



DOULEUR ET HANDICAP



Dr Cécile MAREAU
Centre de la Douleur
Chronique
TIMONE ENFANTS
MARSEILLE

R4P. Lyon. 27 mai 2009.

INTRODUCTION

- Enfants handicapés :
 - Douleur fréquente
 - Difficulté diagnostique
 - Diagnostic différentiel douleur vs invalidité fonctionnelle et état neurologique
 - Grande vulnérabilité
- Problème de communication
- Qualité de vie

PLAN

- Définition: handicap/douleur
- Épidémiologie
- Étiologies des douleurs
- Les différentes composantes de la douleur
- Les différents types de douleur
- Traitements: Douleurs aiguës, douleurs chroniques
 - Traitements médicamenteux
 - Douleurs nociceptives
 - Douleur neuropathiques
 - Traitements non médicamenteux

DEFINITION



Loi du 11 février 2005

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

COMPRENDRE LA DOULEUR



DEFINITION

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion.

**IASP: Association Internationale d'Étude de la Douleur
(1979)**

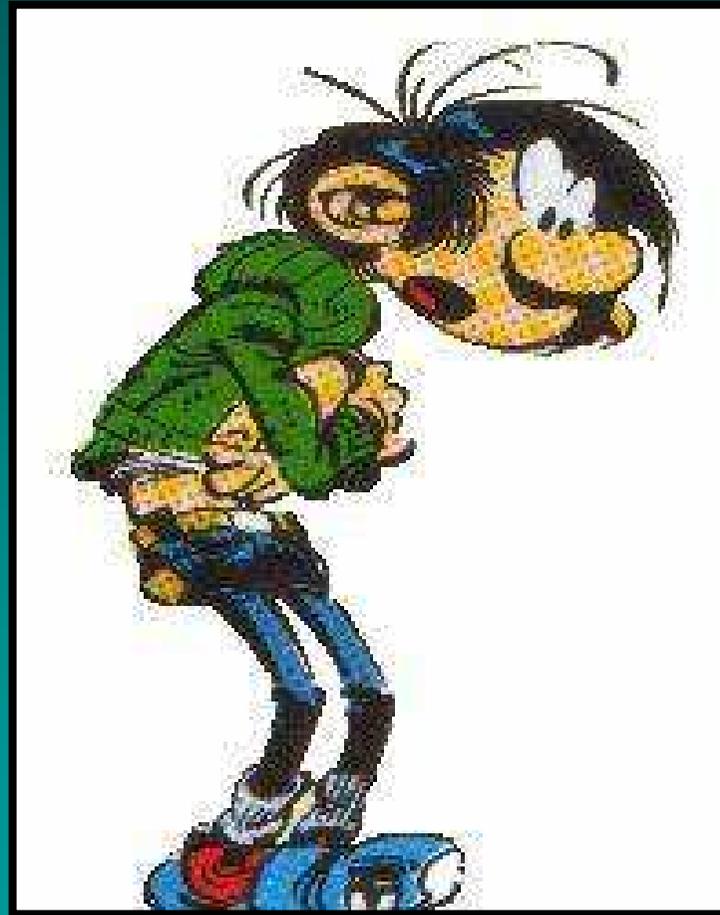
- 
- apprentissage préalable
 - accès au langage

**Définition inadéquate pour le jeune enfant
et pour l'enfant non communicant**

DEFINITION (2)

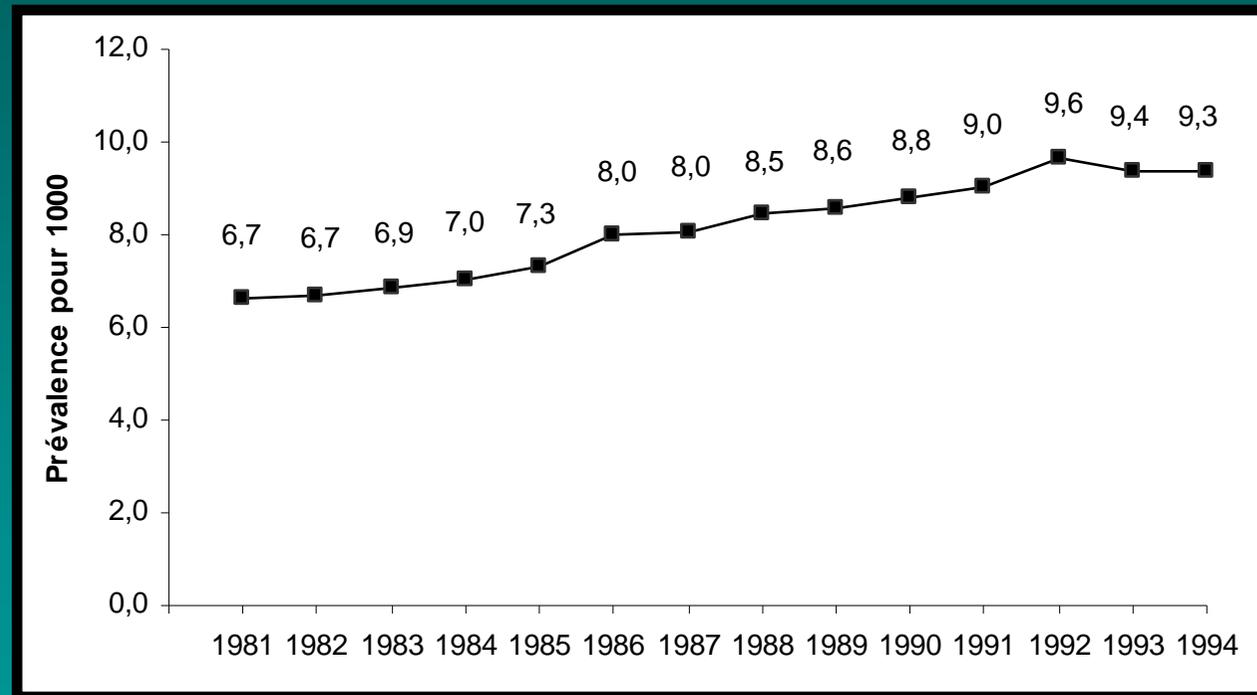
- Depuis 2001: L' IASP a complété sa définition de la douleur:
- « L'impossibilité à communiquer n'élimine en aucune façon la possibilité qu'une personne expérimente une douleur et ait besoin d'un traitement antalgique approprié »
- Reconnaissance des patients non communiquant
- MAIS ne prend pas en compte l'importance de l'analyse du comportement non verbal.

EPIDEMIOLOGIE



PREVALENCE DU HANDICAP

Prévalence des enfants porteurs d'au moins 1 déficience sévère à 7 ans en Isère (Génération 1980-1995): **8,1 pour 1000 [7,7-8,4]**



Évolution de la prévalence des enfants porteurs d'une déficience neuro-sensorielle
Sévère nés entre 1980 et 1995

Génération 1980-1991

	NOMBRES N= 1440	%	Prévalence pour 1000 enfants
Déficiences motrices	558	38.7	3.2
Cerebral palsy	360		2.0
(dont IMC)	(272)		(1.5)
Autres	198		1.2
Troubles psychiatriques	353	24.5	2
Autisme	89		0.5
Autres psychoses	264		1.5
Déficiences intellectuelles	484	33.6	2.8
Trisomie 21	167		0.9
Autres	317		1.9
Déficiences sensorielles	248	17.2	1.4
Auditives	146		0.8
Visuelles	102		0.6

CHEZ L'ADULTE

- 93 patients « Cerebral palsy »
- 67 % de douleurs.

Intensité

- 47 %: 0 à 4/10
- 33 %: 5 à 6/10
- 20 %: > 7/10

Localisation

- 66 %: extrémités inférieures
- 63 %: dos
- 44 %: extrémités supérieures
- 24 %: céphalées
- 16 %: douleurs abdominales



HANDICAP ET DOULEUR

- **61 %** des parents rapportent des douleurs chez leur enfant au cours de la dernière semaine
- 33 % de ces douleurs interfèrent avec les activités quotidiennes et la rééducation.
- Fille > garçon

HANDICAP ET DOULEUR

- Étude sur la prévalence de la douleur chez les patients atteints de maladies neuromusculaires: **67 %**
- Intensité globalement modérée sauf:
 - Myopathies métaboliques: 49 % douleurs sévères
 - Myasthénie: 38 %
 - Dystrophie facio-scapulo-humérale: 30 %
- Douleurs de différents types

ETIOLOGIES DES DOULEURS



- La pathologie
- Les complications
- Les thérapeutiques

PATHOLOGIES INFANTILES BANALES

- Poussées dentaires
- Douleurs abdominales
- Infection urinaire
- Angine
- Otite
-

+/- Retard diagnostic

DOULEURS LIEES A LA PATHOLOGIE

- Crampes
- Déformations osseuses: scoliose
- Spasticité

Schwartz L. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80: 1243-6

- Rétractions musculaires
- Subluxations articulaires
- Immobilité, points de pression, attitudes vicieuses
- Spasmes
- Douleurs neuropathiques

LAUDER GR. Pediatric Anesthesia 2005; 15: 412-420

COMPLICATIONS

- Constipation
- Infections urinaires
- RGO
- Ostéoporose (fractures, tassements)
- Troubles vasomoteurs
- Troubles trophiques cutanés

