

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DE L'ENFANT AUX URGENCES

EVALUATION AND MANAGEMENT OF THE CHILD'S PAIN IN EMERGENCIES

L. GARGOURI ^{1,3,*}, M. JERBI ^{1,3}, F. SAFI ^{1,3}, M. CHAABENE ^{1,3}, A. TRIKI ^{1,3}, N. REKIK ^{2,3},
O. CHAKROUN ^{2,3} ET A. MAHFOUDH ^{1,3}

1 : Service de Pédiatrie, Urgence et de Réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker. Sfax – Tunisie

2 : SAMU. CHU Habib Bourguiba. Sfax - Tunisie

3 : Faculté de Médecine, Université de Sfax-Tunisie

Résumé

*e-mail de l'auteur correspondant : drgargourilamia@gmail.com

Introduction : La douleur reste sous estimée et moins bien traitée particulièrement chez l'enfant.

Patients et méthodes : Etude prospective colligeant les enfants âgés de 4 ans ou plus, qui se sont présentés aux urgences pédiatriques pour douleur non traumatique, durant une période de 9 jours du 04/12/2017 au 12/12/2017. Les parents ont été contactés par téléphone après 10 jours pour apprécier l'évolution de la douleur de l'enfant.

Résultats : Nous avons colligés 90 patients avec un sexe ratio de 1,1 et une médiane d'âge de 6,5 ans. L'échelle de visages a été utilisée dans 95% des cas pour quantifier la douleur. La douleur a été jugée intense dans 50% des cas. Le paracétamol per os a été prescrit aux urgences chez 12% des patients. Une ordonnance avec la prescription d'un traitement antalgique a été délivrée à la sortie des urgences dans 78 % des cas.

Conclusion : L'évaluation de la douleur est une étape indispensable à la prise en charge thérapeutique

Mots clés : Douleur ; Evaluation ; Antalgique ; Enfant

Abstract

Introduction: Pain remains underestimated and poorly treated particularly for children.

Patients and methods: A prospective study collects children aged 4 years or older, who presented to the pediatric emergency department for non-traumatic pain, during a period of 9 days from 04/12/2017 to 12/12 / 2017. The parents were contacted after 10 days to assess the progress of their child's pain.

Results: We collected 90 patients with a sex ratio of 1.1 and a median age of 6.5 years. The face scale was used in 95% of cases. The pain was found to be intense in 50% of cases. Oral paracetamol was prescribed in emergencies in 12% of patients. The prescription of an analgesic treatment was issued at the exit of emergencies in 78% of the cases.

Conclusion: Assessment of pain is an essential step in therapeutic management

Keywords: Pain; Evaluation ; Analgesic; Child

ملخص

مقدمة: يبقى الألم مقللاً من الواقع المعاش لدى المريض ولا يعالج بشكل جيد ولا سيما لدى الأطفال. المرضى والأساليب: تجمع الدراسة الاستقصائية الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4 سنوات أو أكثر، والذين قدموا لقسم الاستعجالي للأطفال من أجل الألم غير ناجم عن رضوض، خلال فترة 9 أيام من 04/12/2017 إلى 12/12/2017. تم الاتصال بالوالدين عن طريق الهاتف بعد 10 أيام لتقييم تطور الألم لدى الطفل.

النتائج: جمعنا 90 مريضاً بنسبة جنس بلغت 1.1 و وسط عمر يبلغ 6.5 عاماً. تم استخدام مقياس الوجه في 95% من الحالات. تم تقييم الألم من النوع الحاد في 50% من الحالات. تم وصف الباراسيتامول عن طريق الفم في حالات الاستعجالي لدى 12% من المرضى. وقع وصف علاج مسكن عند الخروج من قسم الاستعجالي في 78% من الحالات. الاستنتاج: يعتبر تقييم الألم خطوة أساسية في الإدارة العلاجية

