

## Édito

Dr Daniel ANNEQUIN

### La douleur de l'enfant : une prise en charge encore « soignant-dépendante »

Alors que d'énormes progrès ont été réalisés ces dix dernières années en matière de connaissance sur les mécanismes et les thérapeutiques de la douleur de l'enfant, alors qu'une mobilisation exemplaire d'acteurs institutionnels et associatifs a pu se développer dans notre pays, beaucoup d'enfants en France ne profitent pas de ces avancées.

La mobilisation, la sensibilisation des équipes hospitalières reste très inégale. Alors que beaucoup d'équipes ont modifié positivement leurs pratiques, d'autres "restent sur la touche" : de nombreux exemples nous parviennent où un médecin, un cadre (soignant) local peut bloquer complètement tout un processus d'amélioration des pratiques (refus d'utilisation des solutions sucrées pour le soulagement de la douleur des gestes pratiqués chez le nouveau-né, refus d'utilisation du

## Treizième journée UNESCO

### « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? »

vendredi 8 décembre 2006 à Paris

mélange 50/50 protoxyde d'azote/oxygène [MEOPA], refus de disposer de morphine aux urgences, etc.). Les bonnes pratiques restent "soignant-dépendantes", les douleurs provoquées (par les soins, les explorations, etc.) sont toujours insuffisamment traitées : le MEOPA est encore sous-utilisé. De nombreux moyens de formation, d'information existent mais ils restent largement sous-utilisés. Un troisième plan douleur vient d'être annoncé, la douleur de l'enfant demeure à juste titre une des priorités gouvernementales. Mais cette volonté politique reste insuffisante pour systématiser ces bonnes pratiques ; il faut y associer les usagers, les parents qui grâce à leur vigilance quotidienne, sont une pièce maîtresse pour encourager, stimuler les services, les équipes, les établissements.

**POUR NOUS CONTACTER :** [pediadol@yahoo.fr](mailto:pediadol@yahoo.fr)

*Si vous souhaitez être informé régulièrement des nouveautés de PEDIADOL, envoyez-nous un mail à [pediadol@yahoo.fr](mailto:pediadol@yahoo.fr) en indiquant comme objet du message "Actualité Pédadol"*

## Néonatalogie

### ● PRÉLÈVEMENTS VEINEUX VERSUS CAPILLAIRES

Chez le nouveau-né, la douleur provoquée par un prélèvement capillaire est plus intense que lors d'un prélèvement veineux, d'après 4 études randomisées sélectionnées par le groupe de néonatalogie de la *Cochrane library* sur des critères méthodologiques stricts. De plus, dans le groupe ponction veineuse, le risque est moins élevé de devoir repiquer une 2<sup>e</sup> fois et l'anxiété maternelle est moindre. On peut donc abandonner le prélèvement capillaire et recommander désormais la ponction veineuse, à effectuer après prise de sucre et/ou d'EMLA® pour tout prélèvement chez le nouveau-né.

*Cochrane Database Syst Rev 2004, 4 : CD001452*

### ● ANTALGIE DES PRÉLÈVEMENTS SANGUINS EN MATERNITÉ : UNE GRANDE HÉTÉROGÉNÉITÉ

Une étude d'observation prospective évalue les pratiques de 4 maternités chez 259 nouveau-nés à terme : prélèvement veineux ou capillaire avec ou sans antalgique (solution sucrée, succion, allaitement). Les prélèvements capillaires sont plus douloureux que les veineux. L'efficacité antalgique des solutions sucrées, de la succion et de l'allaitement lors des prélèvements sanguins est confirmée quelle que soit la modalité de prélèvement : scores DAN médians de douleur 1 à 2/10. Dans la maternité (CHU) qui n'utilise aucun antalgique, les scores atteignent 10/10.

Ce mémoire de sage-femme soutenu par Johanna Boniakowski (mai 2005) à Nancy a reçu les félicitations du jury.

J. Boniakowski a obtenu le Prix Evian 2005 (communication orale) des écoles de sages-femmes.

## Pêlè-mêle

### ● NOUVEL ÉTIQUETAGE DES AMPOULES DE MORPHINE INJECTABLE

Pour une meilleure lisibilité du contenu des ampoules, l'AFSSAPS a demandé aux laboratoires commercialisant la morphine injectable de cesser les mentions en % et de faire figurer le produit, le nombre de mg contenus dans l'ampoule, la concentration en mg/mL et la voie d'administration. Ces changements sont effectifs depuis septembre 2005.

<http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/morphine/morquest.htm>

### ● PRISE EN CHARGE DE LA DRÉPANOCYTOSE : LES RECOMMANDATIONS RÉCENTES DE LA HAS (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : ANCIENNE ANAES)

Le groupe de travail a rédigé des recommandations pour toutes les complications de la drépanocytose chez l'enfant et l'adolescent. Le traitement de la douleur est détaillé ; pour les urgences, il reprend le protocole du club douleur Île-de-France (voir sur le site).

## ● AINS ET AMYGDALECTOMIE : LE DÉBAT RESTE OUVERT

Le risque hémorragique des AINS donnés après amygdalectomie est depuis longtemps débattu. Trois méta-analyses<sup>1-3</sup> publiées en 2003 avaient abouti à des conclusions divergentes. Une revue systématique Cochrane<sup>4</sup>, publiée en 2005, ne retrouve pas d'augmentation de la fréquence des hémorragies (et de ré-interventions chirurgicales pour hémorragie) chez les enfants traités par AINS. Les nausées et les vomissements sont, en revanche, moins fréquents.

