

<b>Urgences</b>	<b><i>Prise en charge de la douleur chez l'enfant</i></b>
Serge DALMAS Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille	

## **Urgences pédiatriques : prise en charge de la douleur de l'enfant**

**Dr Serge DALMAS, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille**

La prise en charge de la douleur de l'enfant aux urgences reste encore difficile malgré tous les moyens dont nous disposons actuellement, et ce pour de nombreuses raisons. Un investissement en temps des équipes soignantes a permis depuis quelques années de constater des progrès qui sont plus liés à la formation, l'organisation, et la mise en route de protocoles qu'à la disponibilité de nouveaux produits. La prise en charge doit reposer sur une bonne information de l'enfant et de ses parents, sur la prévention des douleurs provoquées, sur une évaluation adaptée à l'âge et au type de douleur, et enfin sur un traitement adapté à l'intensité. Des protocoles de prise en charge doivent être rédigés avec toute l'équipe soignante, connus et disponibles.

### **1. Particularités de la douleur aux urgences**

Dans un contexte d'urgence la douleur est associée à un stress de l'enfant et parfois aussi de ses parents. Ce stress se traduit par des signes identiques à ceux de la douleur (pleurs, agitation), rendant l'évaluation difficile, en particulier chez les plus jeunes. Il existe aussi des douleurs chroniques dont les signes peuvent être trompeurs.

Cette douleur peut être liée à une pathologie connue, être le symptôme d'une affection dont le diagnostic n'est pas encore réalisé (la douleur reste considérée comme « utile » au diagnostic), ou être liée aux soins ou examens.

### **2. Différences avec l'adulte**

De nombreuses études ont montré que les enfants reçoivent moins d'antalgiques que les adultes, pour une même pathologie (i) ; Brown a montré que ce problème concerne les âges extrêmes, enfants et vieillards (ii). Les raisons de ces différences tiennent aux problèmes d'évaluation, à l'absence de protocole adapté et à la méconnaissance de la prescription des antalgiques dans cette population. Ainsi Galinski a montré que les médecins urgentistes ne connaissaient pas bien les méthodes d'évaluation de la douleur chez l'enfant (iii). Il en concluait qu'il y avait un déficit de connaissances et qu'un travail de formation devait être réalisé.

### **3. Les problèmes d'évaluation**

L'évaluation de la douleur en urgence est difficile ; même chez l'adulte il a été montré que l'interrogatoire ne permettait pas toujours d'obtenir des informations adaptées sur le niveau de douleur, et qu'un traitement empirique s'avérait parfois nécessaire. Cette étape est primordiale car il a été démontré que les enfants évalués reçoivent plus d'antalgiques (iv). Il faut évaluer non seulement le niveau de douleur, mais aussi la qualité de l'analgésie.

Chez le grand enfant (plus de 5 ans) l'autoévaluation est possible mais les réponses obtenues ne sont pas toujours fiables, en fonction du degré d'anxiété en rapport avec l'affection elle-même ou en raison de la crainte des soins. Les outils sont les mêmes que chez l'adulte : échelle numérique de 0 à 10, échelle visuelle analogique que l'on présente plutôt verticalement jusqu'à l'âge de 10 ans, échelle de vocabulaire. On peut aussi utiliser des échelles pédiatriques de visages.

Pour les plus petits (moins de 5 ans) on doit utiliser des échelles comportementales. Il existe des échelles utilisables chez les nouveau-nés et les nourrissons (DAN, EDIN, NFCS) et des échelles pédiatriques, au-delà de un an (CHEOPS, OPS). Lorsqu'une douleur est chronique, ou si une douleur aiguë se prolonge ces méthodes peuvent être prises en défaut car l'enfant connaît les positions antalgiques et sait masquer sa douleur, ceci peut aller jusqu'à l'inertie psychomotrice. L'examen clinique et parfois la simple observation pendant les soins permettent de mettre en évidence une douleur à la mobilisation. L'échelle EVENDOL, récemment proposée pour l'évaluation de la douleur du jeune enfant aux urgences, permet de faire une évaluation au repos et à la mobilisation, et intègre également des items de douleur chronique. C'est le seul outil actuellement validé en français pour la douleur aux urgences pédiatriques.

Après un certain temps de séjour l'observation de l'enfant dans son comportement de base (parler, jouer, bouger, manger, dormir) permet d'avoir une idée globale du niveau de douleur et de la qualité de l'analgésie.

Quelle que soit la méthode d'évaluation on doit aboutir à l'établissement d'un niveau de douleur : légère, modérée, intense ou très intense ; à chaque niveau correspondra une classe d'antalgique. La cotation doit être reportée dans le dossier, transmise et prise en compte par le médecin ; elle doit déboucher sur une prescription adaptée ou la mise en route d'un protocole et sur une réévaluation dont le délai est adapté au délai prévisible d'action du traitement mis en œuvre. Une intensification du traitement doit être prévue si nécessaire, ainsi que des administrations systématiques pour prévenir la réapparition de la douleur.

