicamenteux mais aussi la distraction, l'utilisation de pansements adaptés atraumatiques, tout comme un retrait non traumatique

4. Interdisciplinarité :

Comme dans tous soins, il est important d'informer le patient et les équipes sur les particularités de la plaie liées à la situation : par exemple on ne peut pas s'attendre à l'apparition de pus sur une plaie surinfectée si le patient est en aphasie ...

Les produits :

- les alginates : Ex : Askina® Sorb, UrgoSorb®, Comfeel® SeaSorb,
 - o compresses absorbantes
 - o hémostatique
 - o détorsion autolytique : permet un auto nettoyage permanent de la plaie
 - o remboursé par la sécurité sociale
- les hydrocellulaires : Mepilex®, Allevyn®, Tielle®
mousse formés de 3 couches :
 - o non adhérent
 - o absorbant
 - o effet parachoc
- les hydrofibres : Aquacel ®
 - o absorbant
 - o non traumatique au retrait car il se gélifie complètement
 - o détorsion autolytique
 - o pas de propriété hémostatique

- les Tulles et interfaces neutres : Urgotul ®, Mepilex ®, Physiotulle®
les tulles ont une maille large, les interfaces, une maille étroite. Ils peuvent rester en place plusieurs jours. Ils sont non adhérents, évite la macération. Certain comme le Mepilex® contient du silicone. Les tulles comme les interfaces sont de moins en moins remboursés par la sécurité sociale.
- les pansements au charbon : Actisorb® Plus, Carbonet®, Carbosorb®. la principale caractéristique du charbon est d'absorber les odeurs. On en trouve dans les filtres de colostomie.
- Les hydrocolloïdes : Algoplaque®, comfeel®, Duoderm®. Ils forment une 2^{ème} peau. Ils sont légèrement absorbants. Ils doivent être laissés en place jusqu'à saturation. Ils sont traumatiques s'ils sont enlevés trop tôt. A saturation, pour être enlevés, ils doivent être cassés en tirant dessus. Ce sont des pansements semi occlusifs qui forment un gel marron qui ne doit pas être confondu avec une surinfection.
- Film de polyuréthane : Tegaderm®, Op Site®, Lumiderm®. semi perméable, ce sont des pansements secondaires ou 2^{ème} peau.
- Les protecteurs cutanés : Cavillon ®, Conveen protect ®, en spray ou bâtonnet stérile. Ils forment une 2^{ème} peau. Ils sont sans alcool. Ils sont très efficaces pour l'érythème fessier car ils protègent la peau des urines et des selles sans macération. Ils ne sont pas remboursés par la sécurité sociale.
- Les pansements à l'argent : Release® Ag, Aquacel® Ag, Acticoat®, bactéricide à large spectre, ils ont été fait pour les grands brûlés en recouvrement en attente de greffe.
- Les plaques de gel de silicone : Cica Care®, Mepiform® prévient les cicatrices chéloïdes ou hypertrophiques.

Comment choisir le produit ?

Le choix se fera en fonction :

- de la plaie : son type, son site, ses propriétés
- de l'enfant : son type de peau, son souhait, sa morphologie
- de la douleur

- de la qualité de la peau périlésionnelle : sèche, eczéma
- des produits disponibles en ville, à l'hôpital ; il est important de respecter la continuité du protocole et des habitudes lors des transferts ville hôpital.

Les hydrojets : Jetox®, J.A.C®, Debritom®, Versajet®.

eau sous pression parfois associée à de l'oxygène. Ils permettent un nettoyage et une détorsion efficace, rapide et sont moins douloureux qu'une action mécanique. Ceux sont de nouvelles techniques à évaluer en pédiatrie.

Une greffe à visée antalgique peut être proposée sur une plaie étendue d'origine tumorale même en soin palliatif.

Les supports de préventions sont indispensables ; ils permettent de réduire les pressions et apportent un réel confort au patient.

Ils sont sous utilisés en pédiatrie en raison d'idées reçues comme « il n'y a pas d'escarre en pédiatrie ». Les principaux escarres rencontrés chez les enfants sont secondaires à un plâtre, une orthèse ...

Il existe des supports adaptés pour un poids de 20 Kg.

