

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

21^e Journées « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? »

Séances plénières le 11 décembre 2014 à l'Unesco

La douleur du nouveau-né : comment l'évaluer, quelles conséquences ? des outils toujours plus innovants pour apprendre, les alternatives à la codéine, des expériences de terrain, les dernières actualités à retenir et bien d'autres thématiques



Ateliers de formation

Mercredi 10 décembre
ET vendredi 12 décembre 2014

Faculté St-Antoine Paris 12^e
32 thématiques au choix

Attention : nombre de places limité !

Nouveauté 2014 :
3 h pour chaque session

Inscriptions ouvertes

Douleur postopératoire : quelles spécificités ?

OBJECTIF

Prévenir et traiter.

● PRÉALABLE

Connaître la douleur habituellement ressentie après la chirurgie prévue, les moyens antalgiques recommandés, les protocoles disponibles.

● PRÉREQUIS : INFORMATION ET PRÉPARATION

Un enfant informé et préparé à une chirurgie est moins anxieux et ses besoins en antalgiques diminuent^{1,2}.

¹Kain Z. 2007 - ²Annequin D. 2007



Les soignants informent l'enfant et sa famille

- Sur le déroulement du séjour et des soins : utiliser le jeu, la démonstration sur une poupée.



- Sur l'anesthésie générale et le choix de la méthode d'induction (IV ou masque).
- Sur les moyens d'évaluation (cf. infra).

Certaines équipes ont développé une consultation infirmière préopératoire³⁻⁵.

³Martret P. et al. 2010 - ⁴Schommer MC. 2010
⁵Battaglini P. et al. 2013



- Sur la douleur et ses traitements, les moments difficiles prévisibles, les moyens d'y remédier.



Les parents et l'enfant informent les soignants

Sur les expériences antérieures, le comportement habituel et les meilleurs moyens pour rassurer.

● MOYENS NON MÉDICAMENTEUX

- Distraction, hypnose, relaxation, réduisent anxiété et douleur⁶⁻⁸.
- Veiller à l'installation : confortable et en sécurité.

⁶Woragidpoonpol P et al. 2013 - ⁷Scalford D et al. 2013 - ⁸Kuttner L. 2012

● SOINS DOULOUREUX

Une réflexion sur l'organisation et l'analgésie des soins est fondamentale : anticiper ; renoncer aux examens systématiques inutiles ; associer méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses en particulier pour les pansements.

● PRÉVOIR LA STRATÉGIE ANTALGIQUE

L'élément principal de prédiction de l'intensité et de la durée de la douleur postopératoire est le site et le type de chirurgie. La stratégie d'analgésie postopératoire multimodale (analgésie locorégionale et systémique) et les modalités de surveillance sont établies dès la consultation pré-anesthésique.

L'analgésie locorégionale est toujours à privilégier quand elle est possible.

En chirurgie ambulatoire, l'enfant doit quitter l'hôpital une fois soulagé, avec une ordonnance d'antalgiques, et en

possession d'un numéro de téléphone pour appeler si la douleur est insuffisamment contrôlée.

● PRESCRIPTION DES ANTALGIQUES

- Administration systématique, anticipée, et non « à la demande ».
- Dès le préopératoire si besoin.
- Associer les antalgiques (paracétamol, AINS si non contre-indiqués, morphiniques) réduit les doses de morphinique et par conséquent limite leurs effets indésirables (analgésie dite balancée ou multimodale).
- Prévoir une prescription anticipée de recours : si la douleur est insuffisamment soulagée, si l'enfant continue à se plaindre, en se référant à des critères précis (et non pas « si douleur »). Ex : si EVA \geq 4, si EVENDOL $>$ 5, si FLACC \geq 4, donner en plus...
- Si l'enfant n'est pas soulagé et si tous les antalgiques prescrits ont été donnés, l'infirmière doit appeler le médecin pour modifier la prescription, rechercher une complication, rechercher une douleur neuropathique.
- **Un moment clé** : le passage de l'IV au per os.
- Penser à l'ordonnance de sortie.

Évaluer très régulièrement

Avec les échelles recommandées validées, pour adapter le traitement et vérifier son efficacité :

- entre 0 et 6 voire 7 ans : les échelles comportementales FLACC (la plus utilisée à l'international) ou EVENDOL (bons résultats qui la montrent équivalente à la FLACC en postopératoire) sont recommandables, selon le choix du service.

