



La douleur de l'enfant mieux la comprendre pour mieux la soulager



Cas d'étude

Mohamed, 6 ans, a été reçu en consultation il y a quelques jours pour une mycose orale floride. On lui a prescrit un traitement anti mycosique. Il revient trois jours plus tard. Il est déshydraté, refuse le traitement, refuse de s'alimenter, est totalement opposant et craintif lorsque vous vous approchez de lui.

Que pensez-vous de ces symptômes et comment abordez-vous la consultation ?

Le sida pédiatrique, maladie douloureuse

Comme chez les adultes, les causes des douleurs sont multiples chez les enfants infectés par le VIH : infections bactériennes (*méningites, pleuro-pneumopathies, infections cutanées, buccales...*), encéphalites, douleurs abdominales (*pancréatite, oesophagites, diarrhées incœrcibles, subocclusions : mécanismes variés et causes parfois difficiles à diagnostiquer*), douleurs ostéo articulaires diffuses notamment dans les sida avancés avec dénutrition.

Selon la précocité de la prise en charge, l'enfant peut avoir des expériences douloureuses plus ou moins nombreuses et traumatisantes.

A ces douleurs liées aux complications, il faut ajouter les douleurs liées aux effets secondaires des médicaments (*céphalées, neuropathies, douleurs abdominales*) et les douleurs liées aux soins (*ponctions, pansements...*).

Ces douleurs sont très peu décrites et étudiées, il n'existe pas de recommandations ; en pratique clinique, la douleur est trop rarement recherchée et évaluée.

Finalement, les douleurs chez l'enfant sont insuffisamment prises en compte et traitées. Pourtant, avec quelques principes et des antalgiques souvent simples, il est possible de diminuer les douleurs, en particulier celles qui sont liées aux soins.

Symptomatologie de la douleur chronique : survenue précoce chez l'enfant

La douleur chronique est définie chez l'adulte par une douleur qui persiste depuis plus de 3 à 6 mois. Chez le nourrisson et le jeune enfant, les manifestations

broyantes (*pleurs, agitation*) d'une douleur aiguë peuvent faire place à des signes de douleur chronique en 48 heures. L'enfant présente alors des signes plus discrets, qui associent de façon variable : atonie psychomotrice, repli en position antalgique, geignements, demandes itératives de changement de position, demande à manger mais n'arrive pas à avaler, pleurs à l'approche d'un adulte, voire perte de toute communication verbale et hypervigilance (*focalisation de l'enfant sur sa douleur qui majore la sensation douloureuse*).

Douleur par excès de stimulus douloureux, douleur neuropathique, douleur psychogène : des mécanismes différents dont la prise en charge thérapeutique n'est pas identique

Différents mécanismes peuvent être mis en cause dans la survenue d'un processus douloureux. Ils sont parfois associés. Il est important de les reconnaître car le traitement est différent.

- Les douleurs par excès de stimulus douloureux (douleurs nociceptives) : l'exemple type est une fracture non déplacée. Il existe des lésions tissulaires et une inflammation locale qui stimulent certains nerfs et envoient un message de douleur au cerveau.
- Dans les douleurs neuropathiques, le tissu nerveux (nerf périphérique ou système nerveux central) lui-même est abîmé et un stimulus non douloureux peut entraîner une sensation désagréable (picotement, décharge électrique) ou douloureuse. On rencontre ces douleurs après un zona, une encéphalite ou dans les neuropathies liées aux ARV.

- Dans les douleurs psychogènes, on ne trouve pas de cause organique et il existe souvent un contexte psychologique traumatisant. Elles peuvent être invalidantes et sont plus difficiles à prendre en charge.

Les différents types d'antalgiques

Pour les douleurs nociceptives, on utilise les antalgiques classiques. Le paracétamol et l'ibuprofène (*pallier I de l'OMS*) peuvent être associés et donnés en alternance.

