

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

Le best-of des 21^e Journées sur la douleur de l'enfant

● POSOLOGIES DU PARACÉTAMOL IV CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Dr E. Walter, pédiatre, GH Saint-Joseph, Paris

En 2009, l'AMM et les posologies du paracétamol IV ont été modifiées par l'Agence européenne du médicament en raison d'accidents de surdosage. Les posologies sont passées de 15 à 7,5 mg/kg/injection pour les nouveau-nés (NN) et les nourrissons (NRS) de moins de 10 kg ou moins de 1 an sur la base d'une publication de 1993.

D'après des données récentes de pharmacocinétique, ces posologies diminuées seraient insuffisantes. Des spécialistes de la douleur de l'enfant proposent donc de nouvelles **posologies pour les NN et NRS < 10 kg** :

- NN entre 28 et 44 SA (1 mois d'âge corrigé) :
 - Dose de charge : 20 mg/kg
 - Dose d'entretien : 10 mg/kg/12 h à 28-31 SA et 10 mg/kg/6 h à 32-44 SA
- À partir de 44 SA révolues, quel que soit le poids : 15 mg/kg/6 h sans dose de charge initiale

L'AMM de 2009 ne sera pas modifiée, chaque service prendra ses décisions.

● DE LA MORPHINE POUR UNE GINGIVOSTOMATITE ?

Dr N. De Suremain, pédiatre, hôpital Trousseau, Paris

Les gingivostomatites herpétiques provoquent souvent des douleurs très intenses et nécessitent des antalgiques de palier 2 ou 3.



Face à la restriction d'utilisation de la codéine chez l'enfant de moins de 12 ans et l'absence d'AMM de palier 2 avant 3 ans, une équipe parisienne a rédigé un protocole de morphine orale aux urgences et pour le domicile, avec des consignes de surveillance pour les familles.

Ne pas prescrire de morphinique dans les douleurs aiguës serait un retour en arrière de plus de 15 ans dans l'antalgie en pédiatrie.

● LES JEUNES PÉDIATRES CONNAISSENT-ILS BIEN LA DOULEUR DE L'ENFANT ?

Dr N. Schinkel-Le Nagard, interne, hôpital Trousseau, Paris

En 2014, 298 internes de pédiatrie français ont été interrogés :

- 74,7 % avaient reçu une formation sur la douleur, > 4 h pour 17,4 % ;
- 66 % n'avaient jamais entendu parler d'« atonie psychomotrice » ;
- 89 % ont correctement cité la posologie du paracétamol contre 54,9 % pour l'ibuprofène, 20,8 % pour le tramadol et 25 % pour les modalités d'une titration morphinique.

En moyenne, le taux de bonnes réponses à l'ensemble du questionnaire a été de 51,9 %.

Des efforts importants restent à faire pour la formation.

● CONSÉQUENCES À LONG TERME DE LA DOULEUR EN PÉRIODE NÉONATALE

Pr M. Fitzgerald, Professor of Developmental Neurobiology, University College London

Les stimuli douloureux subis en période néonatale, *a fortiori* chez le prématuré, peuvent entraîner des conséquences à long terme dépendant du type de lésion, (tissulaire ou nerveuse) et de la période de développement (fenêtre critique) lors de sa survenue.

Chez le nouveau-né, les récepteurs périphériques ont des seuils de perception plus bas, et il y a un déséquilibre entre les voies excitatrices, plus nombreuses et plus matures que les voies inhibitrices dont la mise en place peut être altérée par un excès de nociception. Le développement des voies de la douleur, comme d'autres systèmes sensoriels cérébraux, nécessite un équilibre pour se développer normalement. En cas de stimulation nociceptive excessive durant le développement, l'excès d'activité des fibres C altère le développement du système somatosensoriel et du traitement de la douleur dont les conséquences apparaissent secondairement.



Une **lésion tissulaire** (incision chirurgicale par exemple) peut entraîner une hypersensibilité ultérieure à la douleur au niveau péricicatriciel y compris à l'âge adulte. De même, des incisions répétées provoquent une activation excessive de la

microglie cérébrale, ce qui peut altérer les structures cérébrales (croissance cérébrale, épaisseur corticale, maturation de la substance blanche, etc.).

Une **lésion nerveuse** en période néonatale n'entraîne pas de douleur neuropathique - telle qu'elle est connue chez l'adulte. Mais avec la maturation du système nerveux central et la modulation du système immunitaire, celle-ci peut se révéler plus tardivement (au moment de la puberté).

Les lésions nerveuses survenant à un âge précoce peuvent ainsi faire le lit de la douleur neuropathique, et pourraient favoriser certains syndromes douloureux chroniques survenant chez l'adolescent et le jeune adulte.

● DOULEUR DES VACCINATIONS

Dr C. Coussement, consultation des nourrissons, formatrice en périnatalité, ONE*, Bruxelles, & B. Meulemans, infirmière en santé communautaire, ONE*, Brabant Wallon

Comment la réduire ?

- Solutions sucrées ou allaitement maternel
- Distraction systématique
- Position dans les bras du parent, dos au soignant
- Injection rapide sans aspiration
- Maximum 2 injections/séance
- Juste après l'injection, mouvement : le parent marche rapidement en bougeant l'enfant

* Office de la naissance et de l'enfance, équivalent des PMI en France.