DOULEURS LIEES A LA THERAPEUTIQUE

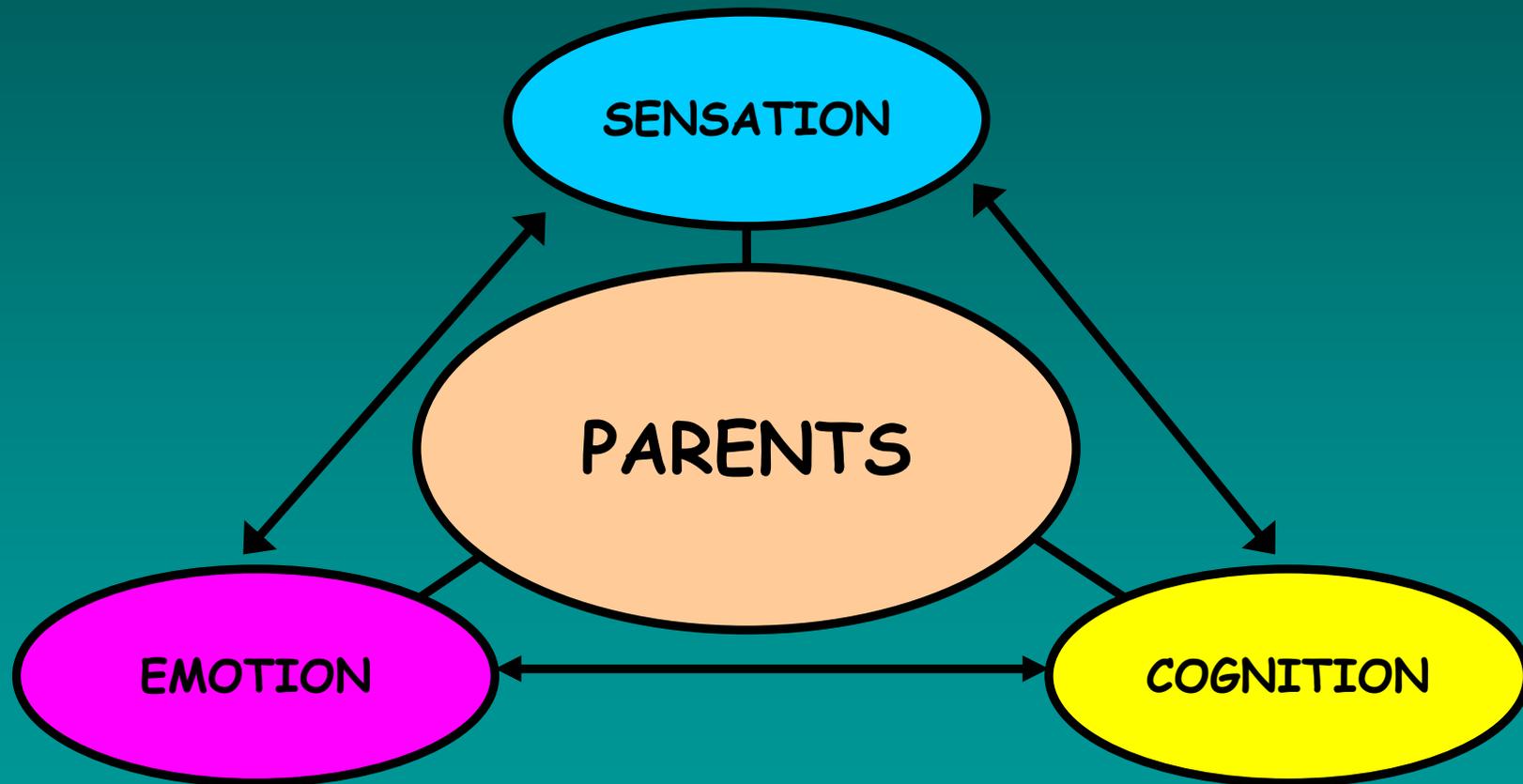
- Bilans
- Rééducation
- Appareillage, orthèses
- Traitements injectables
- Toxine botulinique
- Chirurgie

HADDEN KL. Pain 2002; 99: 281-288

LES COMPOSANTES DE LA DOULEUR



La douleur : mécanisme plurifactoriel interactif



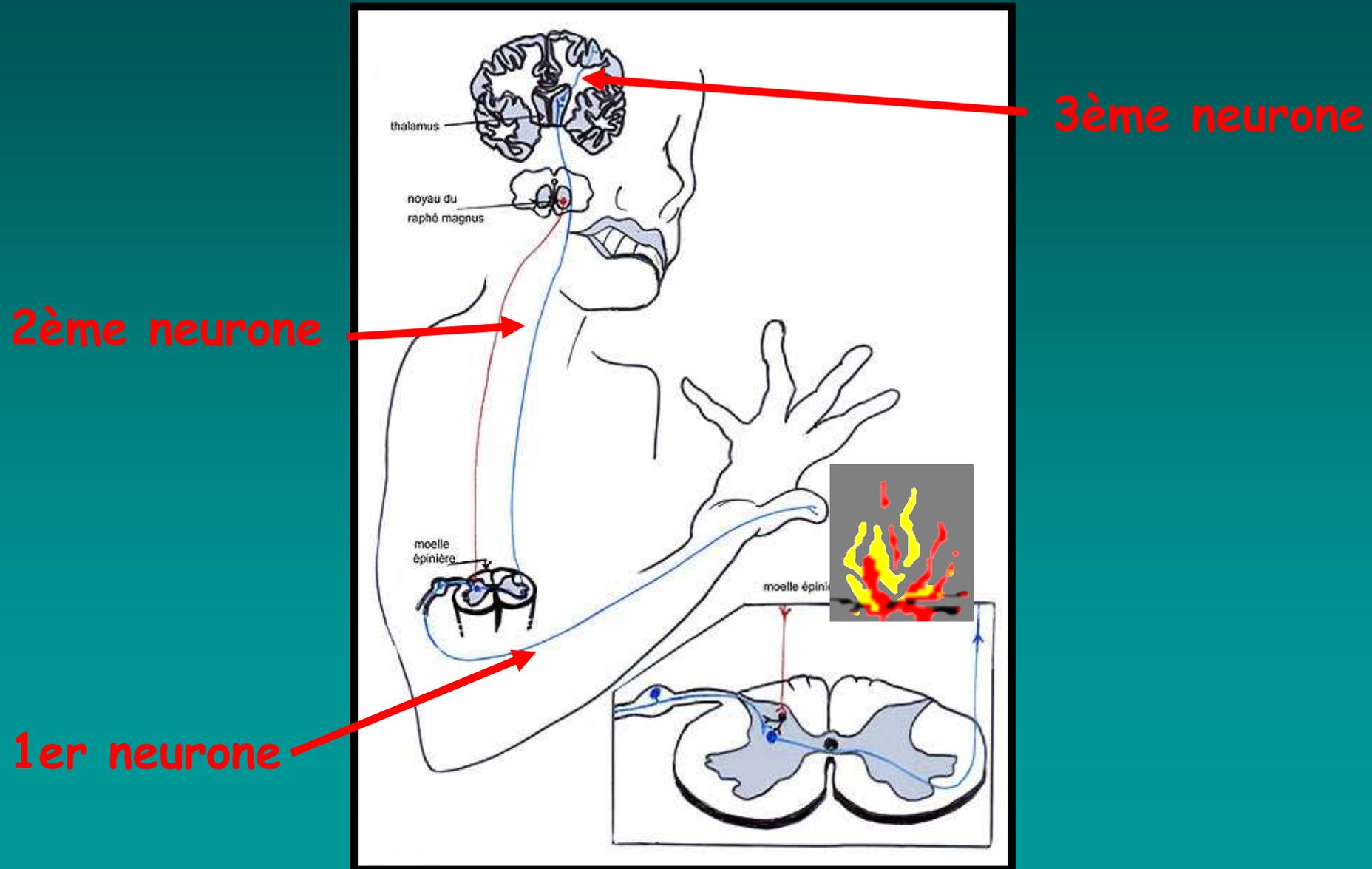
COMPOSANTE SENSORIELLE

- Voies de la douleur identiques
- D'après les soignants: réponse à la douleur altérée et diminuée:
 - chez les enfants ayant un retard mental.
- chez les adolescents avec une paralysie cérébrale.

Gilbert CA. Clin J Pain 2000; 15: 192-200

Oberlander TF. Clin J Pain 1999; 15: 201-209

LE CIRCUIT DU MESSAGE DOULOUREUX



QUESTION ?

- Déficits neurologiques liés à la maladie et au handicap à l'origine:
 - D'un défaut de transmission ou d'interprétation de la douleur
 - OU
 - De limitations dans l'expression de la douleur
 - OU
 - De l'association des deux ?

Oberlander TF. Pain in infants, children, and adolescents.

Lippincott Williams and Wilkins. 2003

COMPOSANTE EMOTIONNELLE

- Incapacité à verbaliser:



Indifférence à la douleur
(Diminution de la réponse émotionnelle) OU
limitation dans l'expression de la douleur?

Oberlander TF. Pain in infants, children, and adolescents.

Lippincott Williams and Wilkins. 2003

- Peurs: anticipation anxieuse, détresse émotionnelle

Douleur  Anxiété

COMPOSANTE COGNITIVE

- Dépend de l'âge, du mode de pensée de l'enfant et du type de son handicap.
- Développement cognitif: stades décrits par J. Piaget.

Piaget J. Édition. Folio Essais. 1995.

- L'enfant suit les stades de développement cognitif de Piaget vis à vis de la maladie et de la douleur

Gaffney A. Pain 1987.

COMPOSANTE COGNITIVE

- Utiliser tous les moyens de communication:
 - Pictogramme
 - Signes
 - Système informatiques
- MAIS: limitation du vocabulaire
 -  Diminution de la capacité à obtenir un soulagement

Oberlander TF. Pain in infants, children, and adolescents.

Lippincott Williams and Wilkins. 2003

COMPOSANTE COMPORTEMENTALE

- Variable en fonction de l'âge, du niveau du développement psycho-cognitif.
- Dépend du tempérament, du niveau de handicap, de l'éducation, du milieu socio-culturel, du contexte.
- Dépend du comportement des parents +++
- Pour l'enfant handicapé: nécessité d'une bonne connaissance du patient

COMPOSANTE COMPORTEMENTALE

- Première réaction comportementale: appel à l'aide
- Difficile pour l'enfant non communiquant
- Par contre, les réactions réflexes, innées à la douleur sont conservées

Oberlander TF. Pain in infants, children, and adolescents.

Lippincott Williams and Wilkins. 2003

COMPOSANTE COMPORTEMENTALE

- Comportements idiosyncrasiques, vocalisations, réponses faciales interprétés comme une douleur/détresse ou comme tout autre état émotionnel.
- Autres comportements: cris, diminution de l'appétit, agitation, diminution des activités, augmentation du sommeil, irritabilité.....