Il existe différents types de support :

- support statique : mémoire de forme
- support dynamique : matelas à basse pression avec flux d'air continu, régule l'humidité.
- Lit fluidisé : microbilles, ressemble à de l'apesanteur. Le matériel est en revanche très lourd (1,5 tonnes à prendre en compte pour les ascenseurs).

Un cas clinique a ensuite été présenté par M Saint Olive, infirmière en oncopédiatrie à Curie : Il s'agit d'une adolescente présentant un ostéosarcome très évolué d'un membre inférieur avec une plaie au niveau de la tumeur primitive du genou et un escarre au talon de la même jambe.

Les premiers soins au niveau de l'escarre du talon ont débuté par une phase de détorsion à l'eau savonneuse suivi d'un pansement type alginate Urgosurb® qui permet d'éviter les saignements et régule l'humidité. Une 2^{ème} peau par un film de polyuréthane type Opsite® ferme l'ensemble.

L'évolution inhabituelle de l'escarre a nécessité des biopsies qui ont révélé la cancérisation de la plaie. Les soins de l'escarre ont été modifiés par un pansement hydrocellulaire puis un film de polyuréthane laissé en place plusieurs

jours, changé lorsque le film de polyuréthane était saturé, soit environ tous les 5 jours.

Les soins de la plaie tumorale du genou étaient réalisés sous anesthésie générale. Après un lavage à l'eau savonneuse, une hydratation avec un émollissant neutre type Dexeryl ® suivi d'un pansement primaire type alginat +/- argent puis un pansement secondaire de type hydrocellulaire. L'ensemble est maintenu par une fixation non adhésive (bandage, culotte jetable). L'enfant a par ailleurs pu bénéficier d'un lit fluidisé et d'un traitement antalgique médicamenteux adapté.

En conclusion : la prise en charge des plaies est globale et nécessite un protocole individualisé et une adaptation constante à chaque situation.

Questions et remarques :

- La pose d'EMLA® directement sur la plaie une heure avant le soin est plus efficace que la xylocaïne en gel.
- La cicatrisation au niveau de la bouche est très rapide et peut parfois gêner le drainage après certaine intervention de stomatologie.

- Comment se former à la prise en charge de plaie ?

Il existe un DU plaie et cicatrisation et une école d'expert à Elancourt.

Il est possible d'avoir l'avis d'expert de Mme Fromentin en envoyant des photos numériques pour avis sur la meilleure prise en charge. SFFC.org

- Quel est l'intérêt du miel dans les escarres ?

Le miel des abeilles d'Australie aurait un intérêt. Le miel permet d'apporter un milieu humide, une détorsion autolytique et a une certaine bactéricidie. Il existe en France des produits plus faciles d'utilisation.

- Une cicatrice doit être massée à l'acide hyaluronique, hydrateryaluronique, hydraté.
- Intérêt des VAC ? mousse responsable d'une aspiration négative, favorise le bourgeonnement, disponible à l'APHP, gérable en HAD. Les indications sont les plaies orthopédiques, digestives et les escarres.
- L'ergothérapie n'a pas toujours sa place dans la prévention des escarres. Les massages à l'huile peroxydée (Saniren ®) permettent une bonne

hydratation, une oxygénation tissulaire. C'est la seule huile étudiée dans cette indication.

Le syndrome de Lazare : *Elodie Cavro*

Elodie est psychologue à l'hôpital de Bicêtre dans l'unité douleur adulte enfant et en pédiatrie générale.

Il existe plusieurs étapes dans le cancer :

- la première étape est l'annonce.
- la deuxième étape est celle du traitement. Elle fait entrer le patient dans la maladie.
- la troisième étape est la « sortie du traitement », de la rémission. Le syndrome de Lazare concerne cette 3^{ème} étape. Le cancer n'est plus visible. La personne va petit à petit se détacher du monde des soignants. C'est une étape apparemment heureuse, source de soulagement. Chez certaines personnes, la rémission va être responsable d'une souffrance psychologique.

Le syndrome de Lazare aussi appelé le syndrome du survivant

Définition : ensemble des symptômes et particularités psychiques rencontré chez des patients en rémission d'une maladie grave ou rescapés d'une situation potentiellement mortelle.