<sup>1</sup>*Anesth Analg* 2003, 96 : 68-77 ; <sup>2</sup>*Anesthesiology* 2003, 98 : 1497-502 ; <sup>3</sup>*Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003, 129 : 1086-9 ; <sup>4</sup>*Cochrane Database Syst Rev* 2005, 18 : CD003591

## ● QUESTIONNAIRE DN4

Le groupe français des douleurs neurogènes a mis au point un nouveau questionnaire (DN4) permettant de poser rapidement et simplement le diagnostic de douleur neurogène qui comporte 7 items d'interrogatoire (brûlures, sensations de froid douloureux, décharges électriques, fourmillements, picotements, engourdissements, démangeaisons) et 3 items d'examen clinique (hypoesthésie au tact, hypoesthésie à la piqûre, douleur augmentée par le frottement). Le score obtenu est sur 10 points. Un score de 4/10 permet d'identifier une douleur neurogène correctement dans 86 % des cas. Si l'on utilise l'interrogatoire seul, un score de 3/7 permet un diagnostic correct dans 79,5 % des cas.

## Douleur provoquée par les soins

### ● PEUT-ON METTRE EMLA® DÈS L'ARRIVÉE AUX URGENCES SI UNE PONCTION VEINEUSE EST PRÉVISIBLE ET SUR QUELS CRITÈRES ?

Quand un prélèvement est nécessaire aux urgences pédiatriques, l'utilisation d'EMLA® pose le problème d'un délai d'attente. Plusieurs équipes ont testé l'application d'EMLA® dès l'arrivée, par l'infirmière d'accueil, si celle-ci estime que le médecin demandera un bilan sanguin ou une voie veineuse. Deux études<sup>1,2</sup> montrent que si les infirmières décident seules, environ la moitié des poses d'EMLA® sont inutiles (pas de prélèvement) et 5 à 10 % des enfants finalement prélevés n'ont pas d'EMLA®. Avec la liste de critères de prélèvement prévisible établie par l'équipe de Poissy<sup>3</sup>, ces chiffres passent respectivement à 33 et 3 %. On peut donc utiliser ces critères qui devraient cependant à l'avenir être affinés

<sup>1</sup>*Pediatrics* 1999, 104 : e19 ; <sup>2</sup>*Arch Pediatr* 2004, 11 : 1163-7 ; <sup>3</sup>*Arch Pediatr* 2000, 7 : 317-80

### ● LA PRÉSENCE DES PARENTS LORS D'ACTES MÉDICAUX

Une méta-analyse comportant 28 études incluant 1 256 enfants (soin avec présence des parents) et 1 025 enfants (soin sans les parents) met en évidence le bénéfice de la présence des parents lors de soins douloureux : baisse de la détresse des enfants et de leurs parents sans augmentation de l'anxiété des soignants ou de gêne du bon déroulement des soins. Ces résultats sont confirmés dans une étude prospective récente.

*Child Care Health Develop* 2005, 31 : 233-43

## Peut mieux faire...

### ● DOULEUR AIGÜE DE L'ENFANT DANS L'AIDE MÉDICALE D'URGENCE, ÉVALUATION DES PRATIQUES

Sur 359 réponses de Smur français à un questionnaire téléphonique adressé aux médecins transporteurs, 8 % des médecins définissent correctement une douleur aiguë sévère (DAS), 10 % connaissent les objectifs thérapeutiques. La morphine est utilisée en première intention dans 47 % des DAS mais les posologies et les délais recommandés sont suivis dans seulement 7 et 13 % des cas respectivement. Dans 63 % des cas il n'y a aucun protocole antalgique local. Ces résultats mettent en évidence un déficit de connaissance vis-à-vis de l'analésie de la douleur aiguë de l'enfant.

*Presse Méd* 2005, 16 : 1126-8

### ● PRISE EN CHARGE ARBITRAIRE DE LA DOULEUR : LE TÉMOIGNAGE D'UNE MAMAN AUX URGENCES

Alexandre, 5 ans, est amené aux urgences pour une plaie du cuir chevelu. Le nettoyage de la plaie est effectué sans explication, sans mot de réconfort, l'infirmière ne le rassure pas et ne fait pas de pause pour laisser la plaie "souffler", elle vérifie seulement que sa maman lui tient bien les mains. L'enfant commence à pleurer, à se débattre, il a mal, il crie. Le médecin arrive, l'entourage est rassuré de reconnaître le médecin qui avait soigné un enfant avec "tant d'humanité" quelques mois auparavant mais ce jour là, le même médecin "agrafe la plaie, à vif, encore endolorie par le nettoyage". Les sept agrafes sont posées dans un climat d'effolement et de douleur, et il envisage alors seulement l'administration d'un antalgique en commentant : "il oubliera vite". Les arguments avancés : "on ne donne pas de gaz euphorisant à un enfant qui est déjà énervé" (il n'envisage pas d'attendre les 2 min nécessaires à ce qu'il se calme). L'enfant étant calme à son arrivée, il aurait pu bénéficier du Kalinox® dès le début. L'infirmière : "on ne va quand même pas faire une anesthésie juste pour nettoyer la plaie !" Non. Bien sûr. Pas juste pour nettoyer la plaie. Mais pour la suturer ?

### ● DEUX TIERS DES PÉDIATRES URGENTISTES US DÉCLARENT NE PAS UTILISER D'ANTALGIQUES LORS D'UNE PONCTION LOMBAIRE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Résumés plus détaillés et encore bien d'autres informations sur [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)