

Douleur de l'enfant

Chantal Wood

*Pédiatre, anesthésiste-réanimatrice, responsable de l'unité de la douleur,
hôpital Robert-Debré, Paris*

PROBLÉMATIQUE DE LA DOULEUR DE L'ENFANT

C'est une population hétérogène allant de 0 à 15 ans, voire 20 ans dans certains services.

Il est difficile d'évaluer la douleur dans cette population :

- en effet l'enfant et l'adolescent s'expriment différemment de l'adulte, ce qui peut gêner la relation thérapeutique, fondée sur une bonne communication ;
- la douleur est biphasique avec une phase initiale « bruyante » suivie d'une phase d'inertie psychomotrice apparaissant plus ou moins rapidement, réalisant un tableau souvent méconnu des soignants, parfois à l'origine d'une méconnaissance de la douleur ;
- il faut utiliser souvent différentes échelles pour évaluer la douleur, chacune ayant sa spécificité ;
- certains enfants, pourtant en âge de le faire, refusent de s'évaluer.

Par ailleurs, un certain nombre de douleurs ne sont pas rapportées par les patients et l'accès aux soins est dépendant des parents ou d'un tiers. Enfin, n'oublions pas que le nombre de spécialistes de l'enfant est en décroissance : il y a peu de pédiatres et encore moins de praticiens ayant suivi une formation sur la douleur spécifique à l'enfant.

PLAN 2002-2005

Ce plan a permis de sensibiliser les professionnels de santé et de progresser significativement sur plusieurs points.

Dans la douleur provoquée, on utilise plus largement certains médicaments, dont la pommade EMLA®.

Le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote a retrouvé sa place grâce aux travaux du Dr Daniel Annequin.

On parle beaucoup plus de la migraine, qui touche 5 à 8 % des enfants, mais seul un centre spécifique de migraine pédiatrique a été ouvert pour toute la population française.

Le plan gouvernemental et la médiatisation ont permis une meilleure information aux familles.

Les formations concernant la douleur de l'enfant sont plus nombreuses avec un programme de formation des professionnels de santé et le module 6 des études médicales qui comporte une partie spécifique sur la douleur de l'enfant.

QUE RESTE T-IL À FAIRE ?

1. Il faut continuer les efforts sur les objectifs déjà définis :

- améliorer la prise en charge des douleurs avec une évaluation systématique chez tous les malades ;
- diminuer la douleur provoquée en favorisant l'uniformisation des pratiques et la prise en charge des patients ;
- créer de nouveaux centres prenant en charge les céphalées ;
- continuer la formation du personnel soignant ;
- mieux informer les malades et leurs familles.

2. Il est nécessaire de mieux dépister la douleur chronique de l'enfant.

Celle-ci peut survenir lors de maladies chroniques plus ou moins précocement au cours de leur évolution :

- cancer : 1800 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chez l'enfant par an ; la douleur est présente chez 50 à 70 % des malades ;
- sida : environ 800 cas ont été recensés en 2003, la douleur est présente chez 60 % des malades ;
- drépanocytose : son incidence est de 1/1100 naissances en Île-de-France ;
- mucoviscidose : son incidence est de 1/3500 naissances ; la douleur est présente chez 84 % des patients ;
- maladies neuromusculaires, maladies métaboliques héréditaires-dégénératives, maladies digestives, etc.

Il n'est pas possible de dresser une liste exhaustive des affections pédiatriques dont la douleur peut être, à un moment ou à un autre, un symptôme.

Mais la douleur chronique existe aussi chez des patients sans pathologie grave.

Dans une étude récente de Perquin [11] portant sur 6636 enfants âgés de 0 à 18 ans, 25 % ont rapporté une douleur récurrente ou continue supérieure à 3 mois et 24,2 % avaient une douleur qui durait moins de 3 mois. Les douleurs les plus fréquentes étaient les douleurs des membres, les céphalées et les douleurs abdominales. La fréquence de ce type de douleur augmente avec l'âge.

D'autres études soulignent la même fréquence de ces douleurs (tableau 1).

Dans ce type de pathologie, il est nécessaire de faire un dépistage précoce. En effet, une étude de Watson [16] montre que chez 1446 enfants âgés de 11 à 14 ans, 28 % présentent des lombalgies. Peu de parents sont au courant des douleurs de

Tableau 1. Extrait de données de prévalence des douleurs chroniques chez l'enfant.

	<i>Âge (années)</i>	<i>Prévalence</i>	<i>Référence</i>
Gonalgie	9–10 14–15	3,1 % (filles)/4,8 % (garçons) 19,8 % (filles)/16,8 % (garçons) (n = 856)	Vähäsarja, 1995 [15]
Dorsalgie	11, 13, 15, 17 10–12	7,6 % (n = 370) 17,3 % (n = 564)	Salminen, 1984 [13] El-Metwally et al., 2004 [4]
Lombalgie	14 7–16 10–12	7,8 % (n = 1377) 9,4 % (filles)/10,1 % (garçons) (n = 1171) 11,7 % (n = 564)	Salminen et al., 1992 [12] Taimela et al., 1997 [14] El-Metwally et al., 2004 [4]
Cervicalgie	10–12	46,4 % (n = 564)	El-Metwally et al., 2004 [4]
Arthrite chronique juvénile	0–15	64,1–86,3/100 000 (n = 386 817)	Gare and Fath, 1992 [5]
Fibromyalgie	9–12 9–15	1,25 % (n = 1756) 6 % (n = 338)	Mikkelsen et al., 1997 [8] Buskila et al., 1993, 1995 [2, 3]
Douleurs de croissance	4–15 6–7 10–11 6–19 10–12	4,2 % (n = 721) 13,6 % (n = 257) 19,8 % (n = 419) 15,5 % (n = 2178) 13,3 % (n = 480)	Naish and Apley, 1951 [9] Brenning, 1960 [1] Oster et Neilsen, 1972 [10] Keinanen-Kiukaanniemi et al. [Pain 1995; 61: 451-7]