Fait référence au nouveau testament : Lazare est un ami de Jésus, il est mort, est dans sa tombe ; Jésus lui ordonne « Lazare sort ». il est le premier homme ressuscité.

Ce syndrome a été décrit en 1989 par une oncologue américaine : Holland. Il a été repris en France par Fresco et Sallapo à Nice.

Le syndrome de Lazare est un problème de « résurrection » ; c'est un retour difficile dans le monde des vivants : on en était partiellement sorti. Ce monde a continué à évoluer sans nous. La rémission, la fin des traitements nécessite une réadaptation pour retrouver sa place dans ce monde des vivants. Certaines personnes vont avoir des difficultés à gérer ce changement vécu comme très angoissant et peuvent ressentir une perte d'identité, une difficulté à se positionner dans les rapports aux autres et à soi même et ceci va être responsable d'un dysfonctionnement psychologique.

L'annonce du cancer est associée à la notion d'un deuil anticipé, une compression du temps, le patient côtoie l'idée de sa propre mort, il se voit déjà mort, il meurt de son vivant. La rémission nécessite de faire le chemin inverse. L'annonce d'une

maladie potentiellement mortelle plonge l'individu dans l'impensable : il n'est pas immortel.

Ce syndrome est peu décrit en littérature. On n'en connaît pas la prévalence. Il ne concerne pas toutes les personnes guéries d'un cancer. Il peut concerner toute personne confrontée à un risque de mort et dont elle est sortie.

Les principaux symptômes du syndrome de Lazare :

- peur excessive de la récurrence
- diminution de l'estime de soi
- idées morbides
- labilité psychique importante

Les conséquences peuvent être :

- des difficultés à l'école ou au travail liées à une inhibition cognitive
- isolement scolaire ou professionnel
- une inadaptation relationnelle : le cancer, la maladie vont atteindre l'enfant en pleine construction, en chantier et empêcher le développement normal de l'enfant. il existe souvent un décalage avec les autres du à une plus grande maturation chez l'enfant. Cette maturité acquise trop vite est liée à une souffrance trop rapide. L'enfant peut se sentir différent, il peut prendre un rôle protecteur vis à vis de son entourage, de ses parents et devenir « parent de son propre parent ». Ce comportement inadapté peut être responsable d'une « dégringolade psychologique » ultérieure.

Deux types de comportements opposés peuvent s'observer :

- l'évitement vis à vis des soins : phobie des soins, on ne peut plus passer devant l'hôpital...
- ou enkystement dans l'identité de malade, parfois encouragé par une complaisance de l'entourage et des comportements surprotecteurs.

Il existe une difficulté au sortir de la maladie à trouver une bonne distance par rapport au lieu de soin : l'enfant peut trouver un réconfort dans l'hôpital et avoir du mal à quitter les équipes soignantes ou au contraire éviter tout ce qui rappelle la maladie de manière excessive voire avec déni.

Certains enfants vont être hyper vigilants, médecins de leur propre maladie, (« je veux tout savoir »), d'autres vont être à l'opposé dans le déni

Cette inadaptation relationnelle est étroitement liée à :

- des difficultés à créer des liens. Cette superficialité évite que l'autre voie le cancer à l'intérieur de lui.
- des troubles du caractère avec trouble affectif. L'angoisse est mal maîtrisée et est responsable de comportements décalés.
- Des difficultés identitaires : qui on est par rapport aux autres ?

Un sentiment de culpabilité est souvent présent : culpabilité vis à vis des autres malades : pourquoi moi j'ai guéri ? l'enfant peut ne pas se sentir méritant par rapport à la guérison.

L'enfant ne cesse de se voir en sursis, il a l'impression qu'il a échappé à la mort, que c'est une erreur et que la mort va venir le chercher. Il se sent très vulnérable. Il peut prendre alors des risques excessifs liés à la perte de possession de soi même.

L'entourage a un rôle majeur dans la réadaptation de l'enfant guéri. L'enfant ne se sort pas de son cancer tout seul. L'annonce du cancer de l'enfant va entraîner chez ses parents une anticipation de la vie après l'enfant ; l'enfant est donné pour mort. Les parents vont être déstabilisés ; ils peuvent avoir des difficultés à assumer leur parentalité ; les places peuvent être bouleversées. Certains parents peuvent surprotéger leur enfant.

