

Recommandations Afssaps de bonne pratique Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant

Dr Daniel Annequin

Unité fonctionnelle d'analgésie pédiatrique, Hôpital d'enfants Armand Trousseau,
Assistance publique – Hôpitaux de Paris

daniel.annequin@trs.aphp.fr

Dans le cadre du troisième plan national de lutte contre la douleur, l'Afssaps a réuni des experts de compétence (pédiatres, anesthésistes réanimateurs, médecins généralistes...), de mode d'exercice (hospitalier, libéral) divers. Ces experts* ont analysé la littérature (plus de 700 références ont été initialement analysées) et rédigé le document (327 références au final).

La rigueur méthodologique et l'ampleur de ce travail en font une référence opposable permettant d'infléchir positivement les pratiques antalgiques pédiatriques.

Ces RBP insistent particulièrement sur plusieurs points :

La douleur provoquée (soins, actes, chirurgie, explorations...) est fréquente chez l'enfant et doit donner lieu à une prise en charge efficace. Faute de couverture antalgique efficace, l'enfant est immobilisé de force, ce qui peut créer, chez certains, un traumatisme psychique et générer des comportements phobiques, avec pour conséquence retards et difficultés pour accéder aux soins.

Jusqu'à l'âge de 4 mois, l'utilisation systématique des solutions sucrées (1 à 2 mL de glucosé 30 %) associée à la succion est recommandée pour diminuer la douleur des piqûres.

L'application d'une **crème anesthésiante** pendant au moins 60 minutes est recommandée pour les effractions cutanées (prélèvement sanguin, ponction lombaire...).

Le mélange oxygène – protoxyde d'azote (MEOPA) est le produit de référence pour les actes et les soins douloureux chez l'enfant car il possède une rapidité et réversibilité d'action sans pareil avec un excellent profil « bénéfique/risque » ; ses effets antalgiques et anxiolytiques se renforcent mutuellement. Toutefois, son efficacité ne permet pas de couvrir tous les actes et soins douloureux.

Lorsque le MEOPA est inefficace, **la kétamine IV** à faible dose (0,5 mg/kg sans dépasser 2 mg/kg) apparaît le seul médicament utilisable par un médecin non anesthésiste mais possédant des compétences spécifiques.

Pour la douleur postopératoire, l'analgésie locorégionale (blocs périphériques, infiltration cicatricielle...) doit être privilégiée.

Pour les médicaments, le paracétamol mal absorbé par voie rectale doit être évité au profit de la voie orale. Le passage à un antalgique de niveau supérieur dans l'ordre 1, 2, 3 (selon les paliers de l'OMS) n'est pas systématique : certaines douleurs chroniques non cancéreuses ne justifient pas l'accès au niveau 3 alors qu'une douleur aiguë nécessite dans certains cas (traumatologie) le choix d'emblée du niveau 3.

Pour l'amygdalectomie, la morphine doit être utilisée en salle de réveil. Au domicile, paracétamol et opioïdes faibles doivent être donnés systématiquement pendant plusieurs jours.

La migraine est très fréquente chez l'enfant (5 à 10 % des enfants présentent d'authentiques crises migraineuses). Le traitement de la crise doit être donné précocement. L'ibuprofène 10 mg/kg est recommandé car son efficacité est supérieure à celle du paracétamol 15 mg/kg. En cas de vomissements, le diclofénac rectal ou le sumatriptan nasal (à partir de 12 ans) doivent être utilisés. On ne doit pas donner d'opioïdes (faibles et forts) en traitement de crise. En traitement de fond, aucun médicament ne peut être conseillé ; en revanche l'apprentissage des méthodes psychocorporelles (relaxation, auto-hypnose...) peut être recommandé.

L'importance des **moyens non médicamenteux** a été largement soulignée ; ils peuvent contribuer à soulager l'enfant car l'anxiété majore sa douleur : information, préparation de l'enfant et de sa famille, détournement de l'attention, distraction... En outre, la qualité relationnelle entre patients et soignants contribue au succès des stratégies antalgiques.

Enfin, une **réflexion sur l'organisation des soins** est fondamentale pour obtenir un contrôle optimal de la douleur : réduire la fréquence de certains examens systématiques ou de certaines pratiques (diminution des bilans sanguins ou des adhésifs par exemple), utiliser des moyens alternatifs non invasifs, anticiper la mise en place de protocoles. Les traitements non pharmacologiques sont souvent complémentaires et peuvent parfois être plus efficaces que les stratégies médicamenteuses.

Pour télécharger les documents – version courte (13 pages) et version longue (argumentaire, 167 pages) :

www.pediadol.org/Recommandations/Recommandations_francophones

* Le Dr Daniel Annequin a présidé ce groupe, le Pr Corinne Lejus, les Dr Barbara Tourniaire, Elisabeth Fournier-Charriere, Nada Sabourdin ont coordonné les sous-groupes de travail. Le Dr Nathalie Dumarcet (Afssaps) assuré la coordination générale. L'association Pédiadol a contribué à la facilitation logistique de ces recommandations.