En cas d'inefficacité, il faut les associer aux antalgiques du pallier II. La codéine peut être proposée à partir de 1 an. La codéine est métabolisée dans le foie et 10% de la dose est transformée en morphine. On la trouve seule (*Codenfan®*) ou en association avec le paracétamol (*les formes associées peuvent être utilisées à partir de 3 ans*). L'alternative à la codéine est le tramadol (*utilisable sous forme de gouttes à partir de 3 ans*).

Pour des douleurs plus intenses, la morphine et ses dérivés (*pallier III de l'OMS*) doivent être proposés. Il n'existe pas de risque de toxicomanie (*ni à court, ni à long terme*) si la morphine est prescrite à un enfant douloureux. Il existe des formes orales (immédiates et retard), injectables et en patch.

Pour les douleurs neuropathiques, d'autres classes médicamenteuses doivent être proposées. Les antidépresseurs tricycliques (*amitryptiline, après 4 ans*), les benzodiazépines (*Clonazépam*) et la gabapentine peuvent être utilisés. Ces indications ne sont pas classiques chez l'enfant, car souvent les laboratoires n'ont pas pris la peine de monter des dossiers d'autorisation de mise sur le marché (*AMM*) pour les enfants, en raison du faible nombre d'enfants concernés. Mais de nombreuses études ont montré l'efficacité de ces traitements, dont les effets secondaires sont proches de ceux des adultes. Il faut les proposer devant des neuropathies (en changeant les ARV et médicaments responsables de neuropathies), en cas d'encéphalite ou d'atteinte nerveuse (*zona*). Les posologies seront augmentées progressivement, afin d'atteindre les doses efficaces en quelques jours à quelques semaines.

Les douleurs psychogènes sont parfois très invalidantes, souvent difficiles à soigner. Il convient d'éliminer une cause organique. Une prise en charge pluridisciplinaire (*soignants, psychologue mais aussi assistant social et conseillers*) est indispensable et la prise en compte du contexte culturel et familial est fondamentale. En effet, l'enfant peut ressentir et présenter des symptômes qui reproduisent des manifestations douloureuses qu'il a déjà observées dans la famille (*douleurs articulaires chez un enfant dont le père a eu un accident aux jambes, douleurs thoraciques après le décès du grand-père par infarctus, par exemple*).

Pour ces différents types de douleur, en dehors des moyens médicamenteux, les massages, les applications locales d'anesthésiques ou d'emplâtres peuvent avoir une réelle efficacité s'ils sont effectués ou appliqués par des personnes compétentes. La prise en charge psychologique a une place importante dans les douleurs chroniques, quel qu'en soit le type.

Comment évaluer la douleur chez l'enfant ?

Auto-évaluation

A partir de 6-7 ans, on utilise des échelles visuelles d'auto-évaluation de la douleur. On demande à l'enfant de montrer sur une échelle de 1 à 10 « combien » ça fait mal. Cette évaluation doit se faire avant l'administration d'antalgiques et 1 heure après. On estimera que l'antalgie est efficace si l'évaluation est inférieure ou égale à 3.

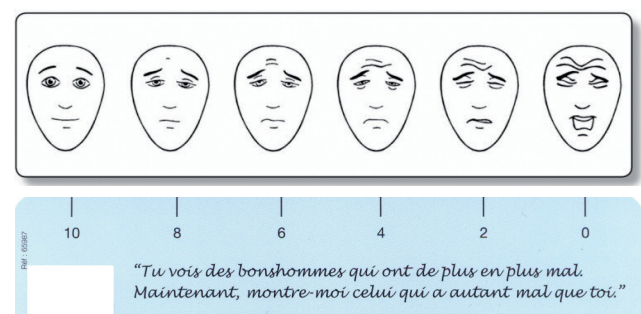


EVA : Echelle Visuelle Analogique

- De 0 à 1 Simple inconfort
- De 1 à 3 Douleur légère
- De 3 à 5 Douleur modérée
- De 5 à 7 Douleur intense
- De 7 à 10 Douleur très intense

Entre 4 et 6 ans, on peut coupler l'EVA à une échelle non chiffrée, comme l'échelle des visages, par exemple.