Il existe une culpabilité de la fratrie. Il existe une jalousie vis à vis de l'enfant malade et inconsciemment, on aimerait qu'il soit mort.

L'enfant guéri acquiert un statut de survivant ; il perd son identité de malade et est confronté à la réalité de ce monde qui a évolué sans lui. Il doit se désinvestir un peu de lui même et réinvestir d'autres choses extérieures.

Le paradoxe de la rémission est un réaménagement identitaire, oscillant entre perte et nouvelle construction, réinvestissement.

La guérison psychique dépend :

- de l'expérience de la maladie, du traitement. La manière de sortir de la maladie dépend beaucoup de la manière d'y être rentré.
- de la distance des parents, des projets à venir avec leur enfant guéri

Etude 2002-2003 : étude du vécu des adolescents guéris de cancers traités à l'hôpital Trousseau. Une psychologue (Nadine Trocmé) et une assistance de recherche clinique (Geneviève Vaudre) ont interrogé 41 adolescents guéris de

leur leucémie. Chaque adolescent a pu répondre à une centaine de questions. Les résultats sont les suivants :

- 35 sur 41 adolescents se sentaient comme les autres au moment du questionnaire
- 37 sur 41 trouvaient leur vie agréable
- 25 sur 41 avait au moins un an de retard scolaire et trouvaient la confrontation aux autres pénible et avaient la sensation d'être différent physiquement et psychologiquement.
- 12 sur 41 avaient peur d'une rechute de la maladie.
- 27 sur 41 avaient un sentiment de vulnérabilité et de manque de confiance en soi.
- 31 sur 41 avaient des répercussions importantes sur l'entourage (13/31 au niveau de la famille, 11/31 au niveau de la fratrie). Ces répercussions pouvaient être positives avec renforcement des liens ou négatives avec une culpabilité vis à vis de la souffrance des autres.
- 26 sur 41 considéraient leur corps comme un lieu de traumatisme.
- 29 sur 41 considéraient avoir échappé à la mort
- 11 sur 41 se sentaient en sursis.
- 4 sur 41 avaient besoin d'un soutien psychologique, se sentaient isolés, incompris par l'entourage et/ou se sentaient un « autre », différent de soi et des autres.

Conclusion :

Les auteurs concluaient qu'aucun des adolescents interrogés ne semblait réellement sorti de la maladie ; la plupart des réponses étaient ambiguës, hésitantes voire contradictoires. L'intensité des souvenirs n'était pas en relation avec l'ancienneté des événements. Les adolescents rapportaient une rupture difficile avec le monde médical. Le traumatisme de la maladie était le plus souvent enfoui mais restait bien actif. Aucune guérison n'est retour à une réelle innocence pour l'enfant (Canguilhem) pas clair. La guérison médicale et psychique sont des temps qui ne se superposent pas. La souffrance psychologique est la plus marquante et ce longtemps après et nécessite une prise en charge globale prolongée après l'arrêt des traitements et/ou l'annonce de la rémission.

Bibliographie :

- **Brun D** (1989): L'enfant donné pour mort. Enjeux psychiques de la guérison. Paris, Dunod.
- **Cavro E , Bungener C, Bioy A** (2005): Le syndrome de Lazare. Une problématique de la rémission. Rev. Francoph. Psycho-oncologie; 2: 74-79.

- **Holland J, Tross S** (1989): Psychological care of the patients with cancer. Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, Oxford: 101-116.
- **Oppenheim D** (1996): L'enfant et le cancer. La traversée d'un exil. Paris, Bayard.
- **Oppenheim D et al.** (1995): Fin(s) des traitements et « guérison ». Archives pédiatriques; 2: 267-272.
- **Tabone M-D, Sommet D** (2006): Vivre après un cancer. Archives de pédiatrie; 13: 607-613.
- **Vaudre G et al.** (2005): Vécu des adolescents guéris d'une leucémie aiguë lymphoblastique. Archives de pédiatrie; 12: 1591-1599.

Actualités sur les protocoles en cours :

1 : étude KOALA : *Daniel Orbach*

ETUDE D'EFFICACITÉ ET DE TOLERANCE DU KÉRATINOCYTE GROWTH FACTOR (KGF) EN PÉDIATRIE.

