

la douleur chez le petit enfant de moins de 6 ans repose sur l'analyse du comportement de douleur, car l'auto-évaluation ne devient fiable qu'entre 4 et 6 ans. Aux urgences, stress et douleur sont difficiles à dissocier et la décision d'administration d'antalgiques dépend de l'analyse des soignants ; or cette analyse est principalement subjective, et dépend du niveau d'expérience, de connaissances et d'attention.

De nombreuses échelles d'hétéroévaluation ont été élaborées et validées pour le nouveau-né, le nourrisson ou le petit enfant, pour la douleur aiguë post opératoire, ou pour une douleur prolongée, ou pour une douleur aiguë d'un soin. Les différentes échelles disponibles ont été analysées en terme de critères de validité dans le travail des recommandations de l'ANAES de 2000 : *aucune de ces échelles n'est adaptée - ni élaborée ni validée ni recommandée pour les urgences pédiatriques*. L'analyse de la littérature montre un vide dans ce domaine.

De quoi les soignants (infirmières et médecins) ont-ils besoin aux urgences pédiatriques ? D'un score pour sortir de la subjectivité, définir des seuils de traitement, obtenir l'adhésion de tous, suivre l'évolution après administration d'antalgiques ; d'un outil simple, facile à comprendre, vite lu et facile à remplir.

Cinq experts en douleur de l'enfant (de Bicêtre, Trousseau, Montpellier, Besançon, et du CNRD) se sont réunis avec des médecins et des infirmières des urgences pédiatriques pour choisir les items de cette nouvelle échelle, après interview des infirmières et analyse exhaustive des items des échelles déjà disponibles. La faisabilité de cette pré-échelle a été testée de façon préliminaire. Sur les 70 premières utilisations, les corrélations entre items ont été calculées ce qui a permis de retenir 5 items au lieu de 6 au départ.

Une fois cette étape d'élaboration terminée, l'étape de validation est en cours. La méthodologie comprend l'inclusion de 200 enfants de moins de 6 ans « tout venant » consultant aux urgences, en excluant les situations de détresse vitale et de handicap, ainsi que les familles comprenant mal le français. L'accord des parents est recueilli. L'échelle est remplie par l'infirmière et par le chercheur, dans les conditions les moins anxiogènes possibles, au repos et à l'examen, à l'arrivée, puis après antalgique si celui-ci est administré. L'avis de l'infirmière et des parents et du chercheur sur le niveau de douleur (EVA attribuée), ainsi que le niveau de fatigue et de peur, sont recueillis. D'autres échelles sont remplies (CHEOPS, TPPPS, FLACC, et FPS-R pour les enfants de plus de 4 ans). Trente enfants seront filmés pour que leur niveau de douleur soit scoré avec EVENDOL par plusieurs personnes et plusieurs fois, afin d'établir la fiabilité et la reproductibilité de l'échelle. Le protocole de validation, élaboré avec le Pr Falissard, vise à évaluer les qualités métrologiques de l'instrument (sensibilité, fiabilité), sa structure dimensionnelle et sa validité. Les premiers résultats seront donnés.

GTS19 STANDARDS, OPTIONS ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS PROVOQUÉES LORS DES PONCTIONS SANGUINES, LOMBAIRES ET OSSEUSES CHEZ L'ENFANT ATTEINT DE CANCER

C. Schmitt⁽¹⁾, P. Marec-Bérard⁽²⁾, S. Theobald⁽³⁾, N. Fabre⁽⁴⁾, C. Kasparian⁽⁵⁾, P. Boutard⁽⁵⁾, L. Mansuy⁽⁶⁾, C. Monvillers⁽⁷⁾, M. Munzer⁽⁸⁾, D. Orbach⁽⁹⁾, C. Ricard⁽¹⁰⁾, C. Sakiroglu⁽¹¹⁾, G. Tumerelle⁽⁷⁾, D. Annequin⁽¹²⁾, R. Carbajal⁽¹²⁾, M. Luu⁽¹³⁾, G. Torloting⁽¹⁴⁾, C. Wood⁽¹⁵⁾