Oberlander TF. Pain in infants, children, and adolescents.

Lippincott Williams and Wilkins. 2003

COMPOSANTE COMPORTEMENTALE

Toute manifestation d'un comportement douloureux doit être accepté comme une évidence de sa présence.

Oberlander TF. Pain in infants, children, and adolescents.

Lippincott Williams and Wilkins. 2003

LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEUR



On peut classer les douleurs selon:

- **Le mécanisme physiopathologique**
 - Excès de nociception
 - Neurogène
 - Psychogène
- **La durée d'évolution**
 - Aiguë
 - Chronique
- **Le caractère clinique**

DOULEUR PAR EXCES DE NOCICEPTION

Examen neurologique normal

- Stimulation excessive des nocicepteurs cutanés, articulaires...
- Origine: lésionnelle (torsion, écrasement, intervention), thermique, chimique, ischémique...
- Douleur viscérale mal localisée-douleur projetée

LA DOULEUR NEUROGENE

Lésions neurologiques:

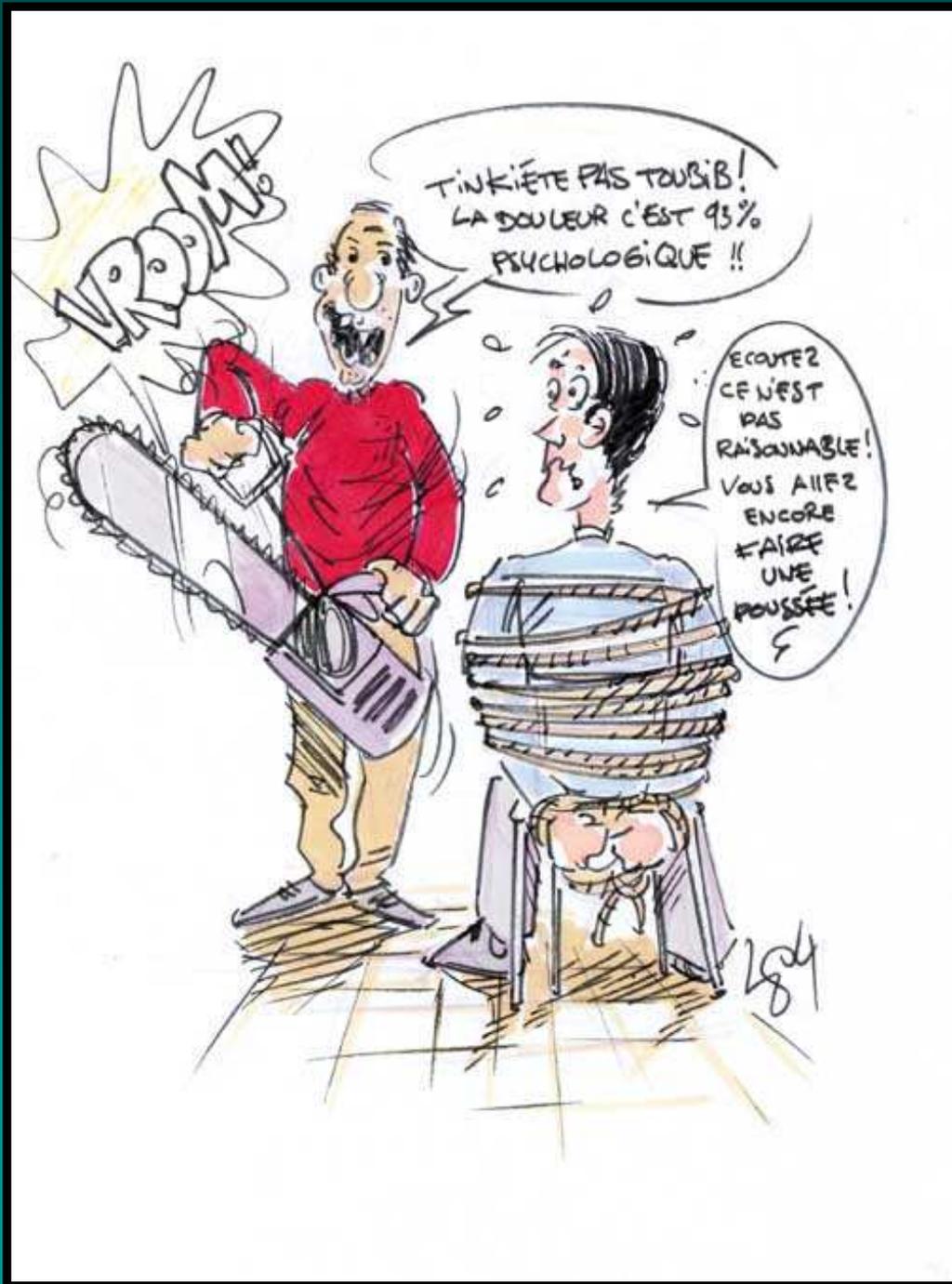
- Compression d'un tronc, d'une racine, d'un plexus
- Hyperexcitabilité des neurones médullaires après lésion ou section des fibres nerveuses périphériques
- Anomalie métabolique

LA DOULEUR NEUROGENE

- Caractéristiques:
 - Description à type de brûlure, décharges électriques, fourmillements ou picotements, accès paroxystiques
 - Retardées par rapport à la cause (1 à 2 mois)
- Examen neurologique:
 - Hypo ou hyperesthésie
 - Allodynie, enfant incâlinable
- Traitement:
 - Insensibilité ou faible sensibilité aux traitements antalgiques usuels

LA DOULEUR PSYCHOGENE

- Évoquée quand toutes les autres causes ont été éliminées.
- Rentre souvent dans un cadre psychopathologique (anxiété, conversion hystérique, dépression)
- A l'origine ou aggravant la douleur



DOULEUR AIGUE

- Récente, elle a un début et une fin
- Fait office de signal d'alarme
- Peut être classée selon son intensité
- Le plus souvent par excès de nociception
- Unifactorielle
- Retentissement physique exprimé par: accélération fréquence cardiaque et fréquence respiratoire, transpiration...
- Exprimée par des cris, gémissements pleurs...

DOULEUR CHRONIQUE

- Douleur depuis plus de 3 à 6 mois
- Étiologies: 47% post chirurgicales
- Plurifactorielle
- Plus complexe: entraîne des perturbations physiques et psychiques:
 - Anorexie
 - Ralentissement locomoteur global
 - Ralentissement idéatoire et intellectuel
 - Humeur dépressive, troubles du sommeil...

CERCLE VICIEUX

Difficultés à
communiquer
sa douleur et
à
demander de
l'aide



Augmentation
de l'incidence,
de la sévérité
et de la durée
de la douleur



**Il faut traiter rapidement la douleur
avant qu'elle ne se chronicise**

Oberlander TF. Pain in infants, children, and adolescents.

Lippincott Williams and Wilkins. 2003

LA DOULEUR CHRONIQUE
J'COMMENCE À M'Y FAIRE,
TOUTES LES DEUX SEMAINES,
C'EST LA SÉANCE D'ÉPILATION !!



TRAITEMENTS ANTALGIQUES



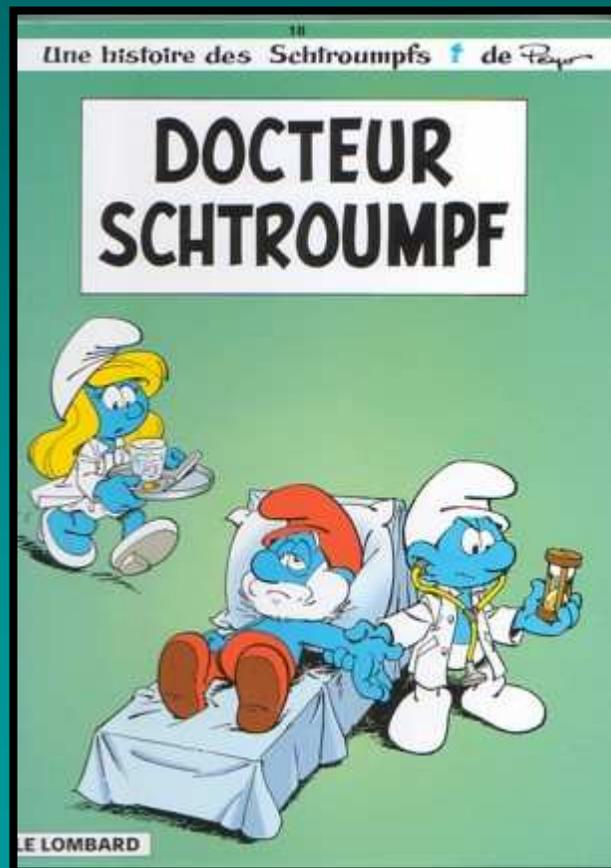
INTRODUCTION

- But: ramener l'intensité de la douleur inférieure à 3/10
- Permettre un retour aux activités de base de l'enfant: manger, dormir, bouger, jouer, communiquer...
- Poursuivre la rééducation

