

Cette lettre d'information est désormais diffusée exclusivement par mail. N'hésitez pas à la transmettre, l'imprimer et l'afficher dans vos services.

## 18<sup>e</sup> Journées « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? »

Ateliers de formation le jeudi 8 décembre 2011  
Paris

22 thématiques au choix  
Attention, nombre de places limité !

Séances plénières le 9 décembre 2011 à l'Unesco

Thématiques proposées : recours à la violence, à la contention pour réaliser des soins douloureux chez l'enfant ; dernières avancées ; utilisation de la kétamine, de l'hypnose pour les soins douloureux, etc.  
Programme détaillé sur [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)

Inscriptions ouvertes

### Continuons à utiliser le saccharose !

L'utilité du saccharose n'est plus à démontrer. Mais une étude récente a semé le doute<sup>1</sup>. Qu'en est-il réellement ?

Des nouveau-nés à terme ont reçu du saccharose 24 % (n = 20) ou de l'eau stérile (n = 24) 2 minutes avant une ponction au talon. La mesure d'un potentiel évoqué nociceptif spécifique<sup>2</sup> sur l'EEG, le réflexe de retrait en flexion et le score PIPP étaient étudiés. L'analyse de l'EEG et le seuil du réflexe de retrait étaient comparables dans les deux groupes, mais le score PIPP était significativement plus bas, avec plus d'enfants sans réaction faciale, dans le groupe saccharose.

Plusieurs critiques peuvent être émises<sup>3</sup> :

- la mesure électrophysiologique a été faite sur une fraction de seconde (< 300 ms) dans une zone très localisée (une électrode sur 32) et il n'est pas certain que son résultat reflète réellement la nociception ;
- le retrait témoigne d'un réflexe médullaire et ne nécessite pas l'intervention des structures corticales ;
- la puissance de l'étude est insuffisante pour détecter une efficacité du saccharose ;
- enfin, l'étude porte sur un petit effectif.

Si les études neurophysiologiques introduisent de l'objectivité dans l'évaluation de la douleur du nouveau-né et permettent de nouveaux axes de recherche, leurs résultats ne doivent pas conduire à des conclusions hâtives, l'absence de preuve d'un effet ne signifiant pas la preuve d'une absence d'effet.

<sup>1</sup> Slater R et al. Lancet 2010 - <sup>2</sup> Slater R et al. Eur J Pain 2010 - <sup>3</sup> Lasky RE & van Drongelen W. Lancet 2010.

### Nouvelles solutions sucrées



**PACIDOL®**

Laboratoires Biocodex

Nouveau dispositif analgésique associant une tétine et un réservoir vissable réutilisables.

Disponible en ville uniquement, il utilise la synergie solution sucrée-succion non nutritive. Il est vendu en officine avec 10 unidoses de 2 mL de saccharose 24 %. Chaque unidoses est graduée de 0,5 en 0,5 mL de même que le réservoir. Son utilisation en ambulatoire est conseillée en particulier pour les vaccinations.

**SUCROSE 24 %®**

Laboratoires Crinex

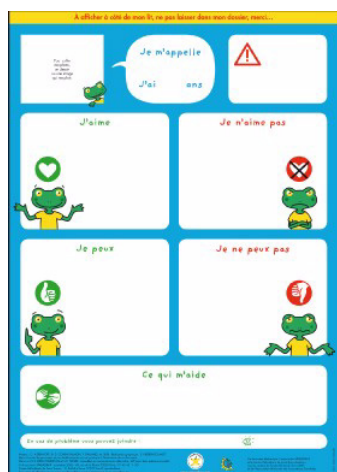
Solution prête à l'emploi de saccharose 24 % dans des dosettes de 1,5 mL graduées de 0,5 en 0,5 mL.



Disponible uniquement à l'hôpital, cette présentation facilite l'administration orale de la solution (plus besoin de préparation par la pharmacie hospitalière ou la biberonnerie, ni de seringue) ; il est recommandé d'y associer la succion non nutritive.

### Pour tous ceux qui ont des difficultés à communiquer

#### POSTER ILLUSTRÉ EN COULEUR ET PERSONNALISABLE



Les rubriques sont remplies par le centre de séjour ou la famille, si possible avec l'enfant.

Les informations à noter portent sur la vie quotidienne : autonomie, communication, motricité, alimentation, toilette, appareillages, signes de la douleur... à l'exclusion des informations purement médicales. Le format rend les informations bien visibles, il s'affiche à côté du lit.

[www.sparadrap.org](http://www.sparadrap.org)

### Agenda de la rentrée

- **DIU LA DOULEUR DE L'ENFANT EN PRATIQUE QUOTIDIENNE**  
OCTOBRE 2011 [catherine.grossetete@gmail.com](mailto:catherine.grossetete@gmail.com)  
Ouverture des inscriptions dès juin 2011 — Formation sur 1 an  
DIU organisé par les unités douleur des hôpitaux Trousseau et Bicêtre
- **6<sup>e</sup> JOURNÉE DU CNRD**  
20 OCTOBRE 2011 — PARIS  
DOULEUR PROVOQUÉE PAR LES SOINS [www.cnrdf.fr](http://www.cnrdf.fr)
- **CONGRÈS DE LA SFETD**  
16-19 NOVEMBRE 2011 — PARIS  
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR [www.sfetd-douleur.org](http://www.sfetd-douleur.org)  
*La lettre de Pédiadol - Juin 2011*

## Regard sur le handicap

Au quotidien, malgré les recommandations, malgré notre désir de « bien faire », l'évaluation de la douleur avec des outils appropriés est bien souvent oubliée, laissant place à une évaluation « globale » par le soignant, à son « impression ».