Etude de l'effet du képivance (Palifermine) dans les mucites chez l'enfant traité pour cancer.

Le KGF est un facteur de croissance soluble endogène pour la prolifération épithéliale. Son action est essentiellement présente sur l'épithélium du tube digestif. Il permet l'activation de la prolifération, la différenciation, la migration et la réparation du tissu épithélial. Il n'a pas d'action sur les fibroblastes, les cellules endothéliales ou les autres cellules non épithéliales. Il est produit par les cellules mésenchymateuses (fibroblastes), cellules endothéliales, cellules musculaires lisses.

L'épithélium digestif est maintenu par une prolifération continue de cellules cryptiques originaires de cellules souches. Elles vont se différencier et migrer vers les villosités pour remplacer les entérocytes matures.

La chimiothérapie et la radiothérapie détruisent les cellules souches cryptiques et gênent la prolifération épithéliale ce qui entraîne des lésions caractéristiques de mucite.

Le récepteur du KGF (R-KGF) est présent sur les cellules épithéliales digestives, les hépatocytes, les kératinocytes, les pneumocystes II, l'épithélium mammaire et urothélial chez l'animal.

Il existe une hyper-expression de KGF après une plaie ou un traumatisme rénal ou vésical et lors des maladies inflammatoires du tube digestif.

Une étude préalable est nécessaire pour s'assurer que les principales tumeurs non épithéliales de l'enfant ne comportent pas le récepteur du KGF à leur surface.

Ce facteur de croissance a été testé chez l'adulte avec des résultats encourageant :

Spielberger R. Palifermin for oral mucositis after intensive therapy for hematologic cancers. N Engl J Med. 2004 Dec 16;351(25):2590-8.

Etude comparative randomisée double aveugle palifermin versus placebo en prévention de la mucite : le placebo ou la palifermine ont été

donnés pendant 3 jours consécutifs en IV avant et après le début TBI et la chimiothérapie à la posologie de 60 µg /kg IV, 6 doses : 3 avant chimio/RTH et 3 après CSP.

212 patients atteints de maladies hématologiques malignes (LMNH, Hodgkin, Myélome, Leucémie) avec un âge médian de 48-49 ans ont été réparti en 2 groupes de 106. Les sujets recevaient un conditionnement par fTBI 12Gy et VP16 60 mg/kg x1j et cyclophosphamide 100 mg/kg x 2j + Cellules souches. Ils recevaient du G-CSF jusqu'à la prise de greffe.

Cette étude de phase III chez l'adulte a permis de mettre en évidence un effet significatif pour le groupe traité par rapport au groupe contrôle :

- baisse de 36% des mucites (baisse de la durée : 3 jours versus 9)
- baisse de la durée et de la quantité de morphine consommée (212 mg versus 535 mg)
- amélioration de la qualité de vie
- baisse du nombre d'aplasie fébrile : 75 % versus 92%

les principaux effets secondaires de la Palifermine décrits chez l'adulte sont :

- cutanés : rash, prurit, érythème
 - altération du goût
 - paresthésie de la bouche
 - anomalie de la langue
 - arthralgie
 - augmentation de l'amylase (salivaire ? pancréas ?)
- ils apparaissent le plus souvent 6 jours après la 1ère dose.

Méthodologie de l'étude KOALA : Etude d'efficacité (phase III) multicentrique nationale, randomisée, avec bénéfice individuel direct, en double aveugle, comparative contre placebo.

Critères d'inclusion :

- Enfants âgés de plus de 6 ans (en âge de s'auto-évaluer par une échelle E.V.A) et de moins de 18 ans.
- Patient devant recevoir une association de chimiothérapie à "risque élevé de mucite" associée ou non à une radiothérapie : VIDE, Copadem, allogreffe, autogreffe, CH-HD + CSP.
- Quelle que soit la pathologie pour laquelle cette chimiothérapie est prescrite,

- En l'absence de critère de non inclusion,
- Consentement éclairé signé par les parents/tuteur et éventuellement le patient.

