

SOINS INFIRMIERS

L'INFIRMIER(E) D'ORGANISATION DE L'ACCUEIL (IOA)

1. Rassure l'enfant et ses parents, explique les étapes suivantes.
2. Caractérise la douleur.
3. Recueille les paramètres cliniques et paracliniques : conscience, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO₂, température, poids, pression artérielle. Note ces éléments sur le dossier patient.
4. Détecte une détresse vitale (état de choc, pâleur, sueurs, ...).
5. Appelle le médecin et oriente le patient vers le secteur approprié.
6. Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA, FPS-R (Face Pain Scale - Reviscal ou échelle des 6 visages), OPS). Note ces éléments sur le dossier patient.
7. Recueille le maximum d'informations auprès des parents et dans le carnet de santé (vaccins, hospitalisations, allergie).
8. Dispose de l'autorisation de soins aux mineurs.

L'INFIRMIER(E) DES URGENCES

1. Sur prescription médicale et/ou selon protocole pré-établi :
 - met en route le traitement antalgique après contrôle d'absence d'allergie ou de contre-indication,
 - vérifie l'absence d'incompatibilité physico-chimique avec les autres traitements en cours (si traitement IV). En cas de doute, prévient le médecin.
2. Rassure le patient et explique les gestes entrepris.
3. Surveille les paramètres cliniques et paracliniques : pression artérielle, conscience, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO₂, température. Note ces éléments sur le dossier patient.
4. Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA, FPS-R, OPS). Note ces éléments sur le dossier patient.
5. Explique au patient et à la famille, les consignes d'orientation et/ou de sortie et de suivi, s'assure de la compréhension de la feuille de recommandations remise au patient à sa sortie du SAU.

Références bibliographiques

1. Ricard C. L'utilisation des anesthésiques locaux. In Dommergue JP, Fournier-Charrière E (eds) : Douleur et Urgences chez l'enfant : Arnette Blackwell 1995 : 33.
2. Young KD. Pediatric procedural pain. Ann. Emerg. Med. 2005 ; 45 : 160-71.
3. Farion KJ et al. Tissue adhesives for traumatic lacerations : a systematic review of randomized controlled trials. Acad. Emerg. Med. 2003 ; 10 : 110-8.
4. SFAR, SAMU de France et Société francophone de médecine d'urgence. Conférence d'expert. Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation, dans le cadre des urgences. In : la collection de la SFAR. Paris, Elsevier 2004. (www.sfar.org)
5. Murat I, Gall O, Tourniaire B. Procedural pain in children: evidence-based best practice and guidelines. Reg. Anesth. Pain Med. 2003 ; 28 : 561-72.
6. Mace SE, et al. Clinical policy : evidence-based approach to pharmacologic agents used in pediatric sedation and analgesia in the emergency department. Ann. Emerg. Med. 2004 ; 44 : 342-377.
7. Piira T, et al. The role of parental presence in the context of children's medical procedures : a systematic review. Child Care Health Develop. 2005 ; 31 : 233. <http://www.pediadol.org>

ÉTABLISSEMENT

GÉNÉRALITÉS

- L'effraction cutanée est à l'origine d'une douleur aiguë par excès de nociception variable selon la localisation de la plaie.
- Les plaies des extrémités sont plus douloureuses, les plaies du visage plus anxiogènes¹.
- L'anxiété est indissociable de la douleur chez le jeune enfant et en majore la perception. Elle doit être soulagée dès l'arrivée par une mise en confiance de l'enfant et de ses parents en les rassurant puis en les informant clairement sur le déroulement des soins, l'évaluation de la douleur et les moyens médicamenteux ou techniques analgésiques qui seront utilisés^{1,2}.

TECHNIQUES DE RÉALISATION

LES SUTURES DE PLAIES

- Elles sont très fréquemment réalisées aux urgences pédiatriques. Selon les plaies, il s'agit de sutures par des points à l'aide de fils résorbables ou non, de sutures par agrafes ou encore par colle ou bandes adhésives.