INTRODUCTION

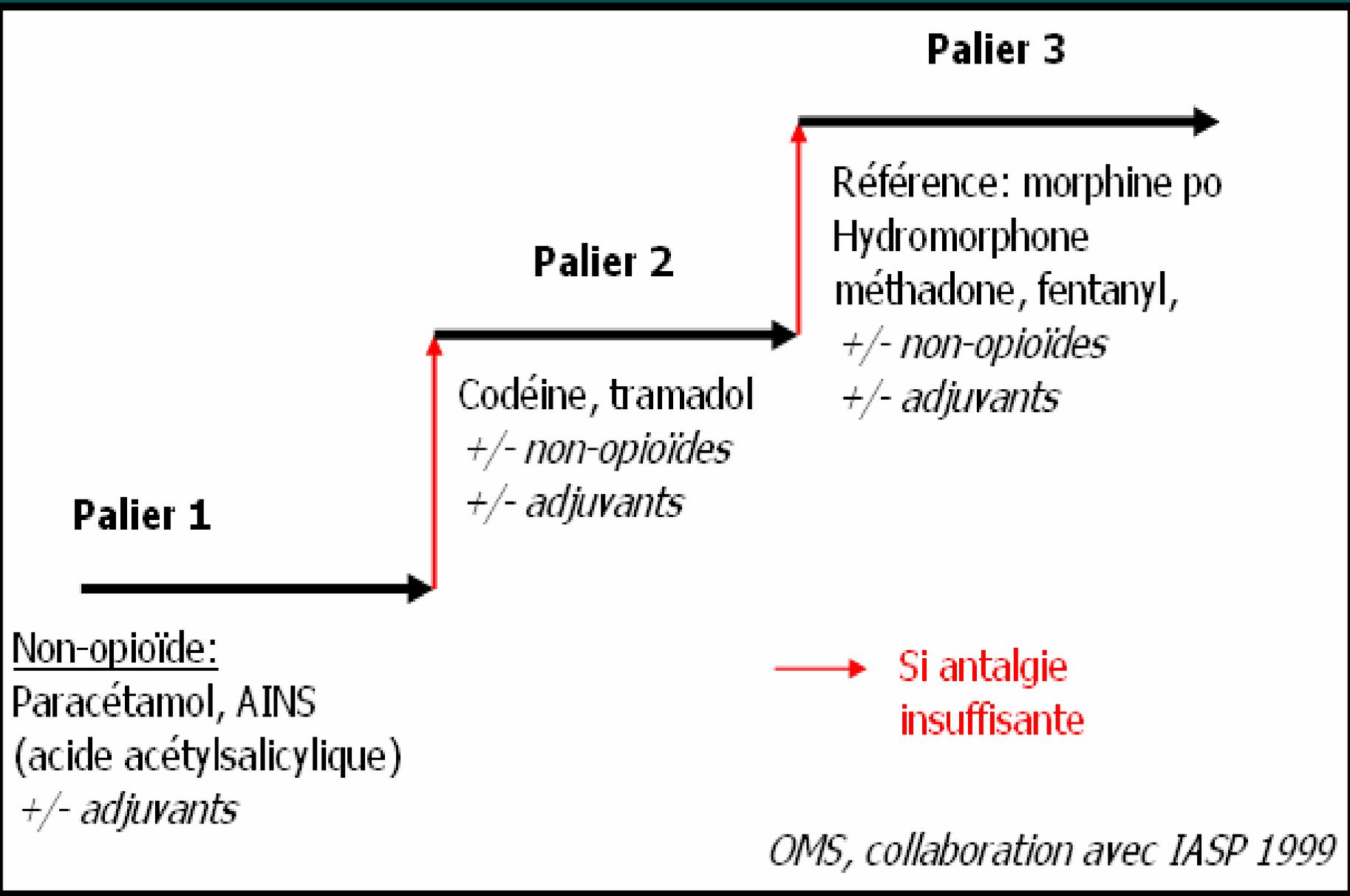
- Peur des traitements antalgiques.
- Polymédication fréquente
- Dénutrition, hypoprotidémie
- Privilégier méthodes simples et non invasives
- Mais:
 - Absence de consensus
 - Peu d'études.
- Amélioration de la prise en charge post opératoire

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX



STRATEGIE DU TRAITEMENT ANTALGIQUE

- Choisir selon l'étiologie, l'intensité de la douleur, les antécédents de l'enfant
- 3 paliers de l'O.M.S.
- Privilégier la voie orale
- Intervalles réguliers
- Prévenir les effets secondaires
- Informer l'enfant et les parents
- Surveiller l'efficacité
- Réévaluer la douleur



ANTALGIQUES DE NIVEAU 1

- Paracétamol :
 - Possibilité d'associations : tous
 - Pas de gain de rapidité et d'efficacité de la voie IV/PO. Injection douloureuse
 - CI : insuffisance hépatique.
- Aspirine :
 - Contre-indiquée

ANTALGIQUES DE NIVEAU 1

- **AINS :**
 - Ibuprofène (AMM : 3 mois)
 - Acide niflumique (Nifluril ®) (AMM : 6 mois)
- **Antispasmodiques:**
 - Phloroglucinol spasfon®
 - Trimebutine Débridat®
- **Nefopam: Acupan®**
 - AMM: 15 ans
 - CI: convulsions

ANTALGIQUES DE NIVEAU 2

- Dérivés de la codéine :
 - Codenfan[®] (AMM 1 an)
 - Efferalgan codeiné[®] (AMM : 3 ans, 15 kg)
 - Codoliprane[®] (AMM : 6 ans)
- Dextropropoxiphène (AMM : 15 ans)



ANTALGIQUES DE NIVEAU 2

- Chlorhydrate de Tramadol
 - Contramal®, Topalgic® sirop (AMM : 3 ans)
 - Contramal®, Topalgic® 50 mg (AMM : 15 ans)
 - Contramal®, Topalgic® LP 100 mg (AMM : 12 ans)
 - Zamudol® LP 50 mg (AMM : 12 ans)
 - Emétisant

1 à 2 mg/kg/prise
3 fois par jour

2.5 mg/goutte



TOPALGIC[®] 100 mg/ml
CHLORHYDRATE DE TRAMADOL

1 à 2 mg
par kg et par prise
3 à 4 fois par jour

NOMBRE DE GOUTTES PAR PRISE

	1 mg / kg	à	2 mg / kg
10 kg 	4	à	8
15 kg 	6	à	12
20 kg 	8	à	16
30 kg 	12	à	24
45 kg 	18	à	36
50 kg 	20	à	40

- Dose maximale 8 mg/kg/jour
- Ne pas dépasser 100 mg par prise
- Ne pas dépasser 400 mg par jour même si le poids est > à 50 kg

TRAMADOL

- Double action:
 - Action opioïde, agoniste faible des récepteurs μ
 - Action monoaminergique, inhibitrice de la recapture neuronale de la sérotonine et de la noradrénaline sur les contrôles inhibiteurs descendants de la douleur.

ANTALGIQUES DE NIVEAU 2

- **Nalbuphine Nubain®**
 - AMM : 18 mois
 - 1,2 à 1,8 mg/kg/j en 6 fois ou S.E.
 - Effet flash, effet plafond
 - Voie rectale
 - Quand prurit induit par les morphiniques :
0.1 à 0.2 mg/kg/j à la SE
- **Temgésic ®** AMM: 7 ans
 - effet plafond



ANTALGIQUE DE NIVEAU 3 MORPHINE

- Utilisable dès la naissance (hôpital)
- L'information est primordiale
- Effets secondaires :
 - Les mêmes que chez l'adulte
 - Prurit et rétention d'urines (> adulte)
- Pas de dose plafond
- Moins d'opioïdes en post-opératoire chez les enfants handicapés

MORPHINE: VOIE ORALE

Morphine Action rapide:

- Action limitée (4 h)
- Sévredol[®] (AMM : 6 ans) cp sécables à 10 et 20 mg
- Actiskenan[®] (AMM : 6 mois) gel à 5,10, 20 et 30 mg
- Oramorph[®] (AMM: 6 mois)

Morphine retard:

- Posologie de base : 0.5 à 1 mg/kg/j
- Skénan[®], Moscontin[®]: gélule à 10, 30, 60, 100 et 200 mg
- Kapanol[®]: gélule à 20 mg

ORAMORPH

Unidose 10 mg, 30 mg et 100 mg



**Solution concentrée
avec compte goutte
1 goutte = 1.25 mg
4 gouttes = 5 mg**

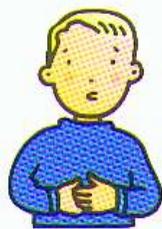
Sulfate de morphine

MORPHINE: VOIE IV

- Hôpital
- Quand voie orale impossible ou inefficace
- En post opératoire
- Titration
- Injections discontinues, PSE ou PCA (NCA)

Effets indésirables de la morphine

J'ai mal au coeur !



Ça me fait dormir...



Ça me gratte partout !



J'ai du mal à faire pipi...



Je fais des cauchemars.



Je vois des choses bizarres.



Je suis constipé...



