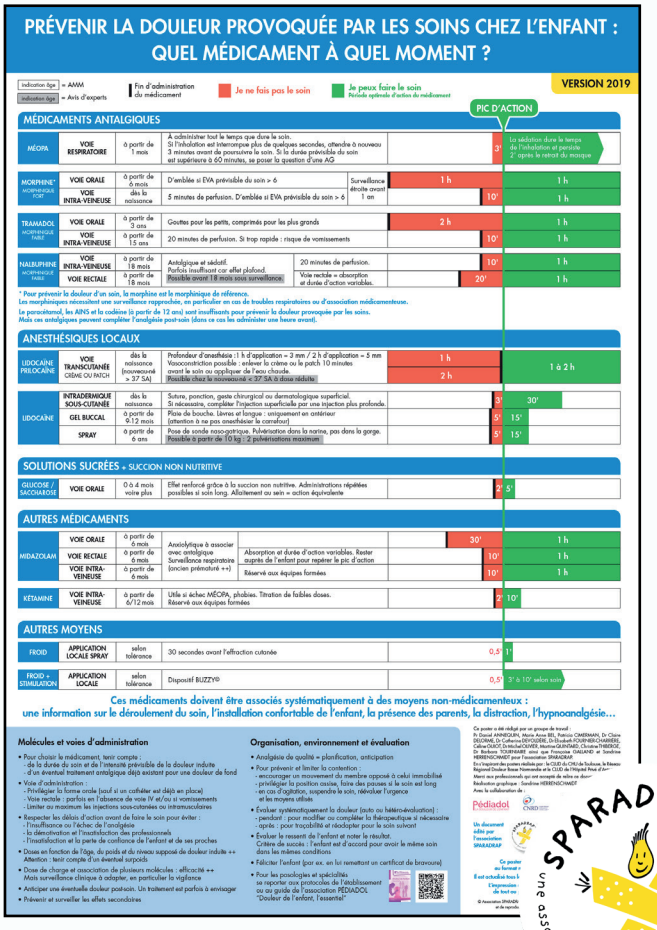
Soulager la douleur des enfants : quel médicament à quel moment ?



PRÉVENIR LA DOULEUR PROVOQUÉE PAR LES SOINS CHEZ L'ENFANT : QUEL MÉDICAMENT À QUEL MOMENT ?

VERSION 2019

Indication Rge = AMM
Indication Rge = Avis d'experts
Fin d'administration du médicament
Je ne fais pas le soin
Je peux faire le soin — Période optimale d'action du médicament

PIC D'ACTION

MÉDICAMENTS ANTALGIQUES

MÉOPA	VOIE RESPIRATOIRE	à partir de 1 mois	A administrer tout le temps que dure le soin. Si l'inhalation est interrompue plus de quelques secondes, attendre à nouveau 3 minutes avant de poursuivre le soin. Si la durée prévisible du soin est supérieure à 60 minutes, se poser la question d'une AG		3' — La sédation dure le temps de l'inhalation et persiste 2' après le retrait du masque
MORPHINE* (MORPHINIQUE FORT)	VOIE ORALE	à partir de 6 mois	D'emblée si EVA prévisible du soin > 6	Surveillance étroite avant 1 an	1 h — 1 h
	VOIE INTRA-VEINEUSE	dès la naissance	5 minutes de perfusion. D'emblée si EVA prévisible du soin > 6		10' — 1 h
TRAMADOL (MORPHINIQUE FAIBLE)	VOIE ORALE	à partir de 3 ans	Gouttes pour les petits, comprimés pour les plus grands		2 h — 1 h
	VOIE INTRA-VEINEUSE	à partir de 1.5 ans	20 minutes de perfusion. Si trop rapide : risque de vomissements		10' — 1 h
NALBUPHINE (MORPHINIQUE FAIBLE)	VOIE INTRA-VEINEUSE	à partir de 18 mois	Antalgique et sédatif. Parfois insuffisant car effet plafond. Possible avant 18 mois sous surveillance.	20 minutes de perfusion.	10' — 1 h
	VOIE RECTALE	à partir de 18 mois		Voie rectale = absorption et durée d'action variables.	20' — 1 h

* Pour prévenir la douleur d'un soin, la morphine est le morphinique de référence.
Les morphiniques nécessitent une surveillance rapprochée, en particulier en cas de troubles respiratoires ou d'association médicamenteuse.
Le paracétamol, les AINS et la codéine (à partir de 12 ans) sont insuffisants pour prévenir la douleur provoquée par les soins.
Mais ces antalgiques peuvent compléter l'analgésie post-soin (dans ce cas les administrer une heure avant).

