

## 16<sup>e</sup> journées

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

2 & 3 décembre 2009 à Paris

### Ateliers de formation

2 décembre (10 h-18 h) - Hôpital Trousseau

Journée complète d'ateliers avec possibilité d'assister à 2 ou 3 sessions.

Thématiques variées : évaluation, morphine, techniques psychocorporelles...

Attention ! Le nombre de places étant limité pour chaque atelier, inscrivez-vous précocement par Internet pour pouvoir choisir vos thématiques.

### Unesco - 3 décembre

- Épidémiologie
- Hypnose : dans quelles situations, pourquoi, pour qui ?
- Néonatalogie
- Actualités
- Résultats du concours national sur la distraction des enfants lors des soins douloureux organisé par l'Association Sparadrap

### 4<sup>e</sup> concours d'affiches « Douleur »

Participez en soumettant vos projets à [pediadol@yahoo.fr](mailto:pediadol@yahoo.fr) avant le 16 octobre 2009

Tous les détails sur [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)

## Autres dates à retenir

- **OCTOBRE 2009 — DIU**  
LA DOULEUR DE L'ENFANT EN PRATIQUE QUOTIDIENNE

Ouverture des inscriptions dès juin 2009

DIU organisé par les unités douleur des hôpitaux Trousseau et Bicêtre  
6 modules de 2 jours + 5 jours de stage + projet professionnel

Programme détaillé et modalités sur [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)

- **16 OCTOBRE 2009 — 4<sup>e</sup> JOURNÉE DU CNRD**  
DOULEUR PROVOQUÉE PAR LES SOINS

Parmi les thèmes abordés : EPP auprès du nouveau-né en maternité, intérêt de l'association EMLA<sup>®</sup> + saccharose chez les prématurés lors d'un prélèvement veineux, douleur provoquée chez les patients atteints de pathologies psychiatriques, douleurs neuropathiques et soins, intérêt de la sophrologie chez les enfants de 5 à 7 ans en postopératoire (chirurgie urologique).

[www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr)

- **18-21 NOVEMBRE 2009 — PARIS**  
CONGRÈS DE LA SFETD SUR LES DOULEURS VISCÉRALES  
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

18 novembre : journée de cours supérieur sur la douleur de l'enfant :

- les douleurs viscérales et abdominales de l'enfant : à quoi sont-elles dues, que faire ?
- les troubles fonctionnels : comment faire le diagnostic, que proposer, que dire à la famille ?
- la fibromyalgie chez l'enfant et l'adolescent existe-t-elle ?

21 novembre : deux ateliers sur les douleurs abdominales de l'enfant avec l'intérêt des méthodes psychocorporelles et de l'hypnose.

[www.sfetd-douleur.org](http://www.sfetd-douleur.org)

## Halte aux suppositoires de paracétamol !

*Explications détaillées et bibliographie complète sur [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org) dans la rubrique Traitements*

Pourquoi continuer à prescrire, utiliser des suppositoires de paracétamol dont l'efficacité est considérablement réduite par voie rectale ?

- par habitude et commodité ;
- parce que l'on continue à vivre sur d'anciennes croyances fausses : « ça marche plus vite et mieux » ;
- parce que l'on anticipe le refus de certains enfants d'avaler des médicaments ;
- par méconnaissance des données récentes.

La biodisponibilité relative de la voie rectale rapportée à celle de la voie orale est non seulement basse mais aussi variable, en moyenne de 52 %, avec des valeurs extrêmes de 24 à 98 %.

La latence de résorption est importante et il existe une grande variabilité interindividuelle. De nombreuses études pharmacocinétiques démontrent que les concentrations plasmatiques atteintes par voie rectale sont basses, retardées et imprévisibles.

La plupart des études qui ont essayé de mettre en évidence l'efficacité antalgique du paracétamol administré par cette voie sont négatives.

Même si quelques travaux ont montré une égalité entre voie orale et rectale de l'effet antipyrétique du paracétamol, en revanche pour l'effet antalgique, les études sont toujours en faveur de la voie orale.

Des calculs de pharmacocinétique montrent que pour atteindre une concentration efficace, il faudrait administrer une dose de charge de 50 mg/kg suivie de 30 mg/kg/6 heures avec alors risque de surdosage.

Aujourd'hui la voie orale doit être privilégiée, sauf vomissements incoercibles et absence de voie veineuse.

Anderson BJ *et al.* 1997 ; 1998 ; 1999 ; 2000 - Montgomery CJ *et al.* 1995 - Hahn TW *et al.* 2000 - Korpela R *et al.* 1999 - Rusy LM *et al.* 1995 - Ozyuvaci E *et al.* 2004 - Bremerich DH *et al.* 2001 - Van der Marel CD *et al.* 2001 - Goldstein LH *et al.* 2008 - Afssaps 2009.

