

Douleur procédurale

Les procédures communément utilisées pour diagnostiquer et traiter les enfants sont fréquemment cause de douleur et de détresse importante.¹ La douleur non traitée a des conséquences immédiates (douleur et détresse chez l'enfant, parents, professionnels de la santé; durée prolongée de la procédure; guérison ralentie) et à long terme (sensibilité à la douleur, comportement d'évitement, hypervigilance sociale, anxiété liée aux procédures). Le traitement rapide, efficace, et multimodal de la douleur augmente les chances de réussite, évite les tentatives répétées, améliore le flot du service à l'urgence, et augmente la satisfaction de l'enfant et de ceux qui s'en occupent.²

Suggestions générales pour minimiser la douleur

INTERVENTIONS PHYSIQUES

- » **Demander aux parents/gardiens** s'ils veulent rester dans la pièce; leur indiquer de distraire calmement l'enfant, de le toucher doucement (si l'enfant le désire), et de lui parler avec des mots encourageants (ex. « Je suis là », « Je t'aime »).
- » Le parent/gardien peut **tenir** l'enfant dans n'importe quelle position de confort qui ne gêne pas les procédures (ex. assis ou contre lui) et **bercer** l'enfant après la procédure.
- » Si la maman est disponible et allaite l'enfant, **l'allaitement** pendant la procédure (ex. prise de sang, insertion IV) peut agir comme calmant; sinon, **la succion non nutritive (une suce)** pourrait calmer le nourrisson/jeune enfant.
- » Le jeune nourrisson peut être **emmaillotté** (bras et jambes près du corps) ou **enveloppé d'une couverture** pour le calmer pendant/après la procédure.
- » Si l'option est disponible, le parent/gardien peut tenir le nourrisson en contact peau à peau, soit en **méthode kangourou**, en préparation pour la procédure (ex. prise de sang, insertion IV).
- » Utiliser [ces ressources](#) pour indiquer aux parents/gardiens les moyens d'encourager l'enfant pendant les ponctions.
- » **Éviter** la ponction au talon et les injections intramusculaires.
- » **Le sucrose** par voie orale peut être donné jusqu'à l'âge de 12 mois mais est efficace surtout chez le nourrisson < 1 mois. Donner 2 mL de soluté glucosé 24 % PO, 2 minutes avant la procédure douloureuse. S'il n'y a pas de soluté glucosé 24 %, utiliser du D50W dilué à part égale avec de l'eau stérile comme substitut (D25W). Le sucrose peut être utilisé seul ou ensemble avec d'autres interventions pour tout nourrisson et pour toute procédure douloureuse.

INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES

- » S'il y a possibilité d'un **spécialiste du milieu de vie de l'enfant**, s'assurer de l'inclure avant et après toute procédure.
- » **Distractions simples** : bulles, lecture, cartes/livres cherche/trouve (*I Spy*), trousse de distraction portatives, conversation.
- » **Distractions technologiques** : tablette, lecteur DVD, jeux sur téléphone intelligent, musique, vidéos, jeux réalité virtuelle.

Suggestions pour minimiser la douleur liée à certaines procédures

PONCTION (AIGUILLE)

- » **Crème anesthésique topique** – Peut être utilisée à tout âge. De préférence, utiliser les crèmes à action rapide (ex. Maxilene®, Ametop®) plutôt que lente (ex. EMLA®). Appliquer 30 minutes avant la procédure (crèmes à action rapide) ou 60 minutes avant (crèmes à action lente). Il est recommandé d'appliquer la crème dès le triage.
- » **Vaporisateur froid** – Peut être utilisé à partir de l'âge de 3 ans. Dans l'indisponibilité d'une crème topique, ceci (ex. Pain-Ease®) peut être vaporisé sur la peau avant la procédure, pendant 4-10 secondes ou jusqu'à ce que la peau devienne blanche. Répéter x 1 au besoin.¹

MISE EN PLACE D'UNE SONDE NASOGASTRIQUE

- » **Lidocaïne en spray** – Il y a peu de données probantes sur l'efficacité de la lidocaïne en spray; la prise en charge multimodale est clé pour cette procédure. Chez le patient d'âge 6 mois ou plus, on peut essayer soit la lidocaïne 4 % en atomiseur nasale (10-20 mg), soit la lidocaïne 4 % en nébulisation (3-5 mL). Ne pas excéder 4 mg/kg/dose.
- » **Lidocaïne en gel** – La lidocaïne en gel 1-2 % pourrait servir à lubrifier le tube nasogastrique (1-2 mL). Ceci pourrait minimiser la douleur post-insertion chez le patient d'âge 6 mois et plus.