Face au refus et à l'agitation majeure d'un enfant en début ou au cours du soin, il est utile de repérer les **SIGNAUX D'ALERTE** pour stopper la procédure avant le passage à une contention trop forte :

- agitation empêchant la moindre approche ;
- plusieurs parties du corps de l'enfant devant être maintenues pour pouvoir faire le soin ;
- plusieurs personnes pour tenir l'enfant.



PRÉVENIR LA CONTENTION^{1,2}

- Faire une pause, laisser quelques instants à l'enfant pour qu'il récupère.
- Si malgré la pause le soin ne peut pas reprendre : le reporter en organisant une prise en charge avec distraction, hypno-analgésie, moyens complémentaires antalgiques et/ou anxiolytiques.
- Si le soin doit impérativement être réalisé le jour même : envisager la sédation avant de recourir à une contention physique (sédation consciente + approches psychologiques).

LIMITER LA CONTENTION

Plus un enfant est maintenu fermement, plus il cherche à se débattre et s'agite.

- Négocier à l'avance si les parents doivent y participer. Leur proposer de participer au maintien souple de l'enfant (qui sera plus rassuré si c'est le parent qui le maintient³).
- Tenir compte de la capacité de l'enfant/adolescent à consentir (il n'est pas approprié de contenir un enfant plus âgé de force s'il indique clairement qu'il n'est pas d'accord pour faire le soin).
- Privilégier la position (demi)-assise si possible (l'enfant contrôle mieux la situation).
- Éviter +++ d'allonger d'emblée l'enfant (perte de la maîtrise entraînant de l'agitation).
- Immobiliser seulement la partie du corps concernée par le soin, laisser bouger le reste du corps, surtout le membre opposé.
- Proposer une distraction qui favorise la focalisation de l'attention.
- S'assurer de la qualité de l'analgésie.
- Faire de très courtes pauses pendant le soin en l'annonçant à l'enfant.
- Suspendre le soin si l'agitation survient au cours du soin, réajuster l'analgésie si besoin.

¹ Coyne I et al. *Nurs Child Young People* 2014 - ² Duff AJ et al. *Arch Dis Child* 2012 - ³ Sparks LA et al. *J Pediatr Nurs* 2007



Nouveauté Pédiadol !

Ce guide de poche permet à tout soignant de trouver rapidement les réponses à la douleur des enfants.

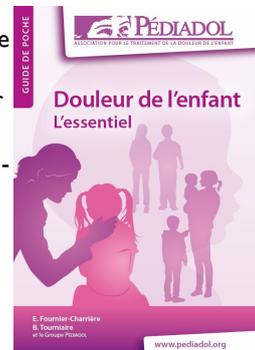
L'essentiel des connaissances y est présenté simplement, en trois parties facilement repérables grâce à leur code couleur :

- **évaluation de la douleur** : approche de l'enfant et de sa famille, signes de douleur et principales échelles à utiliser en fonction des circonstances ;
- **situations cliniques** les plus fréquentes nécessitant une prise en charge : propositions de traitements de 1^{re} intention et de recours en cas d'échec, vignettes cliniques simples de douleurs médicales, chirurgicales ou provoquées par les soins, focus sur des douleurs mal connues comme les douleurs neuropathiques ;
- **antalgiques** : posologies adaptées, surveillances particulières et exemples pratiques de prescription.

De nombreux flashcodes permettent d'accéder à des compléments en ligne pertinents.

Les recommandations de ce guide sont fondées sur la littérature et sur l'avis des experts du groupe Pédiadol.

À garder dans sa blouse et emporter partout pour appliquer les bonnes pratiques et soulager rapidement et au mieux les douleurs des enfants !



Commander chez Sparadrap

22^e Journées sur la douleur de l'enfant

9-11 décembre 2015 à Paris

- Ateliers de formation mercredi 9 & vendredi 11 décembre
- Séances plénières à l'Unesco jeudi 10 décembre

Appel à communications

Vous avez effectué des travaux sur la douleur de l'enfant, vous avez réalisé un projet original et vous souhaitez en communiquer les résultats à l'Unesco ?

Envoyez-nous un résumé d'une dizaine de lignes expliquant la démarche, la méthodologie et les résultats du projet à webmaster@pediadol.org pour le 6 mars 2015 au plus tard.

Douleur post-amygdalectomie : dernières recommandations

C'est une douleur sévère et durable.

La suppression de la codéine a conduit le groupe de travail de la SFORL (Société française d'ORL) et de la SFAR (Société française d'anesthésie réanimation) à se prononcer en faveur de deux protocoles utilisant chacun dexaméthasone peropératoire et morphine en SSPI :

- *en cas de risque hémorragique* : relais en service par paracétamol IV ou PO et tramadol IV ou PO puis à domicile par paracétamol PO et tramadol PO ;
- *en cas de risque respiratoire* : relais en service par paracétamol IV ou PO et ibuprofène PO puis à domicile par paracétamol PO et ibuprofène PO.

Ann Fr ORL et pathologie cervicofaciale 2014

Encore bien d'autres informations sur www.pediadol.org