

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

23^{es} Journées « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? »

Séances plénières le 6 décembre 2016 à la Maison de la Mutualité (Paris 5^e)

- L'hypnose, la méditation sont-elles accessibles aux enfants ?
- Comment prendre en charge peur et douleur au quotidien ?
- La méfiance française vis-à-vis de l'utilisation des anti-inflammatoires (AINS) chez l'enfant est-elle encore justifiée ?
- Comment comprendre l'expression de la douleur dans différentes cultures ? Et chez l'adolescent ?
- Quels sont les derniers outils pour mieux soulager la douleur de l'enfant ?



Ateliers de formation

Lundi 5 décembre
ET mercredi 7 décembre 2016

Faculté St-Antoine Paris 12^e

Quelques places encore disponibles !

Programme détaillé des 3 journées
Inscriptions en ligne

Participez à notre étude en ligne sur la contention lors des soins



Réaliser des soins auprès des enfants est parfois difficile et nous sommes amenés à les maintenir pour la réussite des soins, plus ou moins fermement. Quand parler de maintien, de force, de contention légère, forte... trop forte ?

PÉDIADOL questionne l'usage de la contention depuis plusieurs années. Aujourd'hui, nous souhaitons faire un état des lieux concernant cette pratique avec un questionnaire de quelques minutes.

Répondre
au questionnaire



Le tramadol en pédiatrie

Pour les douleurs modérées à intenses (stomatite, otite, postopératoire, etc.) à partir de 3 ans.

Morphinique de puissance intermédiaire (palier 2), agoniste des récepteurs morphiniques μ et inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradréline (action sur les douleurs neuropathiques).

Contramal®, Topalgic® solution buvable 1 goutte = 2,5 mg > 3 ans Cp 50, 100 mg > 15 ans Ixprim®, Zaldiar® cp 37,5 mg de tramadol + 325 mg de paracétamol > 12 ans	1 (à 2) mg/kg/prise toutes les 6 à 8 h Max. 100 mg/prise et 400 mg/j Ex. pour 20 kg : 8-16 gouttes/prise \times 3/j
Contramal LP®, Topalgic LP® et génériques cp retard 100 mg Zamudol® cp retard 50, 100 mg > 12 ans	1 prise/12 h En principe max. 200 mg/12 h
Amp IV 100 mg/2 mL > 15 ans	IVL (1 h) ou IVC : 1-2 mg/kg/6 h (hors AMM) Surveiller sédation et respiration

Précautions d'emploi et effets indésirables (EI)

- Prudence en cas d'atteinte respiratoire ou neurologique évolutive. Jamais après amygdalectomie pour obstruction.
- EI : assez fréquemment nausées, vomissements (mieux supporté en forme LP).
- Risque d'effet addictif en cas d'utilisation prolongée pour des douleurs chroniques.

Alerte ANSM en juin 2016

À la suite d'erreurs d'administration qui auraient pu être fatales, l'ANSM recommande :

- de rédiger l'ordonnance avec le nombre de gouttes et le nombre de prises ;
- de renforcer l'explication aux parents ;
- de tenir le flacon hors de portée des enfants ;
- d'informer les parents sur les signes de surdosage.

Recommandations HAS 2016

- Le tramadol occupe une place intermédiaire entre l'association paracétamol – ibuprofène et la morphine.
- Compte tenu du métabolisme par le cytochrome P450-2D6 (comme la codéine), des dépressions respiratoires peuvent survenir chez des métaboliseurs rapides, et en cas d'atteinte respiratoire ou d'obstruction des voies aériennes.

Le + PÉDIADOL

- Peu d'études pédiatriques sur le tramadol oral.
- Peu utilisé en France jusqu'à récemment mais très facilement prescrit dans d'autres pays européens.
- Commencer par 1 mg/kg/prise pour tester la tolérance.
- Prescrire directement de la morphine à faible dose (0,1 mg/kg/prise) est une bonne alternative.

L'administration de solution sucrée à visée antalgique... ... majore-t-elle la glycémie

Les solutions sucrées (saccharose 24 à 30 % et glucose 30 à 50 %) sont efficaces pour diminuer la douleur induite par les gestes chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 4 mois (12 à 18 mois dans certaines études). Elles doivent s'administrer goutte à goutte, sur la pointe de la langue (localisation des récepteurs au goût sucré), en association à la succion non nutritive dont l'effet antalgique est synergique. Cette administration parfois itérative chez les nouveau-nés hospitalisés, prématurés le plus souvent, augmente-t-elle la glycémie ?