Critères de non inclusion :

- Atteinte des glandes salivaires ou du pancréas (lipase > x 2 fois la normale).
- Antécédent personnel de mélanome, carcinome basocellulaire.
- Porteur d'un carcinome indifférencié de nasopharynx ou de toute autre tumeur maligne d'origine épithéliale : "carcinome"
- Antécédent de kératite sévère (> grade II)
- Grossesse en cours
- Les patients devant recevoir une chimiothérapie dont le risque attendu de mucite est intermédiaire, faible ou nul
- Présence d'une mucite résiduelle (> grade 0) d'origine médicamenteuse ou infectieuse.
- toxicités rénale, cardiaque, neurologique, digestive, infectieuses ou hépatique ≥ grade II du NCI-CTC 0.3.

Protocole à l'étude : Palifermine : KIPIVANCE à la posologie de 60 µg/kg/injection de J-3 à J0.

Selon le bras de randomisation, le patient recevra de J-3 à J -1 de la cure, une injection quotidienne soit de :

- Bras 1 : Placebo de type Eau Pour Préparation Injectable
- Bras 2 : Palifermine à la dose de 60 µg/kg/injection

J0 est défini comme le 1er jour d'administration du traitement oncologique (chimiothérapie ou radiothérapie).

Le KGF pourra être administré en HDJ avec une surveillance de quelques heures qui reste à définir.

Le nombre d'enfants nécessaire est de 106 patients si l'on considère que l'objectif est de diminuer de 30% l'incidence des mucites grade III/IV. Il est prévu une inclusion annuelle de 25 à 30 enfants sur 4 ans. Cette étude concerne 32 centres SFCE ou apparentés.

Objectif de l'étude : démontrer une baisse de l'incidence des mucites de grade III/IV en pédiatrie de 30% après chimiothérapie mucitogène dans le groupe traité.

Objectifs secondaires :

- Tolérance globale de la Palifermine, notamment muqueuse, cutanée, salivaire ou pancréatique

- Comparaison entre les bras de :
 - La durée de la mucite grade III/IV après la 1^{ère} cure
 - De l'incidence globale des mucites (grade I à IV) après la 1^{ère} cure
 - La consommation de morphinique : dose maximale nécessaire et durée des besoins après la 1^{ère} cure
 - Des douleurs ressenties (EVA maximale, nombre de jours à plus de 30/100 d'EVA) après la 1^{ère} cure
 - De la durée de la nécessité d'une alimentation parentérale après la 1^{ère} cure
 - Nombres de transfusion de concentrés plaquettaires ou globulaires.
 - L'incidence totale des mucites grade III/IV en cas de répétition des injections,
 - Nécessité d'une nutrition parentérale sur la totalité des cures
 - L'incidence des aplasies fébriles sur la totalité des cures
 - L'incidence des infections systémiques sévères (NCI : grade III/IV) sur la totalité des cures
 - Des troubles digestifs sévères (NCI : grade III/IV) sur la totalité des cures
 - De la durée d'hospitalisation globale sur la totalité des cures

Problématique en cours de discussion :

- un enfant peut il être inclus pour 2 cures successives (COPADEM, VIDE) ? plutôt oui, doit il être son propre témoin ? doit il rester dans le même bras ?
- quelles sont les règles d'arrêt ? de lever du double aveugle ?
- comment administrer le produit dans les temps : sortie d'aplasie non prévisible au jour prêt ?
- Présence du R-KGF dans les tumeurs épithéliales : étude en cours
- Posologie et mode d'administration
- Lieu d'administration
- Nombre de bras de comparaison ?
- Moment de la randomisation ?

le KGF est incompatible avec l'héparine (contact direct)

2 : **Xylocaine IV** dans les douleurs viscérales réfractaires : *Martine Gabolde*

3 inclusions en monocentrique à l'IGR.

Difficulté à inclure les patients car le protocole est proposé en soin palliatif pour des douleurs mal soulagées contre placebo. Pour rendre acceptable le placebo,

les critères d'arrêt sont très développés tout comme les effets secondaires de la xylocaïne.

Ce protocole exige un monitoring cardiaque qui à l'IGR ne peut se faire qu'en pédiatrie ou en réanimation.

Il est apparu nécessaire d'ouvrir le protocole à du multicentrique. Financement accepté par l'« association enfance et santé ».