1. Hôpital d'enfants, Nancy, France.
2. Centre Léon Bérard, Lyon, France.
3. Centre Paul Strauss, Strasbourg, France.
4. FNCLCC, Paris, France.
5. CHRU, Caen, France.
6. CHU, Nancy, France.
7. CH, Compiègne, France.
8. CHRU, Hôpital américain, Reims, France.
9. Institut Curie, Paris, France.
10. CHU Hôpital Lapeyronie, Montpellier, France.
11. CTP, Margency, France.
12. Hôpital Trousseau, Paris, France.
13. Hôpital Avicenne, Bobigny, France.
14. Centre hospitalier du Parc, Sarreguemines, France.
15. Hôpital Debré, Paris, France.

Introduction : Dans le cadre du projet « Standards, Options et Recommandations » (SOR) en collaboration avec la Société Française d'Étude et de Traitement de la douleur (SFETD), une mise à jour du document « Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant » publié en 1996 a été effectuée.

L'objectif de ces nouvelles recommandations pour la pratique clinique (RPC) est de déterminer les règles de prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions sanguines (PS), lombaires (PL) ou osseuses chez l'adulte (document publié en Janvier 2005) et chez l'enfant atteint de cancer (document en cours de relecture nationale).

Méthode : L'élaboration des RPC repose sur la confrontation de l'analyse critique de la littérature et du jugement argumenté d'experts.

La recherche bibliographique a porté sur les synthèses méthodiques, les RPC existantes, les essais randomisés contrôlés et non randomisés de la base de données Medline® entre 1966 et 2004. Les données réglementaires ont été prises en compte. Le critère de sélection retenu est l'enfant (entre 0 et 18 ans) atteint de cancer subissant des actes diagnostiques ou thérapeutiques.

Les interventions évaluées sont les interventions pharmacologiques, les anesthésiques locaux, les antalgiques, le mélange équimolaire d'oxygène et protoxyde d'azote (MEOPA), les interventions non pharmacologiques. Les critères d'évaluation pour l'analyse critique sont la douleur, l'anxiété et les effets indésirables. Les interventions sont comparées entre elles, à un placebo ou à l'abstention thérapeutique.

Les RPC émises par le groupe de travail sont classées en standards, options et recommandations assortis de niveaux de preuve.

Résultats : Concernant la prise en charge de la douleur lors d'une PL chez l'enfant de moins de 8 semaines, le standard est l'association d'une solution sucrée et d'un moyen de succion lente. L'option proposée est d'ajouter un mélange de lidocaïne/prilocaine avant le prélèvement. Pour les enfants de plus de 8 semaines, les options établies sont : 1) mélange de lidocaïne/prilocaine + MEOPA ; 2) Mélange de lidocaïne/prilocaine +/- benzodiazépine au dessus de 6 mois ; 3) mélange de lidocaïne/prilocaine + association solution sucrée et moyen de succion en dessous de 6 mois. Concernant le myélogramme et la biopsie osseuse (BOM), il n'existe pas de standard. L'option proposée est l'anesthésie générale ou une sédation profonde pour les BOM quel que soit l'âge et pour les myélogrammes en dessous de 8 semaines. Pour les myélogrammes au delà de 8 semaines plusieurs options sont proposées.

Concernant les PS, pour l'enfant âgé de moins de 8 semaines, le standard est l'administration d'une solution sucrée et d'un moyen de succion lente. L'option est d'ajouter un mélange de lidocaïne/prilocaine. Pour l'enfant entre 8 semaines et 2 ans, le standard est le mélange de lidocaïne/prilocaine. Les recommandations sont les mêmes que pour l'enfant plus jeune. Pour l'enfant de plus de 2 ans, le standard est le mélange lidocaïne/prilocaine. Les options sont l'administration de MEOPA si le prélèvement est urgent, et l'association d'un anesthésique topique en cas d'échec ou de phobie du geste.

Conclusion : La phase de relecture nationale du document est en cours. La majorité des experts relecteurs souhaitent utiliser ces RPC dans leur pratique quotidienne. Les remarques sur la forme du document seront intégrées dans la version finale, laquelle devrait obtenir un bon pour publication avant la fin de l'année 2005.