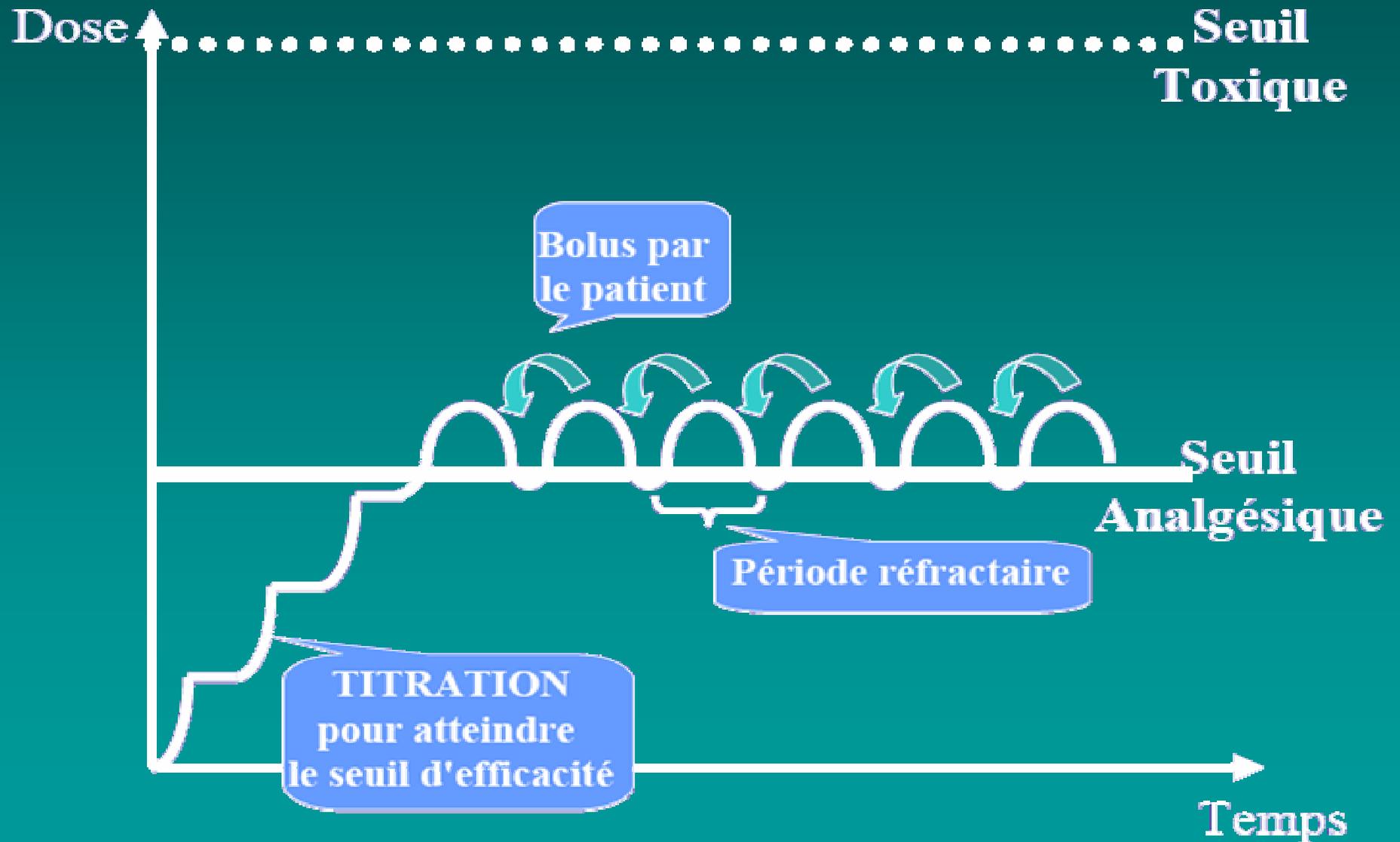
Est-ce qu'elle respire bien ?



MORPHINE: POMPE PCA

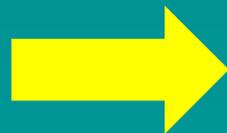
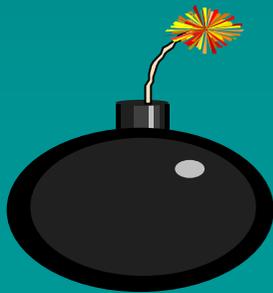
- Indications : Larges...
- Méthode sûre
- Ajustement des doses aux besoins
- Pas de limite d'âge (bolus par parents ou infirmière après information)

MORPHINE: POMPE PCA



Morphine et détresse respiratoire

- La sédation précède la dépression respiratoire
- FR doit rester $>$ à 15/min de 1 à 5 ans, et $>$ à 10/min après 5 ans
- Majoration chez l'enfant handicapé



Surveillance ++++++

ANALGESIE LOCOREGIONALE

- Anesthésie péridurale, caudale, périnerveuse
- Coopération avec les anesthésistes
- Post-opératoire
- Douleurs réfractaires



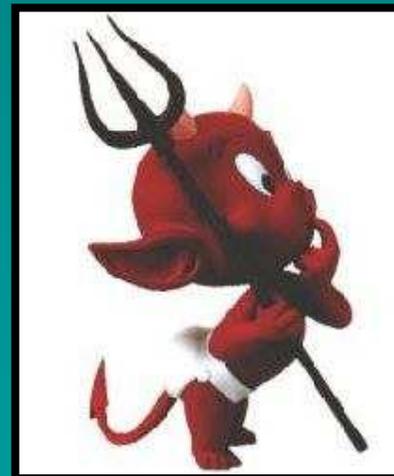
COANALGESIQUES

- **Myorelaxants:**
 - Contracture musculaire
 - Tétrazépam (myolastan®): 0,5-1 mg/kg/j en 1 prise
 - Spasticité: périphérique ou centrale
 - Baclofène (liorésal®): 1-2 mg/kg/j en 2 prises
 - Dandrolène (dantrium®)
- **Corticostéroïdes**
 - Douleurs inflammatoires
 - Phase palliative
 - Au long cours : retentissement esthétique

ANXIOLYTIQUES

Pas d'activité antalgique propre

- Hypnovel ® (hôpital, amp 5 mL=5 mg)
 - Prémédication : 0.2 à 0.3 mg/kg max 10 mg
 - Risque dépression respiratoire (surveillance SpO2)
- Lexomil ®
 - AMM : 6 ans
- Atarax ®
 - 1 à 2 mg/kg/j



TOXINE BOTULINIQUE

- Diminution de la spasticité dans le muscle injecté
- Amélioration des possibilités de déambulation des enfants
- Retard dans l'apparition de rétractions fixées
- Plus grand confort dans les soins de nursing

TOXINE BOTULINIQUE

- Effets analgésiques directs sur les douleurs neuropathiques (action sur l'inflammation neurogénique)

BOUHASSIRA D. Ann Neurol. 2008 Sep; 64 (3): 274-83

- Injections effectuées sous AG ou avec EMLA + MEOPA

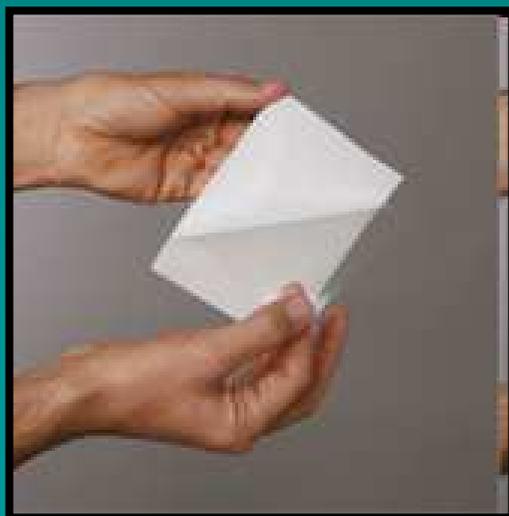
POMPE BACLOFENE

- Pompe à instillation intrathécale de baclofène
- Spasticité généralisée
- Amélioration de la douleur et de la facilité des soins

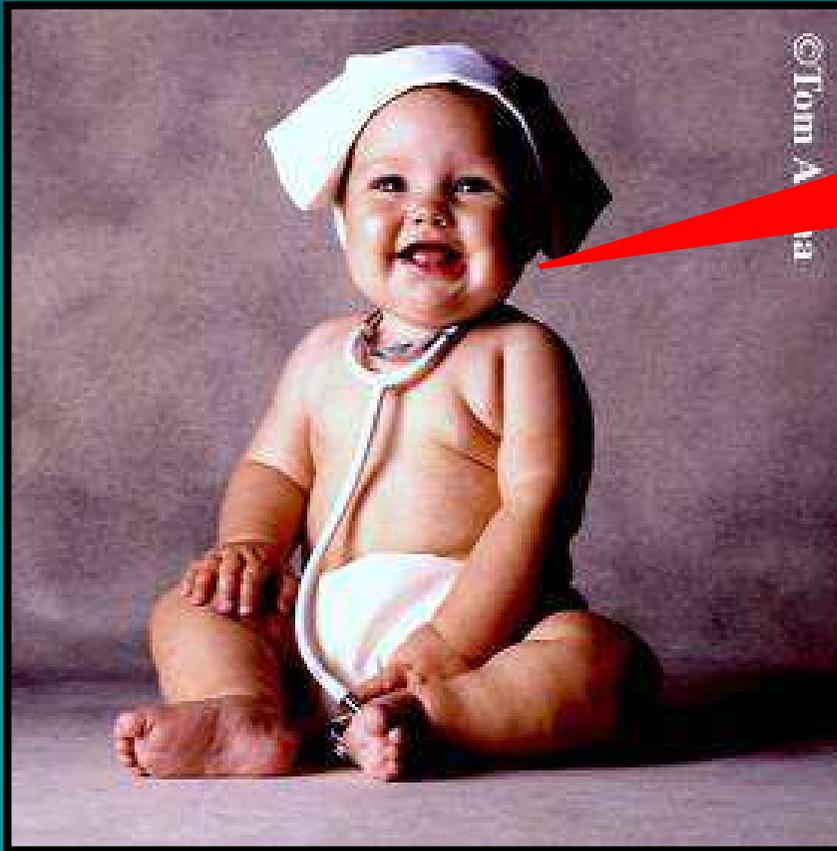
DOULEURS NEUROPATHIQUES

- **Anti-convulsivants**
 - Clonazepam (Rivotril ®)
 - Gabapentine (Neurontin ®) à partir de 3 ans
 - Prégabaline (Lyrica ®): AMM: 18 ans
- **Antidépresseurs**
 - Amitriptyline (Laroxyl ®)
 - Clomipramine (Anafranil ®)
 - Débuter 1/4 de la dose

Lidocaïne VERSATIS®



TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX



EN PREMIERE
INTENTION

+++++

TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX

- Nursing, mobilisation, installation correcte
- Kinésithérapie, massage, balnéothérapie, physiothérapie (chaud, froid)
- Electrostimulation
- Ergothérapie, aides techniques
- Orthèses préventives des déformations
- Relaxation, sophrologie
- Soutien psychologique
- Respect du rythme de vie

NEUROSTIMULATEUR TRANSCUTANE

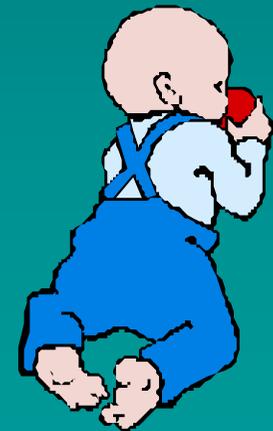


LAUDER GR. *Pediatric Anesthesia* 2005; 15: 412-420

SURVEILLANCE

INDISPENSABLE +++

- Evaluation de l'efficacité par les échelles
- Recherche des effets indésirables ou des surdosages
- Noter les paramètres de la PCA
- Problème interférence des traitements avec les possibilités de l'enfant.