Six études, réalisées chez des nouveau-nés à terme et prématurés, observaient les effets du saccharose 24 à 50 % sur la glycémie capillaire. Dans 2 d'entre elles, des doses répétées de saccharose étaient évaluées. Aucune de ces études ne montrait de différence entre les groupes placebo (eau) et les groupes saccharose sur les valeurs des glycémies capillaires¹⁻⁶. À noter qu'aucune étude n'avait pour objectif principal l'analyse des glycémies, ce qui peut constituer un biais.

Par ailleurs, les doses utilisées sont extrêmement faibles et représentent 1/100^e à 1/50^e des apports en sucre quotidiens chez ces enfants⁷ et l'on peut penser qu'il n'y a effectivement pas d'effet sur la glycémie. Une étude ancienne réalisée chez l'adulte a montré que l'absorption de glucose à travers la muqueuse orale était négligeable et que des volumes importants étaient nécessaires pour modifier la glycémie sanguine⁸. Le délai d'action entre l'administration du sucre et le geste douloureux est par ailleurs le plus souvent court et insuffisant pour laisser le temps à la glycémie d'augmenter.

Une revue récente de la littérature ne retrouve pas d'étude concernant le glucose utilisé comme antalgique et ses effets sur la glycémie capillaire⁹. Mais puisque le glucose et le saccharose ont les mêmes mécanismes d'antalgique et d'absorption, on peut penser que le glucose utilisé dans les mêmes conditions que le saccharose n'aura pas d'effet sur les glycémies.

En conclusion, les effets sur la glycémie capillaire des solutions sucrées à visée antalgique semblent négligeables voire nuls. Il est néanmoins indispensable de respecter les indications et les posologies recommandées¹⁰.

¹ Potana T. *Indian Pediatr* 2015 – ² Taddio A et al. *CMAJ* 2008 – ³ Johnston C et al. *Pediatrics* 2002 – ⁴ Stevens B et al. *Clin J Pain* 2005

⁵ Bucher HU et al. *Pediatr Res* 1995 – ⁶ Gormally et al., *Dev Med Child Neurol* 2001 – ⁷ Carbajal R. *Arch Ped* 2005

⁸ Gunning R et al. *JAMA* 1978 – ⁹ Bueno M et al. *Pain Res Manag* 2013 – ¹⁰ Stevens B et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016

Protocole



Sédation-analgésie : recommandations actuelles

- Les procédures invasives, diagnostiques ou thérapeutiques, font partie de la pratique quotidienne pédiatrique.
- La sédation procédurale consiste à utiliser des médicaments sédatifs, analgésiques ou dissociatifs pour prodiguer une anxiolyse, une analgésie, une sédation et un contrôle des mouvements pendant ces gestes douloureux ou inconfortables. La sédation permet également de diminuer la mémorisation et d'améliorer la qualité du geste.
- Le médecin responsable du geste, s'il n'est pas anesthésiste, doit être spécifiquement formé à l'utilisation de ces médicaments. La procédure doit toujours être réalisée par deux professionnels, l'un dédié au geste, l'autre au contrôle de la sédation-analgésie.
- L'évaluation clinique de l'enfant, l'interrogatoire des parents et le geste orientent le choix de la sédation.
- On peut distinguer 3 niveaux de sédation :
 - niveau 1 : utilisation seule de MEOPA ou de midazolam (*per os* ou IR) ou de morphinique, ce type de sédation vigile offre la meilleure sécurité ;
 - niveau 2 : MEOPA combiné au midazolam ou à un morphinique, nécessitant évaluation et surveillance renforcées ;
 - niveau 3 : kétamine ou propofol à petites doses procurant des sédations-dissociations plus puissantes nécessitant des compétences spécifiques du médecin et de l'équipe.
- Ce choix dépend également des possibilités des structures locales. La sédation-analgésie profonde ne s'improvise pas et la sécurité doit rester la priorité de l'équipe de soins.

Recommandations et protocoles, également disponibles dans le guide « Douleur de l'enfant, l'essentiel »



Appel à projets 2017
DOULEURS DE L'ENFANT
Une idée ? Proposez vos projets jusqu'au 15 avril 2017



FONDATION APICIL
reconnue d'utilité publique
Agir contre la douleur

16^e congrès de la SFETD

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR
24-26 NOVEMBRE 2016 — BORDEAUX

Programme riche en pédiatrie le 24 novembre :

- Apprendre aux parents ce qu'est la douleur de leur enfant : un défi ? – A. Taddio
- Chronicisation de la douleur chez l'enfant : rôle des processus psychosociaux – L. Goubert
- Session internationale de pédiatrie – IASP

www.congres-sfetd.fr

À lire

Les soins en pédiatrie Faire face au refus de l'enfant

Repères éthiques
pour une posture soignante
fondée sur la prudence

Bénédicte Lombart

Collection Penser l'action sanitaire et sociale

Éditions Seli Arslan

Octobre 2016



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