الكلمات المفتاحية: الألم ; التقييم ; مسكن ; الطفل

INTRODUCTION

La douleur constitue un motif fréquent de consultation aux urgences [1]. La douleur doit être reconnue, évaluée et traitée, quel que soit l'âge. Des recommandations ont été émises par différentes sociétés savantes concernant la prise en charge de la douleur aux urgences pédiatriques [2-4]. Les objectifs de ce travail sont de décrire les caractéristiques épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques des enfants consultant aux urgences pédiatriques pour douleur non traumatique.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle incluant de façon consécutive les enfants d'âge supérieur ou égale à quatre ans consultant pour douleur non traumatique à l'unité des urgences pédiatriques du service de pédiatrie, urgences et réanimation pédiatriques du CHU Hédi Chaker à Sfax, durant une période de 9 jours allant du 4 décembre 2017 au 12 décembre 2017. Ont été exclus les patients âgés de plus de 14 ans, ceux ayant un handicap ou autre état clinique entravant un interrogatoire bien mené, ainsi que les enfants ayant une notion de traumatisme récent ou qui ont refusé de participer à cette étude.

L'étude s'est déroulée en deux étapes. Les deux périodes ont été assurées par deux médecins dédiés pour la collecte des données et le suivi par téléphone de tous les patients. *La première étape de l'étude* étant à l'arrivée au box de consultation des urgences ; l'un des deux médecins a conduit l'interrogatoire concernant la douleur pour laquelle a consulté le patient. Une évaluation de l'intensité de la douleur a été assurée par l'échelle de visages (Figure 1). Cette échelle est appliquée à l'enfant à partir de l'âge de 4 ans.

Le médecin de l'étude a expliqué aux parents qu'ils seraient recontactés par téléphone après 10 jours pour prendre des nouvelles de leur enfant. Le patient est ensuite examiné et pris en charge, par les urgentistes.

Les différentes données cliniques, paracliniques, thérapeutiques du patient ainsi que le diagnostic définitif retenu aux urgences ont été consignés par le premier médecin.

La deuxième étape de l'étude a consisté en un appel téléphonique à J10. Cet appel avait pour but de vérifier l'évolution du patient en ce qui concerne le symptôme pour lequel il a consulté aux urgences et son observance du traitement prescrit aux urgences. Les variables étudiées ont été de type *démographiques* (âge, sexe, origine du patient), *anamnestiques* comprenant les antécédents du patient, les circonstances de consultations aux urgences (jour et heure de consultation, moyens d'arrivée aux urgences, nombre d'accompagnant par patient) ainsi que les données relatives au symptôme douleur (mode de début, ancienneté, intensité, type et localisation, moyens de prise en charge, délais de prise en charge), *cliniques, paracliniques, thérapeutiques* (moyens de gestion de la douleur aux urgences, demande d'avis spécialisé, décision spécifique de la prise en charge étiologique de la douleur) et *évolutives* (Devenir immédiat du patient et à J 10).

Les données recueillies ont été exploitées par les logiciels : SPSS (version 18) et EXCEL (version 17). L'étude statistique a comporté deux étapes. Une étude descriptive de la population avec un calcul des paramètres relatifs aux différentes variables étudiées. L'âge moyen des patients était exprimé en Moyenne \pm Déviation Standard (SD). Le délai de prise en charge était exprimé en minutes et associé avec les valeurs extrêmes. Les autres résultats étaient exprimés en pourcentage (%). Une étude analytique comparant les deux groupes de patients : « Echelle de visage intense » et « non intense ». Nous avons utilisé le test de Chi-Deux X^2 pour la comparaison des fréquences, le test de Student pour la comparaison des moyennes, le test de corrélation bi variée de Pearson pour comparer les variables quantitatives. La valeur seuil de signification a été à $p=0,05$. La différence a été jugée significative si $p < 0,05$.

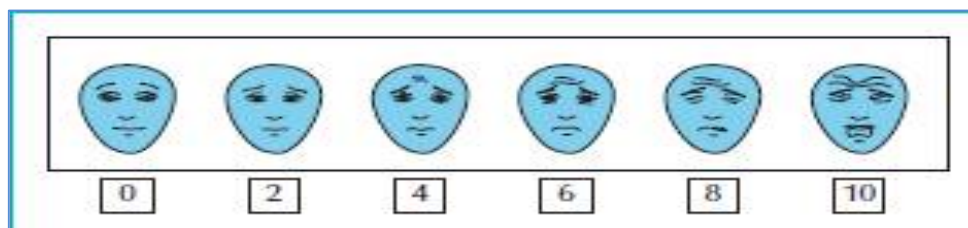


Figure 1 : Echelle de visage : « Montre-moi le visage qui a mal autant que toi » [5].