RE EVALUER



DEFAUT D'ANALGESIE

- Diagnostic correct du type de la douleur: excès de nociception, neuropathique
- Bon palier
- Posologies correctes
- Respect de l'intervalle et des horaires des prises
- Prescription de co-antalgiques effectuée
- Complication chirurgicale?

CONCLUSION



CONCLUSION

- Près de 1% des enfants qui naissent en France seront porteur dès leur enfance d'un handicap grave tout au long de leur vie.

CHABROL B. Handicap de l'enfant. Douin Editeurs 2006.

- 2/3 des patients souffrent: multiples douleurs, souffrance chronique, état de stress
- Souffrance des familles
- L'image déformée que nous renvoie le polyhandicapé peut nous amener à ne pas voir l'inconfort ou la douleur.

CONCLUSION

- Néanmoins, prise en charge indispensable:
 - Pour le confort et la qualité de vie de l'enfant
 - Pour éviter les phénomènes de sensibilisation et de mémorisation.
 - Pour permettre la rééducation.
 - Pour permettre le port des orthèses.
 - Pour éviter les troubles du comportement et la désocialisation.

CONCLUSION



- Approche pluridisciplinaire
- Nécessité de dépister, d'évaluer et de rechercher l'étiologie des douleurs.
- Toujours exploiter les possibilités de l'enfant
- Assurer confort et qualité de vie
- Douleurs liées à la maladie et aux soins
- Choix du bon traitement
- Privilégier les traitements non médicamenteux
- Surveillance indispensable
- Réévaluation



ANNE GEDDES



CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Site pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur liée aux soins

Nous sommes le 24/04/2008

Rechercher

- Accueil
- Présentation
- Appels à Projets
- Législation
- Enfant
- Adulte
- Recommandations
- Fiches de soins
- Audits
- CLUD
- Pédagogie
- Diplômes Formations
- Congrès
- Fondations
- Sites web
- Centres anti-douleur
- Pratiques locales
- Médiathèque
- Soignants
- Mémoires et Thèses

Le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur a été créé par le Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées dans le cadre du
Programme national de lutte contre la douleur 2002-2005

(Cliquez pour en savoir plus sur le programme)

Accès au site du
Ministère des Solidarités
de la Santé et de la
Famille

Actualités

Nouvelle gouvernance : du CLUD à la sous-commission douleur

Dans le cadre du 2ème programme de lutte contre la douleur 2002-2005, la mise en place d'un Comité de lutte contre la Douleur (CLUD), lieu de réflexion appelé à faire des propositions (...)

3ème journée du CNRD

Mise en ligne : janvier 2008 Douleur provoquée par les soins : 3e Journée du CNRD 10 octobre 2008 Palais des Arts et des Congrès d'ISSY (PACI) 25, avenue Victor Cresson 92130 Issy les Moulineaux (...)

ALGOPLUS : Une nouvelle échelle d'évaluation de la douleur

Mise en ligne : mars 2007
ALGOPLUS est destinée à l'évaluation de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale. Pour tous renseignements

Biatain - Ibu®

Mise en ligne : décembre 2006 Les laboratoires Coloplast commercialisent en France le 1er pansement contenant un principe actif antalgique destiné à soulager la douleur des plaies chroniques causée par la destruction (...)



Pédiadol > Accueil - Microsoft Internet Explorer

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

← Précédente → Recherche Favoris Média

Adresse http://www.pediadol.org/rubrique.php?id_rubrique=110 OK

Liens [APHM-Infodoc](#) [APHM-Intranet](#) [APHM-Phoceo](#) [APHM-WebTel](#) [Infodoc](#) [Intranet](#) [Phoceo](#)

PÉDIADOL

- Accueil
- Recommandations
- Stratégies infirmières
- Evaluation
- Traitements
- Protocoles
- Non pharmacologique
- Psychologie et douleur
- Situations cliniques
- Quiz
- Comment changer ?
- Journées UNESCO
- Peut mieux faire
- Bibliographie
- Médiathèque
- Textes officiels
- Audits - Enquêtes
- Formation
- Réunions comptes rendus
- Liens et appels à projets
- Qui sommes-nous ?
- Archives

Des outils, des moyens, des idées... pour changer

Foire aux questions
Réponses aux questions les plus courantes

- Sur les solutions sucrées
- Sur la crème anesthésiante
- Sur le MEOPA
- Sur l'évaluation de la douleur

Nouveauté Sparadrap (décembre 2007)
Premiers soins et examens douloureux : comment aider votre bébé ?



En savoir plus

Pêle-mêle

14^e journée Unesco "La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?"
Actes (± diaporamas)

Un hôpital condamné pour non-prise en charge de la douleur !
En savoir plus

Soins palliatifs
Nouveau (15 janvier 2008) : ouverture de la liste de discussion aux pédiatres

Agenda

La 15^e journée UNESCO
« La douleur de l'enfant, quelles réponses ? »
se tiendra à Paris le 4 décembre 2008
Ateliers thématiques
le 3 décembre 2008

3^e journée du CNRD
10 octobre 2008 — Issy-les-Moulineaux
En savoir plus

8^e congrès annuel de la SFETD
19-22 novembre 2008 — Strasbourg
Journée du 19 novembre consacrée à la douleur de l'enfant et de l'adolescent
En savoir plus

Formations Sparadrap
En savoir plus

Les incontournables
La douleur de l'enfant : stratégies de prévention et de prise en charge
Livret du groupe infirmier Pédiadol (décembre 2006)
En savoir plus

Protocoles d'utilisation des

Internet



Parce que c'est pas du jeu d'être malade !

Une association pour aider les familles et les professionnels quand un enfant est malade ou hospitalisé.



Accès Enfants

Et pour nous...



Accès Parents



Accès Professionnels



Notre catalogue

Des livrets, des jeux,

Recevez nos actualités

Email

Nom

Prénom



Espace journalistes



Nos partenaires

Aidez-nous



Ce site a bénéficié du soutien de la Direction Générale de la Santé et de la Fondation Johnson & Johnson. Il est actuellement soutenu par le Conseil Régional d'Ile de France.

SPARADRAP
48 rue de la Plaine
75020 Paris

Bienvenue sur le site de la SFETD

(Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur). Ce site a été créé pour vous permettre de connaître la SFETD et son actualité, et de suivre l'actualité scientifique de la douleur. Vous y trouverez également l'actualité des congrès, des infos de l'Atssaps... De nombreux services (liens, carte des centres antidouleur...) sont également mis à votre disposition.

1 Je suis déjà inscrit

Saisissez votre identifiant :

Saisissez votre mot de passe :

Validez :



2 Je veux m'inscrire

Vous êtes professionnel de santé (médecin, kinésithérapeute, infirmier(e), journaliste, industrie...) : inscrivez-vous pour accéder gratuitement au contenu du site www.sfetd-douleur.org

Cliquez ici pour vous inscrire

3 Accès grand public

Accéder directement et gratuitement à des informations utiles : centres anti-douleur, associations de patients, liens pertinents...

Accès



Congrès de la SFETD 2009
« Douleurs viscérales »
Réservez vos dates !

Du 18 au 21 novembre 2009 – Paris La Défense

[Accéder au site du Congrès](#)



JTD de Printemps
«Gérer la douleur de la maladie cancéreuse

chronique»
Vendredi 13 mars 2009 - [Inscrivez-vous](#)

A découvrir dans le site



Douleurs chroniques post-chirurgicales
3 octobre 2008, Paris, France
[Accéder aux communications multimédias](#)



Date de dernière mise à jour : 16/03/2009

Rechercher OK

- Accueil
- Actualités
- Tout sur l'Institut
- Je suis médecin
- Je suis pharmacien
- Je suis infirmier(ère)
- Je suis patient ou proche
- Les Web Rendez-vous Douleur
- S'abonner
- Commander

FAIRE UN LIEN VERS NOTRE SITE

ACCÉDER AUX PRÉCÉDENTES NEWSLETTERS

Le site de l'Institut UPSA de la Douleur est un site d'information qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge de la douleur et de communiquer sur les actions de l'Institut. A travers des programmes d'aide à la recherche et de nombreuses publications (ouvrages originaux, périodiques, guides brochures patients...), il s'adresse spécifiquement et individuellement aussi bien au corps médical (médecin, pharmacien, infirmier(ère)...) qu'au grand public (patient ou proche).

- Les ouvrages
- Les périodiques
- Les Kits de formations
- Les programmes



Douleur inflammation et interactions système nerveux / Système immunitaire

Les **WEB** rendez-vous DOULEUR de l'Institut UPSA de la douleur

Assistez en direct aux conférences des spécialistes de la douleur.

10.11 et 12 Juin 2009, 7ème Congrès de l'ANPSSSM.

Les 10,11 et 12 juin prochain à la Cité Internationale Universitaire de Paris, se déroulera le 7^{ème} Congrès de l'Association Nationale pour la promotion des Soins Somatiques en Santé

mentale.

[Lire la suite](#)

Le CEDR fête ses 10 ans

Le Cercle d'Etude et Douleur en Rhumatologie (CEDR) fête ses 10 ans au centre de conférence CAP 15 de Paris les 3 et 4 avril prochain. A cette occasion des spécialistes aborderont le thème de la douleur en rhumatologie.

[Lire la suite](#)

Focus sur...