L'IGR étant le promoteur et Martine ne travaillant plus sur l'IGR, il est demandé de différer le projet le temps de régulariser les questions administratives.

3 : MKIII : Claudine Schmitt

Etude prospective multicentrique en double aveugle de la kétamine en traitement antalgique complémentaire à la morphine dans les mucites de l'enfant.

Débutée en 2002, elle vient de se fermer.

Elle concerne 14 centres, 58 patients dont 45 en France, 13 à Montréal. Les analyses sont en cours. Les résultats seront probablement prêts pour février 2007.

A noter : les résultats de GUM ont été acceptés pour publication dans J pédiatric Oncology (mai 2007)

Douleur et toucher-massage : *Agnès Pasturel*

Agnès Pasturel est infirmière dans l'unité douleur à Robert Debré.

Un des pré requis avant de toucher un enfant est de se poser la question :
« qu'est ce que cela me fait quand on me touche ? »

C'est une communication non verbale qui nécessite une attitude empathique.

Le toucher-massage permet de mieux évaluer la douleur d'un enfant quand il existe une discordance entre l'auto et l'hétéro évaluation. Il existe parfois un amalgame entre l'anxiété et la douleur. Le massage peut permettre de lever l'anxiété et permettre ainsi à l'enfant d'évaluer plus précisément sa douleur.

Le massage rassure l'enfant, il peut se détendre. Le massage doit être agréable, fait avec douceur. Il n'a pas les mêmes objectifs que les massages faits par les kinésithérapeutes. Le toucher-massage peut permettre de rendre l'enfant accessible à la communication. L'enfant peut ainsi prendre conscience de son anxiété. Le soignant peut parfois « accéder » à la douleur de fond de l'enfant.

Chez le nouveau né ou l'enfant non communicant, le massage va permettre de faire la différence entre l'inconfort et la douleur.

Sur le plan physiologique, le toucher-massage va entraîner un bien être qui va libérer des substances types endorphines, sérotonine ... Il va stimuler le « gate contrôle », va permettre de défocaliser l'attention de l'enfant de sa douleur et peut lever certaines rétractions musculaires.

Sur le plan psychologique, le toucher-massage peut permettre d'augmenter le seuil de perception de la douleur. Il peut permettre à l'enfant de patienter et d'attendre l'effet du médicament antalgique et même de sensibiliser l'enfant à l'antalgique.

Le toucher-massage peut permettre à l'enfant de retrouver du plaisir par le corps. Il peut redonner à l'enfant la notion de globalité, le rassurer dans sa capacité à être à nouveau bien.

Pour le soignant qui redoute parfois d'aller voir une enfant douloureux, le toucher-massage permet d'avoir quelque chose d'immédiat à proposer à l'enfant. Il ajoute une dimension humaine au soin et permet de se poser.

Pour les parents, le toucher-massage leur permet de reprendre leur place auprès de leur enfant. Il les autorise à être actifs et efficaces dans le soulagement de leur enfant.

Le toucher-massage permet à l'enfant d'augmenter ses capacités à gérer une douleur. Il est donc indiqué :

- pour la préparation d'un soin douloureux. Le temps d'attente peut être mis à profit par le massage. La présence du masseur est rassurante pour l'enfant.
- pendant le geste douloureux : il permet à l'enfant de focaliser son attention sur une sensation agréable
- pour favoriser l'endormissement.

Questions et commentaires :

Comment gérer les émotions que cela peut induire ? de la même manière que celles induites par un soin , une parole réconfortante, en transmettant à l'équipe soignante et au psychologue de l'équipe.

Certains enfants présentant des douleurs neuropathiques n'aiment pas être touchés surtout au niveau des extrémités. C'est une information intéressante pour les docteurs car elle a une valeur sémiologique et peut aider au diagnostic et traitement.

A l'IGR, une psychomotricienne fait de la relaxation aux enfants en soin palliatif. Cela permet de redonner le contact avec les parents et les jeunes soignants qui ont « peur » d'entrer en relation avec l'enfant mourant.