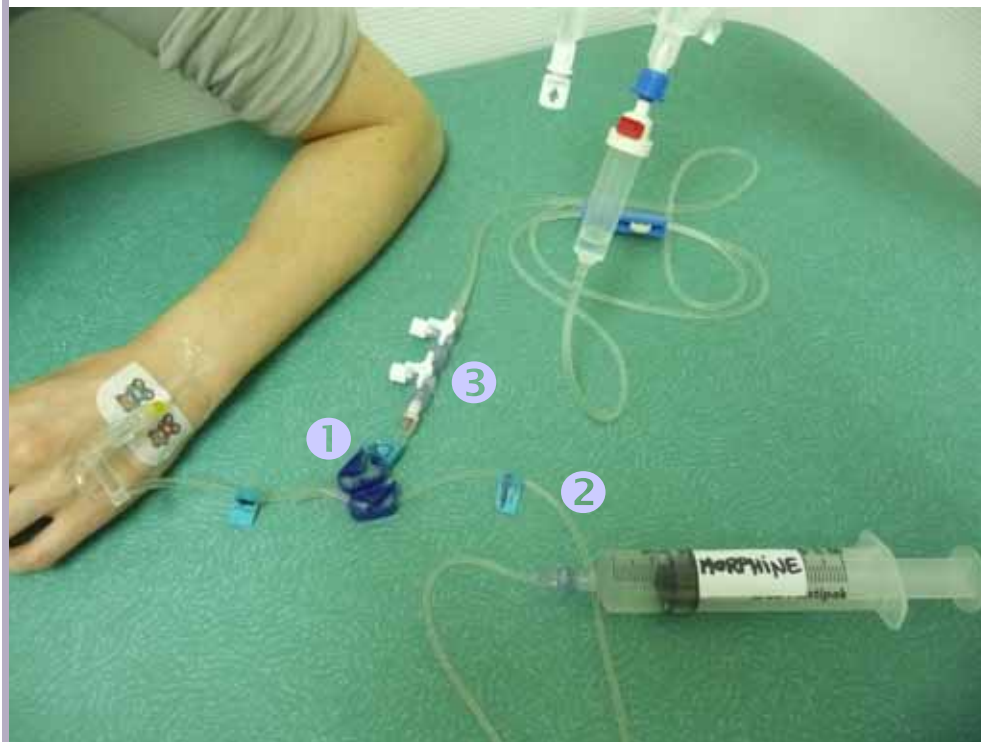
## Pourquoi et comment ...

... placer une valve antireflux pour une perfusion de morphine

Rappel : pour toute perfusion de morphine en intraveineux, quel que soit le matériel utilisé (pompe PCA, pousse-seringue électrique, etc.), il faut placer une valve antireflux entre le patient et la perfusion.

### Pourquoi ?

Parce que si un blocage survient entre la morphine et la veine (cathlon bouché, coudé, etc.), le pousse-seringue ou la pompe PCA va continuer à « pousser » la morphine ; si celle-ci peut « remonter » ailleurs (une perfusion de B27, de sérum physiologique, etc.), elle le fera et ira se stocker dans ce produit. Au lever du blocage (cathlon débouché ou découdé), le débit de cette perfusion va reprendre... avec la morphine qui fait maintenant partie de son contenu.



### Comment ?

① Insérer directement la « valve antireflux » sur l'entrée de la voie veineuse au plus près du patient (si possible directement sur le cathlon) ; ② arrivée de la morphine en intraveineux, ③ toutes les autres perfusions doivent être branchées sur la valve antireflux ; s'il y a une rampe ou plusieurs robinets, ils doivent être placés là.

## Peut-on pratiquer un prélèvement veineux chez un nourrisson pendant son sommeil ?

Question posée par les étudiants de l'institut de formation en puériculture de Strasbourg :

Notre réflexion se porte sur une situation (qui s'est répétée à plusieurs reprises) vécue en stage : nous avons vu une puéricultrice pratiquer un prélèvement veineux chez un nourrisson pendant son sommeil dans une pièce calme en ne donnant aucun antalgique. Le nouveau-né ne s'est pas réveillé. Que faut-il penser ? Cette pratique est-elle envisageable dans la mesure où cela s'est répété et qu'aucun enfant ne s'est réveillé et en l'absence de signe de douleur apparent ?

Réponse du groupe PÉDIADOL\* :

L'absence de réaction du bébé endormi lors d'une ponction veineuse signe la variabilité des réactions comportementales face à la douleur. Cette pratique ne doit pas être généralisée car elle constituerait une perte de chance chez la grande majorité des autres enfants qui ne bénéficieront pas de couverture antalgique efficace.

\* Extrait - Réponse complète sur le site dans la foire aux questions sur les solutions sucrées

## Avez-vous lu ?

### Comprendre et vaincre la douleur chronique de votre enfant

Dr L.K. Zelter, C. Blackett Schlank

Qu'est-ce qui installe une douleur chez l'enfant et la pérennise jusqu'à ce qu'elle devienne une douleur chronique ?

Quels diagnostics envisager ? Comment en sortir ? Quelle attitude avoir en tant que parent ?

Quels traitements recommander ? Où et quand consulter ?

À toutes ces questions, Lonnie Zeltzer (à la fois pédiatre, anesthésiste et psychiatre, professeur des universités, directrice d'un hôpital d'enfants à Los Angeles et responsable d'un centre de traitement de la douleur de l'enfant) répond clairement, avec une conviction communicative. Un livre très utile pour les parents mais aussi pour les soignants.

Éditions Retz, 2007



Encore bien d'autres informations sur [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)