l'enfant ; 20 %, soit 309 enfants avaient des douleurs récidivantes mais uniquement 62, soit 20 % d'entre eux, avaient consulté.

Le dépistage précoce semble nécessaire ; en effet, selon une autre étude publiée en 1995 [6], 84 % des enfants ayant consulté avant l'âge de 15 ans avaient mal au dos 25 ans plus tard.

QUE FAUT-IL FAIRE ?

1. Mieux dépister et prendre en charge les pathologies douloureuses chroniques et le handicap :

- en créant des centres de traitement de la douleur de l'enfant ;
- en créant des centres pour adolescents ;
- en favorisant la création d'unités mobiles de douleur et de soins palliatifs en pédiatrie.

2. Aider les familles dans la prise en charge des enfants médicalement lourds :

- en créant un réseau de bénévoles ;
- en créant des « lieux de répit » en s'inspirant de l'expérience britannique.

3. Aider à l'extension des techniques de *coping* ou des techniques cognitivo-comportementales de prise en charge de ces patients afin de diminuer la surconsommation de médicaments, en augmentant le nombre de postes de psychologues ou de psychiatres dans les hôpitaux pédiatriques et dans les centres de traitement de la douleur.

4. Améliorer la formation et l'éducation des familles :

- sur ces techniques de prise en charge non médicamenteuses de la douleur ;
- sur l'hygiène de vie et la gestion du stress.

Références

- 1 Brenning R. Douleurs de croissance (en suédois). *Sven Lakartidn* 1960 ; 57 : 85-103.
- 2 Buskila D, Neumann L, Hershman E, Gedalia A, Press J, Sukenik S. Fibromyalgia syndrome in children – an outcome study. *J Rheumatol* 1995 ; 22 : 525-8.
- 3 Buskila D, Press J, Gedalia A, Klein M, Neumann L, Boehm R, Sukenik S. Assessment of non-articular tenderness and prevalence of fibromyalgia in children. *J Rheumatol* 1993 ; 20 : 368-70.
- 4 El-Metwally A, Salminen JJ, Auvinen A, Kautiainen H, Mikkelsen M. Prognosis of non-specific musculoskeletal pain in preadolescents : a prospective 4-year follow-up study till adolescence. *Pain* 2004 ; 110 ; 550-9.
- 5 Gare BA, Fasth A. Epidemiology of juvenile chronic arthritis in southwestern Sweden : a 5-year prospective population study. *Pediatrics* 1992 ; 90 : 950-8.
- 6 Harreby M, Neergard K, Hesselsoe G, Kjer J. Are radiologic changes in the thoracic and lumbar spine of adolescents risk factors for low back pain in adults ? *Spine* 1995 ; 20 : 2298-302.
- 7 Mc Grath PA. Chronic pain in children. In : Crombie IK. *Epidemiology of pain*. Seattle : IASP Press ; 1999. p. 81-101.
- 8 Mikkelsen M, Sourander A, Piha J, Salminen JJ. Psychiatric symptoms in preadolescents with musculoskeletal pain and fibromyalgia. *Pediatrics* 1997 ; 100 : 220-7.
- 9 Naish JM, Apley J. « Growing pains » : a clinical study of non-arthritic limb pains in children. *Arch Dis Child* 1951 ; 26 : 134-40.
- 10 Oster J, Nielsen A. [Growing pains. A clinical investigation of a school population]. *Acta Paediatr Scand* 1972 ; 61 : 329-34.
- 11 Perquin CW, Hazebroek-Kampschreurb AAJM, Hunfeld JAM, Bohnen AM, Van Suijlekom-Smit LWA, Passchier J, et al. Pain in children and adolescents : a common experience. *Pain* 2000, 87 ; 51-8.
- 12 Salminen JJ, Pentti J, Terho P. Low back pain and disability in 14-year-old schoolchildren. *Acta Paediatr* 1992 ; 81 : 1035-9.
- 13 Salminen JJ. The adolescent back. A field survey of 370 Finnish schoolchildren. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1984 ; 315 : 1-122.
- 14 Taimela S, Kujala UM, Salminen JJ, Viljanen T. The prevalence of low back pain among children and adolescents. A nationwide, cohort-based questionnaire survey in Finland. *Spine* 1997 ; 22 : 1132-6.
- 15 Vahasarja V. Prevalence of chronic knee pain in children and adolescents in Northern Finland. *Acta Paediatr* 1995 ; 84 : 803-5.
- 16 Watson KD, Papageorgiou AC, Jones GT, Taylor S, Symmons DPM, Silman AJ, et al. Low back pain in schoolchildren : occurrence and characteristics. *Pain* 2002 ; 97 : 87-92.