RESULTATS

Durant la période d'étude, il y a eu 852 passages aux urgences. Nous avons colligés 90 enfants algiques, soit une moyenne de 10,56 % des consultants aux urgences. L'âge moyen des patients était de 7,4 ans (+/-2,7) avec un sexe ratio de 1,1. La médiane des âges était de 6 ans et demi avec des extrêmes de 4 et 13 ans. Le patient était issu d'une zone rurale dans 12% des cas. La période de travail nocturne a été légèrement plus importante en termes de fréquence d'inclusion de patients (38%). Les deux autres périodes (matin et après midi) ont été équivalentes (31%). Tous les patients sont arrivés par leurs propres moyens. Deux accompagnants ont été présents aux cotés de l'enfant au cours de sa prise en charge dans la majorité des cas. Le délai d'attente a été en moyenne de 24 minutes. Ce délai a varié entre 4 min et 60 min.

C'est l'intensité de la douleur qui a motivé le plus les parents à consulter en urgence (47,8%). L'installation de la douleur a été brutale pour 73,3% des patients et progressive chez les autres (26,7%). Il s'agissait du premier épisode douloureux chez 83,3% des patients. Dans la majorité des cas (84,4 %), aucune prise en charge de la douleur n'a été rapportée avant la consultation aux urgences. Une consultation préalable aux urgences a été réalisée pour 5,5% des patients remontant à plus qu'une semaine pour tous les cas. L'intensité de la douleur a été évaluée par l'échelle de visage et a été estimée intense dans 50% des cas modérée dans 37,8% des cas et de faible intensité dans 7,8 % des cas. L'intensité de la douleur n'a pas pu être évaluée pour 4 patients âgés de 4 à 6 ans parce qu'ils ont trouvé des difficultés dans l'assimilation de cette échelle et la distinction entre les différents visages. La douleur était essentiellement localisée au niveau abdominal (figure 2).

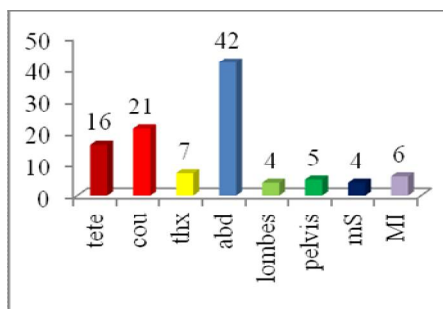


Figure 2: Répartition des patients selon la localisation de la douleur.

L'existence de deux localisations ou plus a été décrite par 12,2 % des patients liées essentiellement à l'association d'angine et de gastroentérite. Une irradiation de la douleur a été notée dans 2 cas.

Parmi les antécédents médicaux, certaines pathologies pourvoyeuses de douleur ont été rapportées y compris la constipation chronique, le rhumatisme articulaire aigu, la sinusite et la péricardite. Chaque enfant a bénéficié d'un examen physique complet et ciblé par l'interrogatoire. Les données anamnestiques et cliniques ont orienté vers au moins une étiologie probable présentée par les étiologies digestives dans la plupart des cas (40%) suivi par les causes ORL (27,7%) et les urgences chirurgicales (15,5%). Les causes urologiques ont été suspectées dans 11% cas (Figure 3).

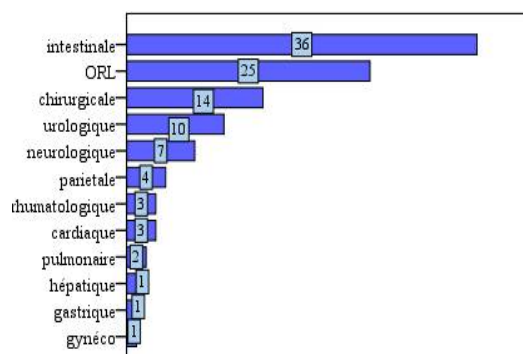


Figure 3: Répartition des effectifs des patients selon la première étiologie suspectée par le médecin des urgences.

Une exploration para-clinique a été jugée nécessaire chez 38% des patients.