#### **4. L'adaptation du traitement à l'intensité de la douleur**

Les moyens de la prise en charge de la douleur sont multiples et pas seulement médicamenteux : immobilisation, distraction, moyens physiques, abord psychologique de l'enfant et de ses parents.

Certains proposent des méthodes d'hypnose. On doit pouvoir soulager l'enfant au repos, mais aussi lors de la mobilisation active et passive. L'objectif du traitement est de ramener la douleur à un niveau de douleur légère, c'est-à-dire à un équivalent d'EVA inférieure à 3. Chez l'enfant le traitement doit être rapidement efficace, toute prolongation de la douleur risque de faire perdre la confiance dans l'équipe soignante.

Les moyens médicamenteux sont bien connus. Les antalgiques de type 1 comprennent le paracétamol et les anti-inflammatoires ; les antispasmodiques y sont associés dans certains cas. Les antalgiques de type 2 comprennent certains dérivés utilisables par voie orale (codéïne ou tramadol), sous forme de gouttes ou de sirop ; il ne deviennent actifs qu'après métabolisme hépatique, ce qui implique que pour des raisons génétiques ils puissent être inefficaces chez certains enfants. Le dérivé de type 2 injectable est la nalbuphine, utilisable par voie intraveineuse mais aussi par voie rectale. En cas d'inefficacité un relais immédiat par la morphine est possible bien que la nalbuphine ait des propriétés antagonistes ; en fait elle ne se lie que faiblement aux récepteurs morphiniques. La morphine, seul dérivé de type 3 disponible actuellement, est utilisable par voie orale ou par voie intraveineuse, permettant alors une titration. Toute administration intraveineuse implique une surveillance respiratoire clinique et un monitoring de la saturation en oxygène. Certains protocoles incluent des pompes autocontrôlées par l'enfant (PCA), ou par les parents. Certains enfants souffrent de douleurs chroniques, et connaissent déjà les matériels (drépanocytose).

Chaque fois qu'un délai est tolérable et qu'une voie veineuse n'est pas disponible, on privilégiera la voie orale, dont l'efficacité est similaire pour de nombreux produits, y compris pour la morphine. Les voies intra-musculaire ou sous-cutanée ne seront jamais utilisées. La voie rectale n'est pas recommandée pour le paracétamol ou les anti-inflammatoires, car leur absorption est aléatoire, et un effet antalgique nécessite des concentrations sériques supérieures à celles qui sont efficaces sur la fièvre.

L'anesthésie loco-régionale peut permettre de calmer la douleur de certaines affections traumatiques des membres et de faciliter l'immobilisation. Le bloc fémoral est bien connu mais le bloc axillaire, réalisé par un anesthésiste-réanimateur a un intérêt identique au niveau du membre supérieur et peut permettre une réduction des fractures de l'avant-bras sans devoir recourir à l'anesthésie générale.

## **5. La douleur provoquée**

L'EMLA permet de réaliser les prélèvements veineux et poses de cathéters périphériques sans douleur. Elle s'emploie sur la peau saine selon un protocole de prescription qui prendra en compte l'âge et indiquera la dose, le nombre de sites et la durée d'application. Le délai d'action est de 60 à 90 minutes. La crème entraîne une vasoconstriction qui peut réduire la visibilité des veines et

nécessite son ablation une dizaine de minutes avant la ponction. A l'ablation de la crème l'effet persiste pendant une à deux heures. D'autres produits pourraient être prochainement disponibles, qui auraient un délai d'action plus court, de l'ordre de 20 à 30 minutes.

Le MEOPA a des effets analgésiques et anxiolytiques permettant de réaliser des gestes douloureux d'intensité moyenne. La plupart des petits gestes réalisés aux urgences peuvent bénéficier de cette technique. Il faut cependant en connaître les limites car la puissance reste limitée, et ne pas chercher à réaliser des gestes pour lesquels l'anesthésie générale reste indispensable (réduction de fractures).

Jusqu'à l'âge de 3 mois le saccharose à 25% ou le glucose à 30% peuvent être efficaces, par voie sub-linguale.

L'anesthésie locale doit être utilisée chaque fois que le geste le permet, certains moyens permettent de réduire la douleur au moment de l'injection (température du soluté, tamponnement, taille de l'aiguille).

Une sédation peut être envisagée dans certains cas. Le midazolam ou l'hydroxyzine sont les molécules les plus utilisées. L'utilisation de la kétamine par voie intraveineuse à dose analgésique pourrait être envisagée au cas par cas en fonction de l'expérience de l'équipe soignante. La connaissance des règles de jeûne et des techniques de prise en charge des détresses vitales est un préalable à l'utilisation de telles molécules (v). Une coopération entre pédiatres et anesthésistes réanimateurs pourrait permettre de définir et encadrer ces protocoles de sédation.

## **6. Les protocoles de traitement**

Les protocoles des services d'urgence doivent comprendre les notices d'emploi de chaque molécule disponible, les schémas d'emploi en fonction de l'intensité, et le rôle de chaque membre de l'équipe soignante. Une prise en charge optimale ne dépend pas que des molécules et techniques disponibles, mais aussi de la manière de les employer. La précocité du traitement implique de pouvoir déléguer certaines actions sur protocole.