Projets :

1 : Etude TENS chez l'enfant : les infirmières du CLB (Lyon)

L'équipe d'infirmières de Lyon rapporte leur expérience d'utilisation des TENS en oncologie pédiatrique et présente un projet de fiche de recueil de données qui pourrait être diffusée afin de valider l'efficacité dans certaines indications chez l'enfant. Plusieurs équipes sont intéressées par ce projet et doivent prendre contact avec l'équipe lyonnaise... (cf diaporama)

2 : Biphosphonate en oncopédiatrie :

Quelques réflexions sur l'utilisation des diphosphonates en oncopédiatrie...

Faut il mettre en place une étude sur l'intérêt des diphosphonates dans la prise en charge antalgique des enfants présentant une évolution métastatique osseuse?

Les biphosphonates en oncologie adulte ont déjà une grande histoire. De multiples essais ont été publiés depuis le début des années 90 principalement dans les métastases ostéolytiques de carcinomes mammaires, les lésions osseuses du myélome multiple et les métastases osseuses de l'adénocarcinome prostatique.

Les diphosphonates ont un rôle dans l'hypercalcémie maligne, dans la diminution de la douleur et la réduction des événements osseux chez l'adulte.

Le diphosphonate actuellement utilisé pour son effet antalgique propre est l'acide zolédronique IV sur 15min. La population d'adultes étudiée est importante et des groupes homogènes sont possibles pour des études comparatives d'efficacité. Il est décrit des effets secondaires comme l'ostéonécrose mandibulaire.

Le principal problème spécifique à la pédiatrie est le faible nombre d'enfants concernés par ce type de traitement. Y a t'il un intérêt d'une étude descriptive ? d'efficacité ? de tolérance ? d'effets indésirables ?

Un travail important préalable est nécessaire pour définir les cibles, le nombre d'enfant à inclure. Comment prendre en compte l'hétérogénéité des pathologies tumorales ?

3 : DN4, adaptation à l'enfant

Le groupe de travail qui s'est constitué lors de la dernière réunion nous fait part de l'état d'avancement de leur projet avec illustration pour faciliter la compréhension des termes du questionnaire.

Les news :

Congrès passés et futurs :

- 15-17 juin 2006, Montpellier , congrès national de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs - SFAP:Présentation du groupe de réflexion pédiatrique (Fondation de France, 7 universités) : « 20 Repères pour l'accompagnement des enfants et adolescents en fin de vie » (texte disponible)
- 25 - 29 juin 2006 Vancouver, Canada : 7th International Symposium on Pediatric Pain- IASP : www.pediatric-pain.org : pediatric pain letter vol 8 n°2 (août06)
- 17 octobre 2006. Institut Pasteur - Paris : 1ère journée du CNRD
- 15-18 novembre 2006. Nantes : 6ème Congrès SFETD. « Douleur et cancer »
- 8 décembre 2006 Paris : 13ème journée UNESCO : « La douleur de l'enfant: quelles réponses? »
- 23-24 novembre 2006 Paris : Organisation des soins oncologiques de support à toutes les phases de la maladie
- 14-16 mars 2007 Tours : 7°congrès du GRASPHO
- 6-9 juin2007 Budapest : 10° congrès de l'association européenne des soins palliatifs : EAPC abstract on line jusqu'au 30/11

Publications :

Quelques ouvrages récemment publiés :

- *Guide des pratiques psycho-corporelles*; Masson Paris 2006. Isabelle Celestin Lhopiteau, Pascale Thibaut-Wanquet
- « Douleurs orofaciales : Diagnostic et traitement ». Yves Boucher et Paul Pionchon. Collection Mémento. Edition CdP
- « Falikou ». Catherine Loëdec-Jörg. Edition Le buveur d'encre

Quelques articles parus dans les 6 derniers mois et qui ont retenu notre attention :

- Kleiber C, Schutte DL, McCarthy AM, Floria-Santos M, Murray JC.
Predictors of Topical Anesthetic Effectiveness in Children.
J Pain. 2006 Sep 27
- von Baeyer CL, Spagrud LJ. Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. Pain. 2006 Sep 21
- Theunissen JM, Hoogerbrugge PM, van Achterberg T, Prins JB, Vernooij-Dassen MJ, van den Ende CH.
Symptoms in the palliative phase of children with cancer.
Pediatr Blood Cancer. 2006 Sep 13
- Gregoire MC, Frager G. Ensuring pain relief for children at the end of life.
Pain Res Manag. 2006