Le recto de l'échelle : correspond au côté présenté à l'enfant



Le verso de l'échelle : correspond au côté vu par le soignant

« Montre-moi le visage qui a mal comme toi ? »

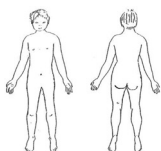
Comment utiliser l'échelle des visages :

Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (montrer celui de droite), qui montre quelqu'un qui a très très mal. Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment. »

Les scores sont de gauche à droite : 0, 2, 4, 6, 8, 10. 0 correspond donc à « pas mal du tout » et 10 correspond à « très très mal ». Exprimez clairement les limites extrêmes : « pas mal du tout » et « très très mal ». N'utilisez pas les mots « triste » ou « heureux ». Précisez bien qu'il s'agit de la sensation intérieure, pas de l'aspect affiché de leur visage.

Si l'évaluation des visages et le chiffre de l'EVA sont dissociés (*EVA à 8 et visage souriant*), il faudra considérer que l'enfant est trop jeune pour comprendre les consignes et utiliser alors une hétéro-évaluation (*voir infra*).

Enfin, pour aider l'enfant à localiser sa douleur, en particulier pour une douleur neuropathique, on peut lui proposer de colorier, sur des schémas corporels de face et de dos, les zones douloureuses.



Hétéro-évaluation

Chez le nourrisson et l'enfant plus jeune, il faut utiliser une hétéro-évaluation ; plusieurs grilles ont été validées : Echelle de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau-né (*EDIN*), HEDEN pour l'enfant de 2 à 7 ans. Chaque équipe peut choisir quelle grille convient le mieux en fonction des suivis et du mode de prise en charge (*ambulatoire, hospitalière, fin de vie*). Ces grilles sont remplies par un assistant du soignant, s'il s'agit d'évaluer une douleur liée aux soins ; par les infirmières s'il s'agit d'un enfant hospitalisé, ou par les parents (*souvent très perspicaces pour diagnostiquer une douleur chez leur enfant*).

Dans toutes les tranches d'âge, mais encore plus chez les nourrissons et les jeunes enfants, l'examen clinique chez un petit patient douloureux doit être réalisé dans un climat calme et serein. Il faut commencer par établir une relation de confiance avec l'enfant, l'observer, rechercher l'existence de position antalgique, d'attitudes d'évitement. On peut lui demander de marcher sur quelques mètres, se tourner, se baisser (*noter la distance main-sol*), de marcher sur la pointe des pieds puis sur les talons (*déficit neurologique ?*). L'examen clinique peut être fait en partie dans les bras de la maman. Il commence par des zones non douloureuses et doit être systématique.

La douleur liée aux soins, pourquoi la prendre en charge ?

Les douleurs sont ressenties par l'enfant très précocement, dès le deuxième trimestre de la vie intra utérine. Le nouveau-né ressent donc les stimuli douloureux, avec une intensité probablement plus forte que l'enfant ou l'adulte, car le système inhibiteur (*sorte de rétro-contrôle autonome de la douleur*) n'est pas encore mature.

Des études ont montré que des stimuli douloureux ressentis précocement entraînaient une sensibilisation à la douleur. Ainsi, les enfants qui ont ressenti des douleurs dans les premières semaines ou mois de vie seront plus sensibles ultérieurement à la douleur, contrairement à certaines idées reçues.

Dans le cadre des enfants infectés par le VIH, la prise en charge précoce de la douleur, en particulier de la douleur liée aux soins, est donc un impératif.

La douleur liée aux soins, comment la prendre en charge ?

Les moyens sont variables selon l'âge et le type de soins.

Chez les nouveaux-nés et jusqu'à l'âge de 3 mois, des solutions de saccharose (*ou de glucose*) concentré sont efficaces sur des douleurs d'intensité modérée (*voir Zoom Grandir Info n° 23*). Si l'enfant est allaité, la succion du sein est encore plus efficace.