Dans des situations spécialement délicates, comme le handicap, cette règle s'applique encore plus fréquemment : l'évaluation est plus difficile, nécessite parfois de connaître l'état de base de l'enfant handicapé. Ainsi, alors qu'ils devraient bénéficier de toute notre attention, les enfants porteurs de handicaps sont souvent pénalisés.

Enfin, un handicap visible, en particulier moteur et spécialement les mouvements anormaux peuvent nous faire avoir une mauvaise appréciation des capacités de l'enfant à participer à l'évaluation de sa douleur, voire à s'auto-évaluer entièrement.

Le rôle des parents est difficile ; ils peuvent adopter deux attitudes : soit réclament, insistent, et sont alors souvent trop facilement écartés comme parents « pénibles » ou gêneurs, soit se taisent et font trop confiance, pensant que « le mieux est fait » au niveau du traitement antalgique.

L'histoire clinique de Romain, relatée dans les actes des journées « La douleur de l'enfant » 2010, est une illustration de cette double pénalité. Romain a subi une intervention orthopédique pourvoyeuse de douleurs intenses. Il n'a reçu que peu d'antalgiques en postopératoire. Porteur de plusieurs handicaps dont des mouvements anormaux, une cécité et une microcéphalie, il n'a eu quasiment aucune évaluation chiffrée en postopératoire et aucune tentative d'auto-évaluation, dont il est pourtant tout à fait capable. L'examen de son dossier montre qu'il a été qualifié d'anxieux et d'agité, beaucoup plus que de douloureux ; les prescriptions antalgiques ont été insuffisantes, des douleurs chroniques postopératoires se sont installées.

Le regard porté sur lui a certainement été en partie responsable de cette situation : il a été jugé incapable de s'auto-évaluer.

Cette situation clinique est rapportée non pour blâmer l'équipe mais pour mettre en lumière des difficultés du quotidien dans nos services de pédiatrie, attirer notre attention et nous rappeler à tous le poids et le retentissement que notre regard peut avoir.

## Quelle échelle d'évaluation pour l'enfant atteint de handicap sévère ?

Pour l'enfant atteint de retard mental et de troubles neurologiques (polyhandicap), l'utilisation d'un score comportemental adapté est indispensable pour détecter la douleur.

Dans le lieu où l'enfant vit et est connu (à domicile ou en institution), il est conseillé de choisir la San Salvador ou la PPP. Les symptômes neurologiques habituels (spasticité, mouvements anormaux...) et la manière de communiquer (regard, grimaces...) sont reportés sur le dossier de base. L'échelle sera remplie lors d'un changement de comportement.

Si les soignants sont amenés à prendre soin d'un enfant qu'ils ne connaissent pas, la NCCPC ou la FLACC modifiée (plus simple) sont recommandées, en particulier en postopératoire.

Échelles	San Salvador	PPP	NCCPC ou GED-DI	FLACC
Nombre d'items	10	20	27 ou 30	5
Seuil de traitement	6/40	14/60	11/81 ou 7/90	3/10 ?
Connaissance du patient	Nécessaire	Nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire
Utilisable en postopératoire	Non	Oui	Oui	Oui
Utilisable au domicile	Oui	Oui	Oui	Oui

## Comment faire...



**Préparation de la Xylocaïne® tamponnée :** dans un flacon de 20 mL de Xylocaïne® (ou lidocaïne) injectable à 1 %, remplacer 4 mL de Xylocaïne® par 4 mL de bicarbonate semi-molaire à 4,2 % (ou 2 mL à 8,4 %).

Cette méthode s'avère efficace dans le cadre des pathologies chroniques (vitaminothérapie IM en injections répétées), pour certains antibiotiques chez les enfants dont le capital veineux est déficient et certaines chimiothérapies (aracytine).

## ... une injection intramusculaire sans douleur

La technique d'injection est simple, efficace et reproductible :

- Injection IM de Xylocaïne® à 1 % tamponnée (mélange de lidocaïne et de bicarbonate de sodium).
- Injection de la vitamine réalisée par la même aiguille laissée en place, 1 à 2 minutes plus tard.
- Injection successive de 2 vitamines possible en modifiant l'orientation de l'aiguille évitant ainsi 2 effractions cutanées (changement de plan musculaire).
- Injection lente pour optimiser l'effet analgésique de la Xylocaïne® et pour éviter une distension rapide des tissus.

**Posologie de Xylocaïne® tamponnée selon le poids de l'enfant :**

Nouveau-né de 2 à 3 kg : 0,25 mL (= 2 mg de lidocaïne)

Nourrisson de 3 à 5 kg : 0,5 mL (= 4 mg de lidocaïne)

Nourrisson de 5 à 10 kg : 0,75 mL (= 6 mg de lidocaïne)

Enfant de 10 à 20 kg : 1 mL (= 8 mg de lidocaïne)

Enfant de plus de 20 kg : 1,5 mL (= 12 mg de lidocaïne)

Cette technique ne peut pas être recommandée en l'absence de données sur la compatibilité de la Xylocaïne® tamponnée avec certains médicaments injectables (ex : Synagis®, EPO).

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