[Bilan de la participation de L'Institut UPSA de la Douleur au congrès de la SFETD \(Société Française d'Etude de la Douleur\)](#)

Attribution d'une **Bourse de Recherche**. Organisation d'une Conférence



Cercle d'Ajustement des
Pratiques Professionnelles

Pour l'amélioration
de la prise en charge de la
douleur chez l'enfant
en médecine
ambulatoire



En savoir plus sur le CAPP

[Lire](#)

Accès

Identifiant

Mot de passe

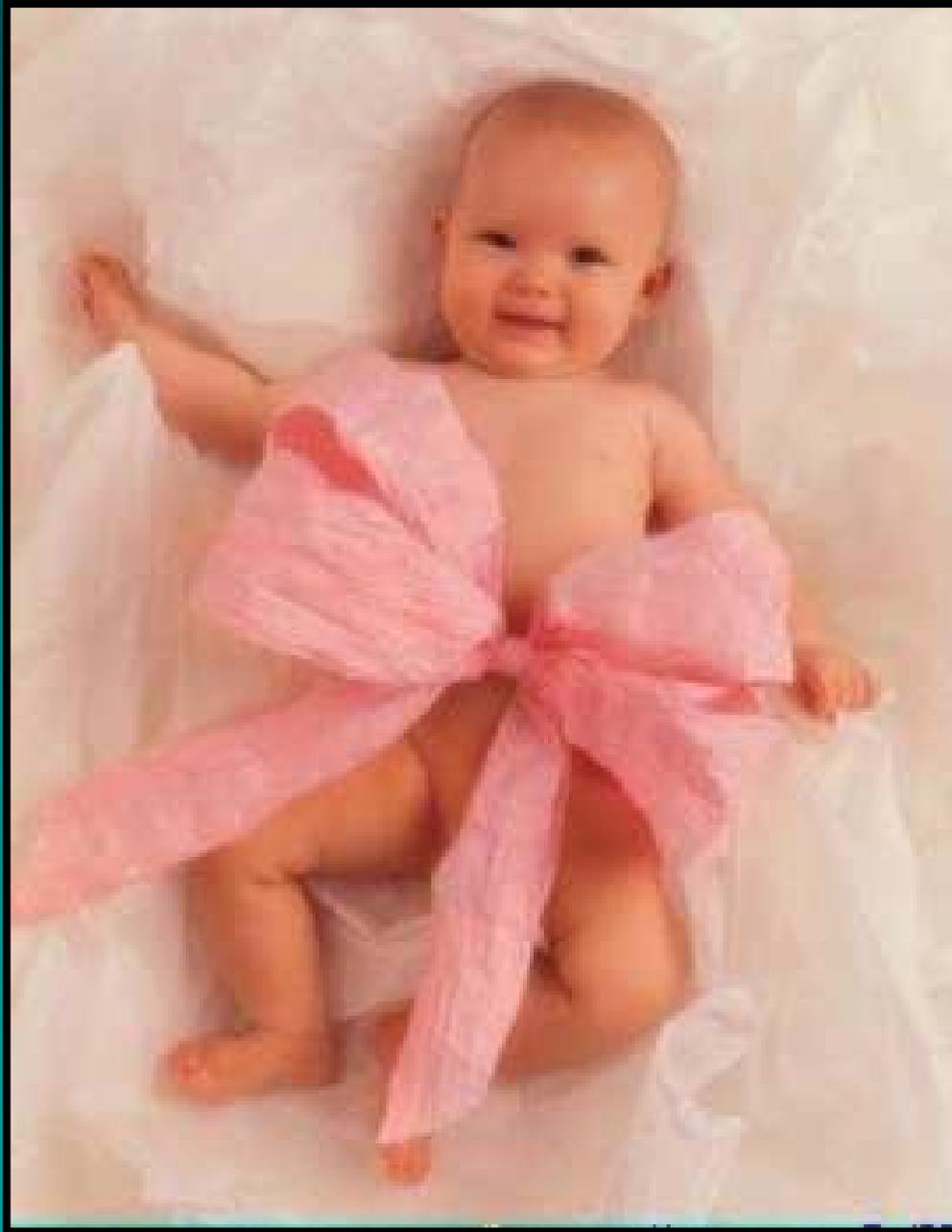
[Retrouver vos codes d'accès](#)

[OK](#)

[Créer un compte](#)

www.cappde.net





EVALUATION DE LA DOULEUR



LES CONSEQUENCES DE LA DOULEUR



MEMOIRE DE LA DOULEUR

- Circoncision, vaccination, douleur

Taddio A. Lancet. 1997

- Fentanyl intra-nasal versus placebo pour PL et ponction médullaire.

Weisman SJ. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998 Feb;152(2):147-9



Mémorisation de la douleur
Modifications ultérieures du
comportement

MEMOIRE DE LA DOULEUR

- Influence négative de la douleur et de l'anxiété

Salmon K. *J Dev Behav Pediatr.* 2002; 23(5): 347-52

- Impact sur la capacité à faire face aux douleurs futures.

Chen E. *Child Dev.* 2000; 71 (4): 933-47

- Anxiété et attentes négatives: "la peur d'un mal attendu est pire que le mal en lui même"

Arntz A. *Behav Res Ther* 1990; 28(1): 29-41.

EFFET A LONG TERME

- Sensibilisation à la douleur, majoration des réactions lors de soins ultérieurs, comportements d'évitement, de phobie des soins de santé.

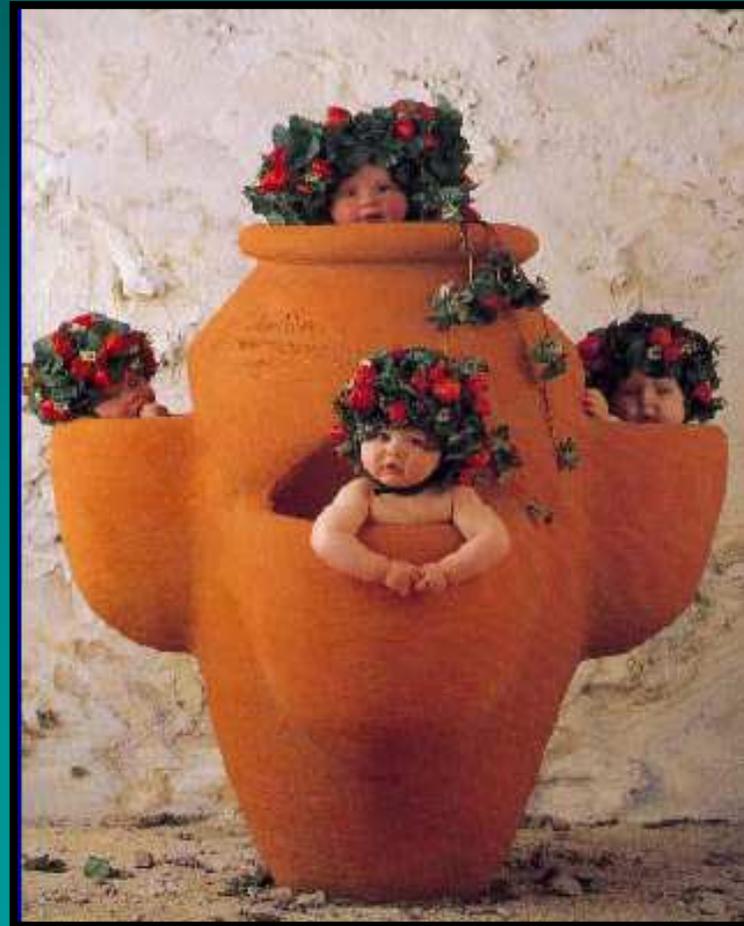
Annequin D. 2002

- Seuil de sensibilité à la douleur diminué chez des adolescents anciens prématurés.

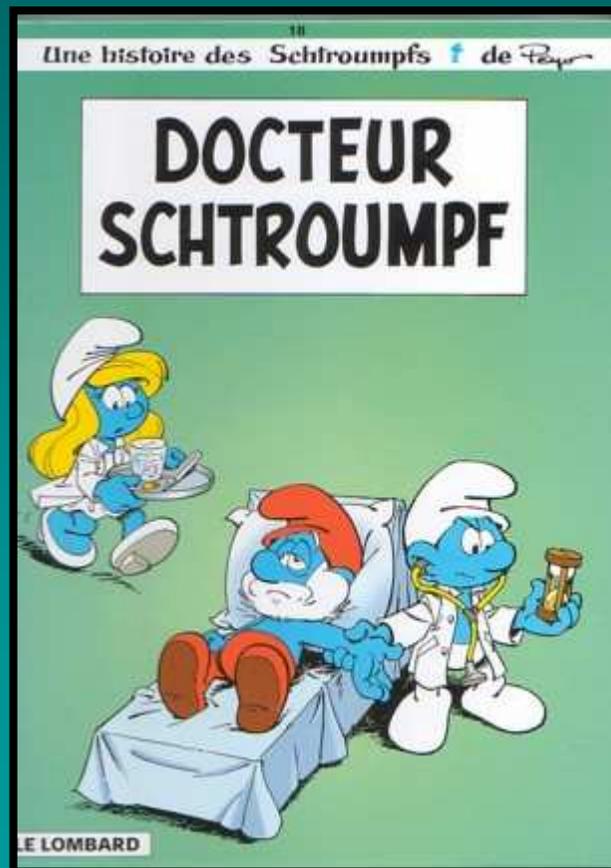
Buskila D. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157: 1079-82

- Douleurs chroniques rebelles

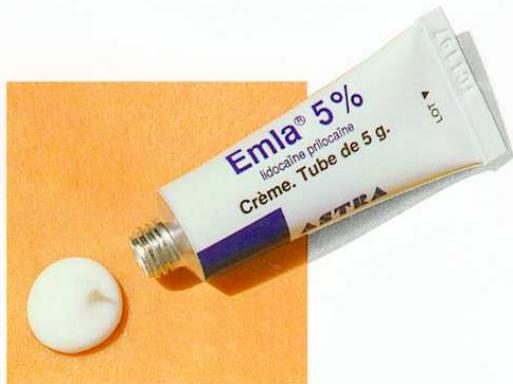
PREVENTION DE LA DOULEUR LIEE AUX SOINS



TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX



EMLA[®] 5% crème
lidocaïne - prilocaïne



La crème des anesthésiques

EMLA

Mélange équimoléculaire:
lidocaïne et prilocaïne



Profondeur et durée de l'anesthésie

- La profondeur d'anesthésie est fonction du temps d'application d'EMLA :
 - 3 à 4 mm de profondeur après 1 h d'application
 - 5 mm après 2 h d'application

Bjerring P et al. Br J Anaesth 1990;64:173-7

- Durée = 1 à 2 h
 - Cet effet prolongé résulte d'un effet réservoir de la couche cornée