Chez les enfants plus grands, trois moyens peuvent être associés : anesthésie locale, antalgiques par voie générale et moyens non médicamenteux.

- Pour les ponctions veineuses, le produit de choix est la crème EMLA (*association de lidocaïne et de prilocaïne*), sous pansement occlusif, utilisable dès la naissance (*éviter cependant l'association EMLA-Bactrim avant l'âge de trois mois*) mais probablement pas accessible partout. Cette crème doit être appliquée une heure avant le geste.
- Les antalgiques par voie générale ont une efficacité réduite et doivent dans tous les cas être anticipés : le paracétamol donné par voie orale est pleinement efficace 1 heure après la prise.
- Le dernier moyen est gratuit, probablement plus accessible, mais rarement mis en œuvre. Il concerne toutes les techniques de distraction, d'hypnose, de relaxation, auxquelles les enfants sont particulièrement sensibles. Au lieu de dire à un enfant « attention, je vais te piquer », il vaut mieux qu'un assistant du soignant (*ou le parent*), pendant que le soignant réalise le geste, détourne l'attention de l'enfant par une chanson, une histoire ou un conte, ou propose à un adolescent de regarder la télé ou une vidéo.

Tous ces moyens peuvent être associés pour des gestes peu à moyennement douloureux.

Pour les gestes très douloureux, d'autres moyens plus lourds doivent être envisagés (*anesthésie au bloc opératoire, gaz MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxide d'Azote, gaz proposé en auto inhalation, qui permet une analgésie de surface, largement utilisée en Europe pour les gestes tels que ponction lombaire, ponction veineuse, réduction de fracture peu déplacées,...*).

Mohamed : prendre en charge la douleur en même temps que la mycose

Mohamed a probablement une douleur oro-pharyngée intense non prise en compte. Chez cet enfant, il aurait fallu évaluer dès la première consultation la douleur liée à la mycose, évoquer une possible oesophagite surajoutée et prescrire un traitement antalgique en association avec le traitement anti-mycosique.

Lors de la présente consultation, il faut lui expliquer que l'on s'intéresse à ce qu'il ressent, que l'on va prendre en compte sa douleur, lui expliquer pourquoi il a mal, ne pas lui mentir, et chercher à obtenir sa participation aux soins.

Le traitement antalgique associera des soins locaux (bicarbonates + mycostatine ou fungizone suspension +/- xylocaïne gel) et des antalgiques par voie générale (*paracétamol +/- codéine ou tramadol, selon l'intensité de la douleur, à réévaluer*) donnés de façon systématique pendant les premiers jours.

A retenir

- La douleur chez l'enfant est fréquente, sous-estimée, et insuffisamment prise en charge.
- Les douleurs infligées aux nouveaux-nés et aux nourrissons modifient profondément les voies de conduction de la douleur et sensibilisent les enfants qui deviendront plus sensibles ensuite.
- Les manifestations douloureuses intenses deviennent rapidement peu bruyantes.
- L'auto-évaluation de la douleur par l'enfant n'est pas possible avant 6 – 7 ans.
- Les thérapeutiques médicamenteuses doivent être prescrites selon le mécanisme douloureux en cause.
- L'association des moyens médicamenteux entre eux (*ex : paracétamol et morphine*) et avec des moyens non médicamenteux (*relaxation, massages*) potentialisent l'efficacité de chaque moyen.

En savoir plus

- > Le site **Pediadol** propose des grilles et échelles d'évaluation de la douleur, des protocoles, des tableaux de posologies et des articles sur les différents aspects de la prise en charge de la douleur de l'enfant : <http://www.pediadol.org/>
- > L'association **Sparadrap** propose des petits livrets et des fiches pratiques destinées à l'enfant malade et la famille. Par exemple, la fiche proposée avant la mise sous morphine d'un enfant : http://www.sparadrap.org/content/download/3395/31375/version/2/file/fiche%20pratique_morphine_NI.pdf