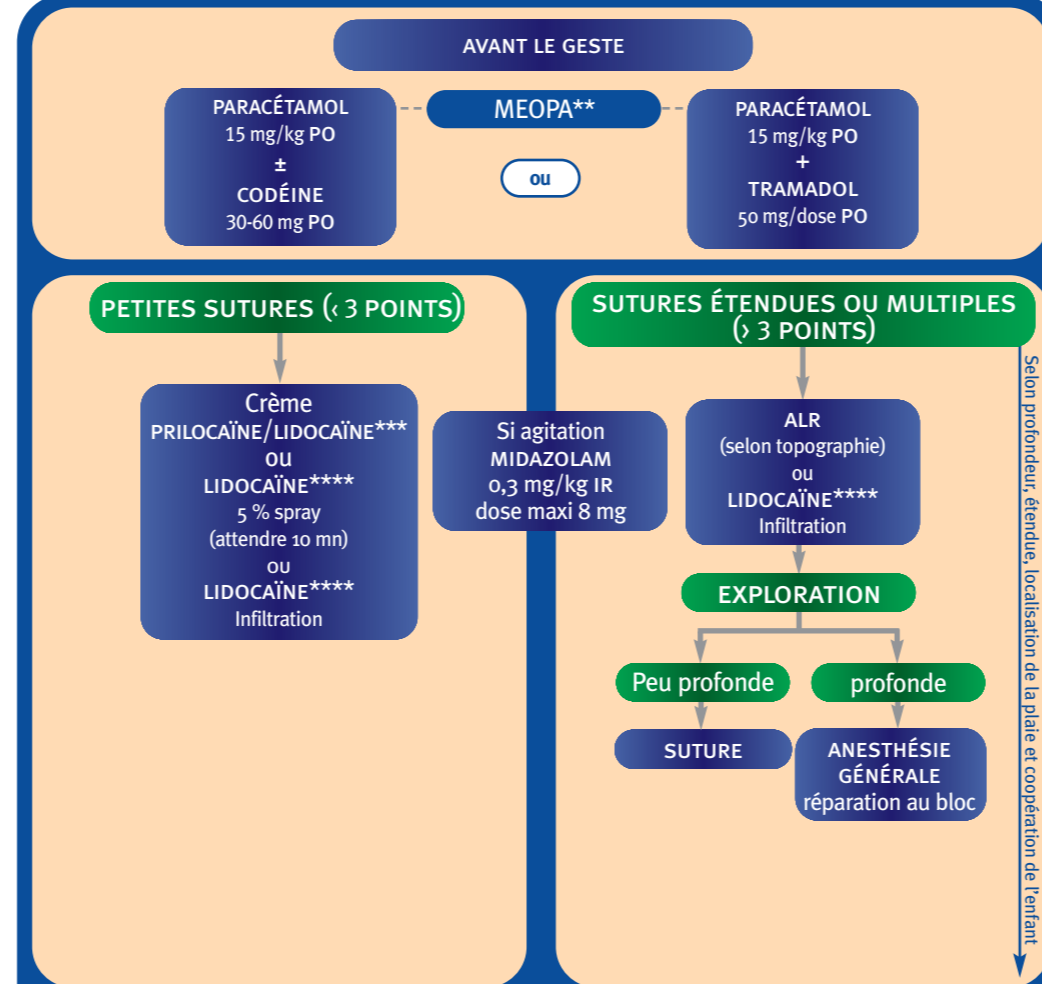
LES COLLES

- Elles seront préférées aux sutures chaque fois que cela est possible : plaie de taille limitée, peu profonde, nette et propre, située en dehors des zones de tension et des zones chevelues³.

PLAIES PARTICULIÈRES

- Plaies de doigt**
Anesthésie locale par un bloc tronculaire (bloc de la gaine des fléchisseurs⁴ pour les gestes courants des 3^{ème} et 4^{ème} doigts, anesthésie intercommissurale réalisée dans la commissure dorsale de chaque côté). Test aspiratif, injections lentes, contact verbal.
- Plaies de la langue** ou de la muqueuse jugale
 - Pas de suture si la longueur est inférieure à 1 cm.
 - Si des points sont nécessaires, une anesthésie générale est le plus souvent indiquée. Chez un grand enfant, une anesthésie de contact par :
 - solution de lidocaïne 5 % à la naphazoline : 0,5 ml/10 kg (> 6 ans)⁴
 - lidocaïne en spray : 1 pulvérisation/10 kg (< 6 ans) ; 2 à 4 pulvérisation/10 kg (> 6 ans)⁴
- Plaies de la lèvre et du nez**
 - Du fait de la minutie du geste et du caractère très anxiogène, une anesthésie générale est souvent nécessaire chez le petit enfant.
 - Pour les plus grands l'utilisation d'un masque nasal de MEOPA** peut être proposée¹ pour les plaies de la lèvre.
- Plaies profondes ou étendues** (durée de réparation supérieure à 20 mn)
 - Elles justifient d'abord un traitement antalgique puis une anesthésie générale au bloc opératoire pour exploration et réparation.