Juhlin et al. Adv Dermatol 1990;5:76-92

Anesthésie locale de la peau saine : présentations

- **EMLA crème à 5 %**
 - tubes de 5 g et 30 g (conditionnement hospitalier)
- **EMLA patch**
 - patch pré-enduit de 1 g de crème EMLA 5 %

Selon âge et surface cutanée

- | | |
|----------------------------|-------------|
| • NN à 3 mois : 0,5 g | 1g/24h max |
| • 3 mois à 1 an: 0,5 à 1 g | 2g/24h max |
| • 1 à 6 ans: 1 à 2 g | 10g/24h max |
| • 6 à 12 ans: 2 g | 20g/24h max |
| • > 12 ans: 2 à 3g | 50g/24h max |

MEOPA: gaz hilarant



MEOPA

Mélange

Equimoléculaire d'

Oxygène et de

Protoxyde d'

Azote



50 % O₂ + 50 % N₂O

CONTRE-INDICATIONS

- Ventilation en O2 pur
- Hypertension intracrânienne
- Troubles de la conscience
- Pneumothorax, emphysème,
- Pneumopéritoine
- Embolie gazeuse
- Traumatisme facial

COMPLICATIONS

- Mineures:
 - Euphorie
 - Nausées, vomissements
 - Vertiges, paresthésies
- Majeures:
 - Désaturation, apnée
 - Bradycardie
 - Sédation profonde

INDICATIONS

- Tous les gestes invasifs
- Odontologie
- Toxine botulinique
- Toilette et mobilisation si nécessaire

MEOPA et NEUROPEDIATRIE

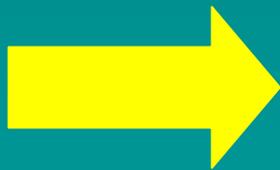
- 29% enfants polyhandicapés sévères
- 21% Traitement anticomitial
- Bonne tolérance, bonne acceptabilité
- Aucun effet indésirable grave
- Satisfaction 88%

BON USAGE DU MEDICAMENT

- Paracétamol per os à la morphine IV
- Protocoles adaptés aux gestes douloureux, à la douleur de l'enfant, au contexte.
- Quelques règles simples:
 - Traitement PO: 1 heure avant le geste
 - Morphine PO: 30 à 60 minutes avant le geste
 - Traitement IV: 15 à 30 minutes avant.

ASSOCIATIONS

- Le plus souvent possible
- Emla + MEOPA
- Emla + morphine + MEOPA
- Emla + hypnovel + MEOPA



Nécessité d'une anticipation
et d'une coordination
importante

TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX

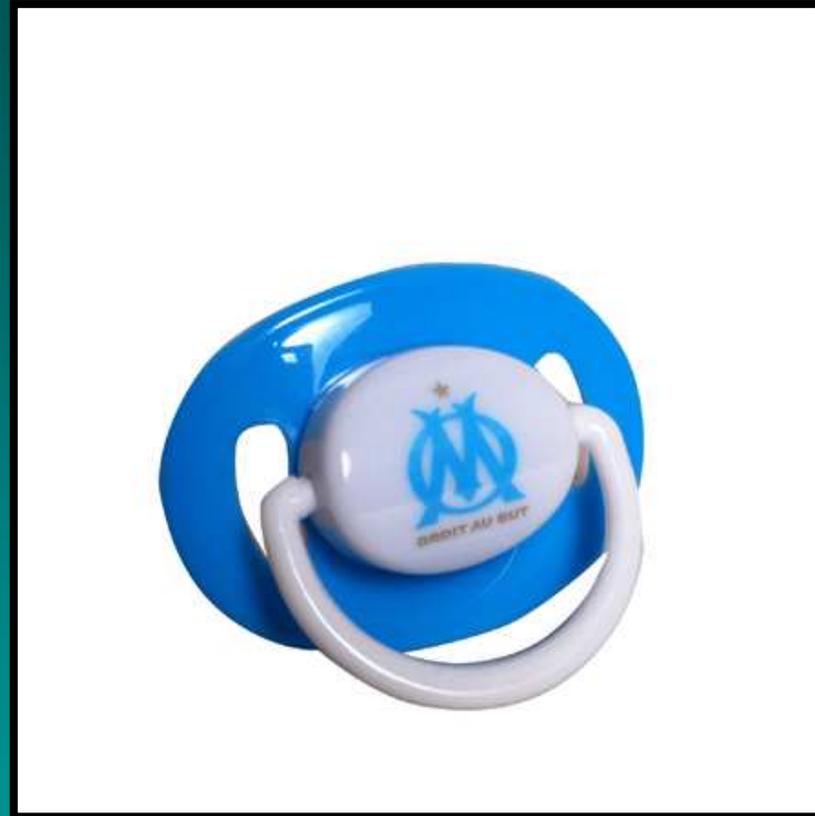


Analgésie non médicamenteuse

- « Petits » moyens, mais grands effets
- Le sucrose et le glucose sont efficaces
- La tétine est encore plus efficace
- Synergie tétine + sucrose
- L'alimentation au sein est très bénéfique dans ce contexte



+



=

Techniques non médicamenteuses

- Le Remove®
- La distraction
- Relaxation
- Sophrologie
- Le massage, le toucher
- Acupuncture
- Digitopuncture
- Hypnose



LA DISTRACTION

- Chez le bébé : câlins, caresses, tétine, bercements, la musique ou les jouets colorés (ex. mobiles)...
- De 2 à 7 ans : histoires, peluches, bulles de savon...
- De 7 à 11 ans : musique, jeux vidéos...
- Après 11 ans : parler de ses activités, de ses amis, vidéo qu'il aime...
- Il faut utiliser son imagination et sa créativité



PRESENCE DES PARENTS

- Sous utilisation des parents comme ressource de traitement de la douleur de leur enfant.
- Leur présence lors de soins douloureux est:
 - possible
 - désirée par les enfants et les parents
 - réduit l'anxiété des parents
 - ne nuit pas aux soins.

Bauchner H. Pediatrics 1996 ; 98 : 861-7.

Carbajal R. Archives de Pédiatrie 1999 ; 6 : 585s.

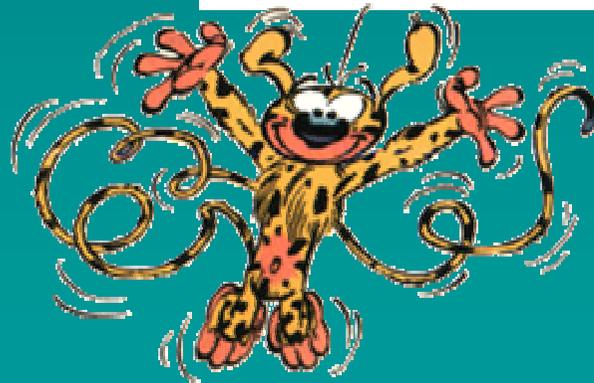
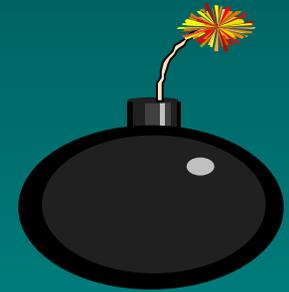


- Le principal critère de réussite dans la réalisation d'un geste douloureux est de pouvoir refaire un geste similaire sans provoquer d'appréhension.
- La manière dont on donne un traitement est aussi importante que le traitement

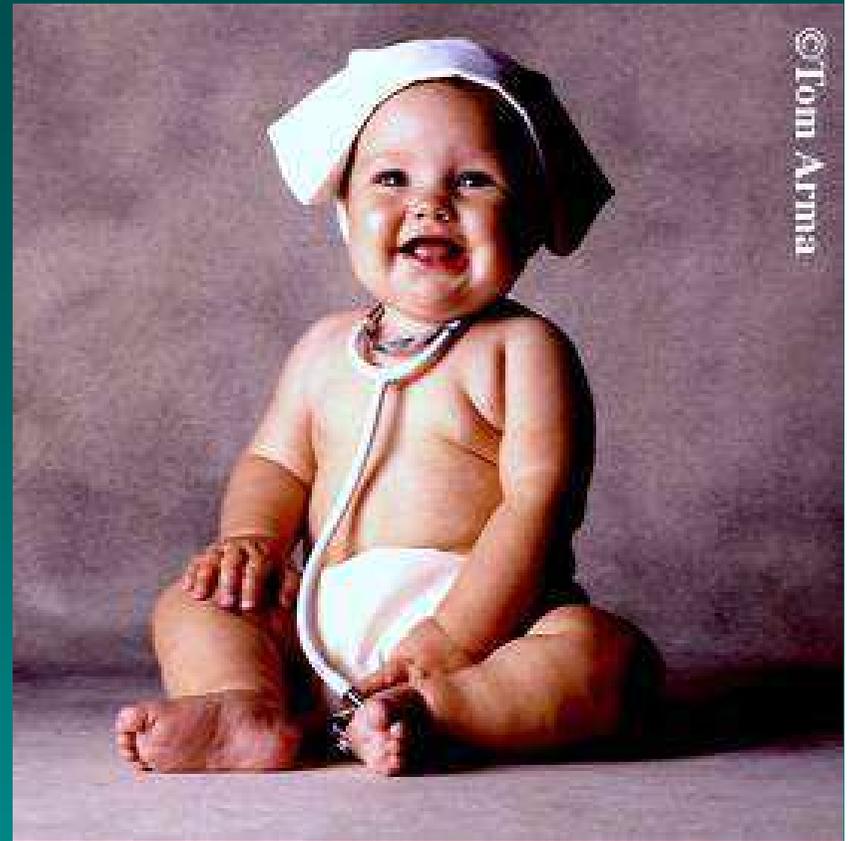
Le polyhandicapé face à la douleur

■ Difficulté à:

- Identifier la douleur
- Analyser la douleur
- Réagir à la douleur
- Se faire comprendre
- QUI VA « DIRE » LA DOULEUR?







© Tom Arma