La morphine orale est efficace sur les douleurs intenses. Un protocole autorisant une administration de morphine orale dès l'admission de l'enfant dès lors qu'une douleur traumatique intense (brûlures ou fractures) était mise en évidence a permis d'améliorer la prise en charge de la douleur (vi, vii).

Le rôle de l'infirmier(e) organisateur(trice) de l'accueil est primordial dans la détection des enfants hyperalgiques pour lesquels un protocole adapté peut être proposé.

Lorsqu'à l'admission d'un enfant un bilan sanguin ou la pose d'un cathéter veineux est probable la pose d'EMLA peut être réalisée avant tout examen médical. Le délai d'attente peut être ainsi utilisé pour que la crème ait le temps d'agir. Un protocole listant les indications de bilans sanguins en fonction des motifs d'admission doit permettre une application dès l'entrée.

## **7. La présence des parents**

Les parents doivent être encouragés à participer aux soins ; dans la plupart des cas ils le souhaitent. Ils connaissent quel est le meilleur moyen de calmer et rassurer leur enfant. Les soignants doivent agir en professionnels et ne pas craindre cette présence. Cette démarche des équipes soignantes s'intègre dans l'amélioration de la prise en charge globale de l'enfant et des ses parents et non seulement celle de la douleur.

## **8. Le suivi à domicile**

La prise en charge aux urgences se fait en grande partie sur le mode ambulatoire, et le retour à domicile doit être accompagné des ordonnances adaptées d'antalgiques, en fonction de la douleur prévisible. Une étude réalisée aux Etats-Unis a montré que seuls 11% des enfants avaient une ordonnance de sortie comportant des antalgiques (viii). Cette ordonnance doit comporter également un traitement de recours, pour que les parents puissent réadapter le traitement sans devoir attendre le médecin. Des consignes adaptées doivent être également y être mentionnées.

## **9. Documentation utile**

L'ANAES a publié en décembre 2000 un référentiel sur la prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Ce référentiel est disponible sur le site de la haute autorité de santé ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

Le site [Pediadol](http://www.pediadol.org) est spécialisé dans la prise en charge de la douleur de l'enfant, et propose un chapitre sur l'urgence, comportant des mises au point et des protocoles de traitement ([www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)).

L'association [sparadrap](http://www.sparadrap.org) ([www.sparadrap.org](http://www.sparadrap.org)) met en vente des vidéos à propos de la méthode d'utilisation du MEOPA, de la présence des parents pendant les soins, et des méthodes d'évaluation de la douleur, ainsi que des fiches expliquant la réalisation des soins douloureux.

Chaque année, la journée sur la douleur de l'enfant de l'UNESCO, permet à des équipes soignantes de se retrouver et de présenter leurs travaux et protocoles ; les résumés sont téléchargeables sur le site [Pediadol](http://www.pediadol.org).

En conclusion, l'efficacité de la prise en charge de la douleur de l'enfant aux urgences dépend de l'expérience de l'équipe soignante et de la volonté de développer des protocoles. Toute cette équipe soignante doit être impliquée dans leur rédaction et leur application. Ils sont une aide à la prescription et à la préparation des antalgiques qui requiert un niveau de sécurité optimal. Une réflexion multidisciplinaire peut permettre d'améliorer encore cette prise en charge.

## Références

- 
- i Schechter NL, Allen DA, Hanson K. Status of pediatric pain control : a comparison of hospital analgesic usage in children and adults. *Pediatrics* 1986 ; 77 : 11-5.
- ii Brown JC, Klein EJ, Lewis CW, Johnston BD, Cummings P. Emergency department analgesia for fracture pain. *Ann Emerg Med* 2003 ; 42 : 197-205.
- iii Galinski M, Pommerie F, Ruscev M, Hubert G, Srij M, Lapostolle F, Adnet F. Douleur aiguë de l'enfant dans l'aide médicale d'urgence. Evaluation des pratiques. *Presse Med* 2005 ; 34 : 1126-8.
- iv Drendel AL, Brousseau DC, Gorelick MH. Pain assessment for pediatric patients in the emergency department. *Pediatrics* 2006 ; 117 : 1511-8.
- v [Zempsky WT, Cravero JP; and the Committee on Pediatric Emergency Medicine and Section on Anesthesiology and Pain Medicine.](#) Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics* 2004 ; 114 : 1348-56.
- vi Meymat Y, 11ème Journée de l'UNESCO, 2004.
- vii Wille C, Bocquet N, Cojocar B, Leis A, Cheron G. Oral morphine administration for children's traumatic pain. *Arch Pediatr* 2005 ; 12 : 248-53.
- viii Johnston CC, Bournaki MC, Gagnon AJ, Pepler CJ, Bourgault P. Self-reported pain intensity and associated distress in children aged 4-18 years on admission, and one week follow up to emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2005 ; 21 : 342-6.