

SOINS INFIRMIERS

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

1. Rassure le patient 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 l'enfant. Note ces éléments sur le dossier patient.
7. Recueille le maximum d'informations auprès des parents et du carnet de santé (vaccins, hospitalisations, allergies, autorisation de soins, heure de la dernière prise alimentaire).

L'INFIRMIER(E) DES URGENCES

1. 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.
2. 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, prévenir le médecin.
3. Rassure le patient et explique les gestes entrepris.
4. Surveille les paramètres cliniques et paracliniques : pression artérielle, conscience, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO₂, température. 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

1. Chéron G, Cojocaru B, Bocquet N, Wille C. Analgésie aux urgences pédiatriques. EMC – Médecine 2004.
2. Alexander J, Manno M. Underuse of analgesia in very young pediatric patients with isolated painful injuries. Ann. Emerg. Med. 2003 ; 41 : 617-22.
3. Somers LJ, Beckett MW, Sedgwick PM, Hulbert DC. Improving the delivery of analgesia to children in pain. Emerg. Med. J. 2001 ; 18 : 159-61.
4. ANAES. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de un mois à 15 ans. Texte des recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Arch. Pédiatr. 2001 ; 8 : 420-32.
5. Annequin D, Tournaire B, Lombart B. L'essentiel de l'évaluation de la douleur et de la prescription antalgique en pédiatrie. Pédiaol. 2004. www.pediaol.org
6. Berde CB, Sethna NF. Analgesics for the treatment of pain in children. N. Engl. J. Med. 2002 ; 347 : 1094-103. http://www.pediaol.org

ÉTABLISSEMENT

Avec le parrainage de l'

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR
Un engagement de Bristol-Myers Squibb



DOULEURS ABDOMINALES CHEZ L'ENFANT*

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon - Axel Ellrodt - Pierre-Yves Gueugniaud - Bruno Garrigue
RÉDACTEURS : Sandrine Essouri - Frédéric Aubrun - Axel Ellrodt - Marc Freysz - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frédéric Lapostolle - Anne Le Berre - Elisabeth Menthonnex - Agnès Ricard-Hibon - Christine Vitoux - Chantal Wood

GÉNÉRALITÉS

DOULEUR

- La douleur abdominale aiguë est l'un des motifs les plus fréquents de consultation aux urgences pédiatriques qu'elle soit traumatique, chirurgicale ou médicale¹. Il n'y a aucune contre-indication au traitement antalgique, même lorsque que le diagnostic n'est pas connu, ce qui est le plus souvent le cas dans les douleurs abdominales de l'enfant surtout en pré-hospitalier.
- La douleur de l'enfant est insuffisamment prise en charge, elle est souvent moins traitée et moins efficacement que chez l'adulte².
- La prise en charge de la douleur est améliorée de manière très significative par la sensibilisation des personnels soignants et l'introduction de protocoles³.

* Sous la responsabilité des auteurs

SPÉCIFICITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

- La douleur doit être évaluée et traitée sans délai par des moyens médicamenteux adaptés à son intensité et éventuellement à son étiologie.
- Le traitement antalgique médicamenteux, seul ou en association, a pour objectif une analgésie rapide pour ramener la douleur en dessous d'un seuil EVA de 3/10 ou équivalent, et permettre à l'enfant de reprendre ses activités.
- L'existence d'effets secondaires doit systématiquement être recherchée.
- Après la prise en charge initiale, il faut adapter la prescription à la douleur résiduelle qui doit être régulièrement réévaluée. Afin de limiter les erreurs de mesure, le même outil d'évaluation sera utilisé^{5,6}.

ANTALGIQUES UTILISÉS EN PÉDIATRIE

	Dose mg/kg/j	Dose mg/kg	Durée (heures)	Voie
Palier 1				
Paracétamol	60	15	6	PO, rectale
Paracétamol injectable	60	15	6	IV
Acide acétylsalicylique	60-80	15-20	6	PO, IV
Naproxène	10	5	8	PO > 25 kg Rectale > 15 ans
Acide tiaprofénique	10 à 15	5	8	PO > 15 kg
Acide niflumique	40-80	40	8	PO, rectale > 6 mois
Ibuprofène	20-30	5 à 8	4	PO
Kétoprofène	5	2	8	PO, IV > 15 ans
Palier 2a				
Codéine	2 à 4	0,5 à 1	6	PO > 1 an
Codéine + Paracétamol	2 à 5	0,5 à 1	6	PO
Dextropropoxyphène	3 à 10	3	4	PO > 15 ans
Idem + paracétamol	3 à 10	3	4	PO > 15 ans
Palier 2b				
Nalbuphine	0,2-0,3		4	IV, IR
Palier 3				
Morphine IV	Bolus 0,1 mg/kg + PCA ou perfusion continue de 0,5-1 mg/kg/j			

STRATÉGIE D'ANALGÉSIE