LACÉRATION

- » Lidocaïne 4 % / Épinéphrine 0,05 % / Tétracaïne 0,5 % (LET) en gel : 0,18 mL/kg/dose (MAX 3 mL/dose) pour patients d'âge 3 mois et plus. Appliquer sur la plaie, avec ou sans gaze, et recouvrir d'un pansement occlusif (ex. Tegaderm^{MC}). Appliquer d'avance! L'application dès le triage est recommandée car le gel LET **met 30 minutes à faire effet**.
- » Adhésif tissulaire (colle cutanée) – À tout âge. Attention autour des yeux. Éviter les endroits de tension. Il est possible d'apposer des stér strips perpendiculaires pour renforcer la colle. Ne pas utiliser pour les morsures/plaies non propres.
- » Points de suture – Le fil résorbable est à privilégier pour la plupart des points de suture pédiatriques à l'urgence (sauf les plaies à tension importante). Les enfants souffrent de stress et d'inconfort lors du retrait des points.
- » Ajustement du pH de la lidocaïne injectée – La modification du pH diminue la douleur de l'injection. Ajouter 1 mL bicarbonate de soude 8,4 % à 9 mL lidocaïne 1-2 % (ne pas excéder 4 mg/kg/dose lidocaïne, MAX 300 mg/dose).¹
- » Minimiser la douleur de l'injection de la lidocaïne – Chauffer la lidocaïne à la température du corps en frottant le flacon entre les mains, utiliser une petite aiguille (calibre 27-30), et injecter lentement.

SONDE URINAIRE

- » Considérer les nouvelles techniques non invasives pour le prélèvement d'urine (ex. [QuickWee](#), [Clean Catch](#)).
- » **Interventions physiques et psychologiques** – essentielles pour minimiser la douleur, vu le manque de données probantes pour la pharmacothérapie.
- » **Lidocaïne en gel** – Peu de données probantes sur les bienfaits. La lubrification du cathéter avec 1-2 mL de lidocaïne en gel 1-2 % peut être bénéfique pour traiter la douleur post-insertion chez le nourrisson/enfant de 6 mois et plus.

PONCTION LOMBAIRE

- » **Crème anesthésique topique** – Peut être utilisée à tout âge. De préférence, utiliser les crèmes à action rapide (ex. Maxilene[®], Ametop[®]) plutôt que lente (ex. EMLA[®]) à l'urgence. Appliquer 30 minutes avant la procédure (crèmes à action rapide) ou 60 minutes avant (crèmes à action lente).
- » **Lidocaïne en injection** – Les crèmes topiques ne gèlent que les premiers millimètres de la surface cutanée. La ponction lombaire nécessite une injection plus profonde, soit d'environ 1-3 mL de lidocaïne 1-2 % (ne pas excéder 4 mg/kg/dose, MAX 300 mg/dose). Réchauffer et modifier le pH de la lidocaïne tel que décrit ci-dessus.

Considérations spéciales pour les enfants ayant des besoins particuliers

Les enfants ayant des besoins particuliers (ex. autisme, trouble du développement, non verbal) peuvent ne pas percevoir, rapporter, ou répondre au traitement de la douleur de la même façon que les autres. Voir les [Recommandations TREKK sur la déficience intellectuelle et les troubles du développement](#). Considérer les suivants :

- » **Demander au parent/gardien!** C'est les parents/gardiens qui savent ce qui convient le mieux à leur enfant.
- » Considérations sensorielles : tamiser la lumière, réduire le bruit, et avoir un minimum de personnel dans la pièce.
- » Sous certaines circonstances (ex. agitation extrême), il pourrait être nécessaire d'avoir recours à un anxiolytique ou à une sédation procédurale et de regrouper toutes les procédures à la fois.

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour la prise en charge de la douleur procédurale chez l'enfant. Ce sommaire est produit par les conseillers sur la douleur du réseau TREKK, Dr Samina Ali du *Stollery Children's Hospital* et Dr Amy Drendel du *Medical College of Wisconsin*. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liés à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation. Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

1. Trottier E, Doré-Bergeron MJ, Chauvin-Kimoff L, Baerg K, Ali S. [Managing Pain and Distress in Children Undergoing Brief Diagnostic and Therapeutic Procedures](#). *Paediatr Child Health* 2019; 24(8):509-521.
2. Drendel AL, Ali S. [Ten Practical Ways to Make Your ED Practice Less Painful and More Child-Friendly](#). *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. Volume 18, Issue 4, December 2017, 242-255.
3. Ali S, McGrath T, Drendel AL. [An Evidence-Based Approach to Minimizing Acute Procedural Pain in the Emergency Department and Beyond](#). *Pediatr Emerg Care* 2016;32(1):36-42.
4. Committee on Fetus and Newborn & Section on Anesthesiology and Pain Medicine. [Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update](#). *Pediatrics* 2016; 137(2):e20154271.
5. The Canadian Association of Paediatric Health Centres, Knowledge Exchange Network. [Acute Procedural Pain: Paediatric Recommendations and Implementation Toolkits](#). (Accessed online, August 2016).