ANESTHÉSIQUES LOCAUX

LIDOCAÏNE PRILOCAÏNE	VOIE TRANSCUTANÉE CRÈME OU PATCH	dès la naissance (nouveauné > 37 SA)	Profondeur d'anesthésie : 1 h d'application = 3 mm / 2 h d'application = 5 mm. Vasoconstriction possible : enlever la crème ou le patch 10 minutes avant le soin ou appliquer de l'eau chaude. Possible chez le nouveau-né < 37 SA à dose réduite	1 h 2 h	1 à 2 h
LIDOCAÏNE	INTRADERMIQUE SOUS-CUTANÉE	dès la naissance	Suture, ponction, geste chirurgical ou dermatologique superficiel. Si nécessaire, compléter l'injection superficielle par une injection plus profonde.	3'	30'
	GEL BUCCAL	à partir de 9/12 mois	Plaie de bouche. Lèvres et langue : uniquement en antérieur (attention à ne pas anesthésier le carrefour)	5'	15'
	SPRAY	à partir de 6 ans	Pose de sonde naso-gastrique. Pulvérisation dans la narine, pas dans la gorge. Possible à partir de 10 kg : 2 pulvérisations maximum	5'	15'

SOLUTIONS SUCRÉES + SUCCION NON NUTRITIVE

GLUCOSE / SACCHAROSE	VOIE ORALE	0 à 4 mois voire plus	Effet renforcé grâce à la succion non nutritive. Administrations répétées possibles si soin long. Allaitement au sein = action équivalente	2'	5'

AUTRES MÉDICAMENTS

MIDAZOLAM	VOIE ORALE	à partir de 6 mois	Anxiolytique à associer avec antalgique. Surveillance respiratoire (sujet prématuré ++)	30'	1 h
	VOIE RECTALE	à partir de 6 mois	Absorption et durée d'action variables. Rester auprès de l'enfant pour repérer le pic d'action	10'	1 h
	VOIE INTRA-VEINEUSE	à partir de 6 mois	Réservé aux équipes formées	10'	1 h
KÉTAMINE	VOIE INTRA-VEINEUSE	à partir de 6/12 mois	Utile si échec MÉOPA, phobies. Titration de faibles doses. Réservé aux équipes formées	2'	10'

AUTRES MOYENS

FROID	APPLICATION LOCALE SPRAY	selon tolérance	30 secondes avant l'effraction cutanée	0,5'	1'
FROID + STIMULATION	APPLICATION LOCALE	selon tolérance	Dispositif BUZZY®	0,5'	3' à 10' selon soin

Ces médicaments doivent être associés systématiquement à des moyens non-médicamenteux :
une information sur le déroulement du soin, l'installation confortable de l'enfant, la présence des parents, la distraction, l'hypnoanalgésie…

Molécules et voies d'administration

- Pour choisir le médicament, tenir compte :
  - de la durée du soin et de l'intensité prévisible de la douleur induite
  - d'un éventuel traitement antalgique déjà existant pour une douleur de fond
- Voie d'administration :
  - Privilégier la forme orale (sauf si un cathéter est déjà en place)
  - Voie rectale : parfois en l'absence de voie IV et/ou si vomissements
  - Limiter au maximum les injections sous-cutanées ou intramusculaires
- Respecter les délais d'action avant de faire le soin pour éviter :
  - l'insuffisance ou l'échec de l'analgésie
  - la dénovation et l'insatisfaction des professionnels
  - l'insatisfaction et la perte de confiance de l'enfant et de ses proches
- Doses en fonction de l'âge, du poids et du niveau supposé de douleur induite ++ Attention : tenir compte d'un éventuel surpoids
- Dose de charge et association de plusieurs molécules : efficacité ++ Mais surveillance clinique à adapter, en particulier la vigilance
- Anticiper une éventuelle douleur post-soin. Un traitement est parfois à envisager
- Prévenir et surveiller les effets secondaires

Organisation, environnement et évaluation

- Analgésie de qualité = planification, anticipation
- Pour prévenir et limiter la contention :
  - encourager un mouvement du membre opposé à celui immobilisé
  - privilégier la position assise, faire des pauses si le soin est long
  - en cas d'agitation, suspendre le soin, réévaluer l'urgence
  - et les moyens utilisés
- Évaluer systématiquement la douleur (auto ou hétéro-évaluation) :
  - pendant : pour modifier ou compléter la thérapeutique si nécessaire
  - après : pour traçabilité et réadapter pour le soin suivant
- Évaluer le ressenti de l'enfant et noter le résultat. Critère de succès : l'enfant est d'accord pour avoir le même soin dans les mêmes conditions.
- Féliciter l'enfant (par ex. en lui remettant un certificat de bravoure)
- Pour les posologies et spécialités se reporter aux protocoles de l'établissement ou au guide de l'association PÉDIADOL "Douleur de l'enfant, l'essentiel"

Ce poster a été rédigé par un groupe de travail :
Pr Daniel ANNEQUIN, Marie-Anne BEL, Patricia CIMERMAN, Dr Claire DEGONAL, Dr Catherine DEVOGDERE, Dr Elisabeth KOHN-BERCHABREE, Céline OLIOC, Dr Michel OLIVIER, Maxime QUINTARD, Christine THIEBOIS, Dr Jean-Pierre VIGNERON, Dr Jean-Pierre MILLAND et Sandrine HERRENSCHMIDT pour l'association SPARADRAP
En s'inspirant des postes rédigés par : le CLUD du CHU de Toulouse, le Réseau Régional Douleur Rouen Normandie et le CLUD de l'Hôpital Pitié d'Ivry
Merci aux professionnels qui ont accepté de relire ce document
Réalisation graphique : Sandrine HERRENSCHMIDT
Avec la collaboration de :

Pédiadol

Un document édité par l'association SPARADRAP

Ce poster au format A3 est actualisé tous les ans. L'impression de tout ou

© Association SPARADRAP et de reprodu

SPARADRAP une association pour les enfants malades ou hospitalisés

Je télécharge

www.sparadrap.org