STRATÉGIE D'ANALGÉSIE



COMPLÉMENT D'ANALGÉSIE

- La kétamine** : largement utilisée dans les pays anglo-saxons en dehors des blocs opératoires mais peu en France, est intéressante car associe une sédation profonde tout en conservant une autonomie respiratoire. Les doses recommandées sont de 0,5 à 1 mg/kg IV ou 2 à 4 mg/kg IR.
- Utiliser avec précaution l'association kétamine/midazolam en raison du risque de sédation excessive.

** MEOPA : mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote.

*** Application 20 min, 0,15 mg/kg. Dose maximum : 5 mg.

**** Lidocaïne non adrénalinée : 5 mg/kg, lidocaïne adrénalinée : 7 mg/kg.

SPÉCIFICITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

- L'inhalation de MEOPA**** est simple et répond à plusieurs objectifs : anxiolyse, sédation et analgésie avec une très grande sécurité. Néanmoins 10 à 30 % d'échecs sont observés et ses effets sont beaucoup moins marqués chez le jeune enfant (< 3 ans)^{2,5}.
- L'association du MEOPA** à des anesthésiques locaux** est recommandée pour les sutures, prévoir une alternative en cas d'échec^{2,5,7}.
- L'infiltration** : l'anesthésique local recommandé est la lidocaïne à la dose maximale de 5 mg/kg sans adrénaline et de 7 mg/kg avec adrénaline⁶. On utilise des aiguilles fines (22 à 25 Gauge). L'infiltration part toujours des berges de la plaie et non de la peau saine. L'effet s'installe en 5 à 10 min^{1,2,5}.
- L'installation** de l'enfant doit se négocier pas à pas, alliant explications, distractions adaptées à l'âge et contention douce pour que le geste se fasse dans une position acceptée et confortable^{1,2,7}.
- La présence parentale** pendant le soin participe largement à l'anxiolyse et doit être favorisée et accompagnée^{1,7}.
- L'organisation du soin** comprend la préparation du matériel hors de la vue de l'enfant et la participation des parents. Les conditions de sécurité pour une analgésie et/ou une sédation plus lourde doivent être réunies^{1,2}.
- L'évaluation de la douleur** doit se faire simultanément dès l'arrivée aux urgences pour mieux guider la thérapeutique.
 - Chez l'enfant de plus de 6 ans : on utilise l'auto-évaluation à l'aide d'une réglette (EVA) ou une échelle numérique (EN) cotées de 0 à 10 ou encore l'échelle des visages pour les plus jeunes, parfois dès 3 ans.
 - Chez les plus petits on peut utiliser une échelle comportementale telle l'OPS (Objective Pain Scale). L'essentiel est de conserver le même outil pendant la durée du séjour aux urgences (Voir la fiche Evaluation de la douleur de l'enfant).

DEVENIR DU PATIENT

- La douleur d'une plaie persiste après sa fermeture surtout au niveau des extrémités.
- Prescription systématique d'antalgiques per os**
- Paracétamol (15 mg/kg toutes les 6 h) pendant 2 ou 3 jours ;
 - ± Codéine (0,5 à 1 mg/kg toutes les 4 à 6 h) ou tramadol (1 à 2 mg/kg toutes les 6 à 8 h) en cas d'échec.
- Si pansement nécessaire**
- Pommade ou tulle gras pour éviter que les compresses ne collent en séchant.
 - Chez le petit enfant, faire un pansement large (prenant toute la main pour les plaies de doigt).
- Ablation des fils**
- Une application de crème prilocaïne/lidocaïne sera prescrite avant l'ablation pour éviter la douleur en cas de fils incarcérés.