Échelle	0	1	2	3	4	5	6	7
État de conscience	1	2	3	4	5	6	7	8
État de calme	1	2	3	4	5	6	7	8
État de repos	1	2	3	4	5	6	7	8
État de sommeil	1	2	3	4	5	6	7	8
État de douleur	1	2	3	4	5	6	7	8
État de gêne	1	2	3	4	5	6	7	8
État de gêne	1	2	3	4	5	6	7	8
État de gêne	1	2	3	4	5	6	7	8
État de gêne	1	2	3	4	5	6	7	8
État de gêne	1	2	3	4	5	6	7	8

EDIN peut être préférée en néonatalogie. OPS et CHEOPS ne sont plus conseillées car elles n'enregistrent pas les enfants immobiles un peu prostrés ;

- entre 4 et 6 ans : une auto-évaluation peut déjà être proposée en complément (échelle de visages) ;
- à partir de 6 ans : auto-évaluation : échelle de visages FPS-R (la plus facile chez l'enfant fatigué), ou EVA pédiatrique, ou EN (échelle numérique 0-10, à partir de 8 ans).

Durant les premières heures postopératoires, certains enfants ne seront pas en mesure d'utiliser une échelle d'auto-évaluation : il sera alors nécessaire de choisir transitoirement une échelle d'hétéro-évaluation.

- En cas de handicap cognitif : échelle comportementale spécifique : FLACC modifiée ou GED-DI.
- En réanimation chez l'enfant ventilé sédaté : échelle comportementale COMFORT Behavior, qui mesure douleur et/ou excès de sédation.

Toujours évaluer à deux temps

Au repos (en dehors de tout stimulus algogène ou anxiogène), et à la mobilisation (toilette, kiné, radio, déglutition) pour adapter la prescription à la douleur de la mobilisation. Avant d'autoriser la sortie de SSPI, la douleur doit être $\leq 3/10$.

! Si l'enfant semble dormir sans cesse, ne réagit pas, penser à une prostration liée à la douleur.

L'évaluation détecte les insuffisances de la prescription antalgique ; un chiffre de douleur élevé doit faire appeler le médecin.

En cas de doute entre douleur et anxiété, demander l'avis des parents.



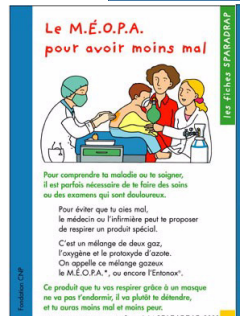
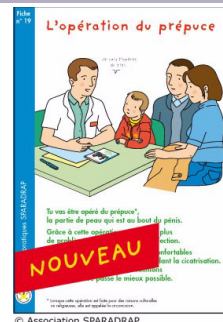
Douleur chronique postopératoire

News du congrès de pédiatrie et de l'ADARPEF Lyon, mai 2014

Ces douleurs qui s'installent après la chirurgie, durent plus de 2 mois, sans cause reconnue, alors qu'aucune complication n'est détectée, sont déroutantes et risquent d'être méconnues ou minimisées. F. Veyckemans, anesthésiste pédiatrique à Bruxelles, a précisé les données disponibles suite à quelques enquêtes. La plupart de ces douleurs (13,3 % de cas dans une série de 113 enfants) surviennent après chirurgie orthopédique majeure. La prévalence dans une autre étude est de 5,1 % après cure de hernie inguinale de l'enfant. Une douleur neuropathique est souvent suspectée (blessure ou élongation d'un rameau nerveux, amputation). Les facteurs de risque sont l'intensité de la douleur postopératoire, et des chirurgies itératives. Un « terrain » anxieux ou déprimé est souvent retrouvé *a posteriori*. La prise en charge est celle d'une douleur chronique inexpliquée, multimodale. Ces situations rares nécessitent de nouvelles études. La prévention passe par une analgésie postopératoire optimale dans les situations à risque.

Veyckemans F. 2014

Toujours utiles



Agenda

DIU LA DOULEUR DE L'ENFANT EN PRATIQUE QUOTIDIENNE — OCTOBRE 2014

Organisé par les centres douleur des hôpitaux Trousseau et Bicêtre — Formation sur 1 an
Ouverture des inscriptions dès juin 2014

catherine.grossetete@gmail.com

9^e JOURNÉE DU CNRD 16 OCTOBRE 2014 — PARIS DOULEUR PROVOQUÉE PAR LES SOINS

www.cnrd.fr

14^e CONGRÈS DE LA SFETD 20-22 NOVEMBRE 2014 — TOULOUSE

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

www.congres-sfetd.fr

Nouveauté ! Deux fiches pour expliquer les consignes préopératoires aux familles



- Consignes à respecter pour garantir la sécurité de l'enfant et éviter le report de l'opération : conseils d'hygiène, d'asepsie, durée du jeûne, médicaments autorisés, prescription d'analgésiques, organisation de la sortie, etc. ;
- Ce qu'il faut apporter : liste des objets à mettre dans la valise de l'enfant (vêtements, doudou, jeux, etc.), liste des documents administratifs et médicaux, etc.

© Association SPARADRAP
Réalisées en collaboration avec la SFAR (Société française d'anesthésie-réanimation) et l'ADARPEF (Association des anesthésistes-réanimateurs pédiatriques d'expression française)