Un avis spécialisé a été demandé chez 32% patients. Le spécialiste a éliminé toute urgence chez 23,33% patients. Pour la majorité des patients (72%), le diagnostic retenu a été en rapport avec une pathologie qui aurait pu être suivie et prise en charge par le médecin de famille ou une structure sanitaire de base (angine, bronchite, otite, gastroentérite..). Une urgence médicale (crise d'asthme sévère, RAA, crise de migraine) a été retenue chez 6 patients. Une urgence chirurgicale (appendicite) a été retenue dans un cas unique. Une infection urinaire a été diagnostiquée chez 8 patients et une pathologie chirurgicale différée (hydrocèle, hernie inguinale) dans 2 cas. Un seul patient a été perdu de vue. Un suivi à titre externe a été organisé pour 5 patients pour complément d'exploration étiologique. L'hospitalisation a été décidée pour 7 patients : 6 au service de pédiatrie ,

un seul cas a été admis au service de chirurgie pédiatrique.

Le paracétamol per os a été prescrit aux urgences chez 12% des patients pour ses effets antipyrétiques essentiellement et antalgique secondairement. Une ordonnance pour traitement en ambulatoire a été prescrite chez 78% des patients. La molécule antalgique prescrite en première intention a été le paracétamol per os (45,56%). Il a été associé à un AINS chez 4 enfants. Les co-antalgiques essentiellement prescrits ont été les antispasmodiques dans 43,3% des cas. Les antiémétiques et les corticoïdes ont été prescrits dans respectivement 24,44% et 2,22%.

Le contact téléphonique à J10 du passage aux urgences a été réalisé dans 60% des cas. La douleur a totalement disparue dans 83% des cas après la sortie des urgences. L'intensité de la douleur a pu être évaluée pour la majorité des enfants par l'échelle de visage (n=86, 95%). Ainsi, on a pu réaliser une étude comparative de l'intensité de la douleur en fonction des différents paramètres prédictifs possibles. La perception de l'intensité de la douleur n'a aucune corrélation avec l'âge. Le coefficient de corrélation de Pearson entre l'âge et l'échelle de visage est de 0,197 (p=0,063). La douleur a été sentie plus intense par les filles que par les garçons (intense par 53,7 % des filles versus 46,9% chez les garçons ; p=0,001). Le délai d'attente avant le premier contact médical a été comparable dans les deux groupes (p=0,781). En effet, la présence de nombreux accompagnants (2 ou plus) n'a pas été corrélée à la présence de douleur intense (p=0,317). De même, la corrélation entre le mode d'installation de la douleur et la présence d'une douleur intense n'est pas significative (p=0,186). Le siège de la douleur au niveau des membres inférieurs a été la seule localisation associée à une perception plus intense de la douleur (p= 0,022). Par ailleurs, l'intensité de la douleur a été corrélée à l'augmentation du taux

d'hospitalisation (p= 0, 014) et à la prescription d'antalgiques à la sortie (p=0,049).

DISCUSSION

Le dépistage et l'évaluation de la douleur doivent être réalisés de façon systématique afin de mettre en place une prise en charge globale et d'éviter la survenue d'une chronicisation [5]. L'intérêt scientifique de notre travail s'est révélé par plusieurs études montrant l'insuffisance de pratiques professionnelles pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur de l'enfant puisque l'évaluation de la douleur n'a été pratiquée que dans 6 à 15,2% [6,7]. Plusieurs raisons ont été évoquées : la difficulté liée à l'âge de l'enfant, surtout ceux qui ne parlent pas encore ; l'implication certaine de l'anxiété dans l'expression de la douleur ; l'inexpérience dans l'utilisation des différentes échelles d'évaluation ; la charge de travail importante et le manque de temps du personnel soignant [8,9] , la méconnaissance du traitement, la peur des effets secondaires des médicaments et la crainte que l'analgésie masque les signes d'examen physique [10, 11].

L'amélioration de la prise en charge de la douleur de l'enfant passe par la diffusion d'outils d'évaluation fiables et reproductibles [5,12,13]. L'autoévaluation de la douleur est considérée comme le « gold standard » et est l'approche la plus validée [5]. Le choix d'une échelle d'auto évaluation est orienté par l'âge et le développement de l'enfant. L'échelle des visages semble être la meilleure échelle pour l'évaluation chez l'enfant scolaire de 4 à 12 ans [14]. Néanmoins, les enfants de 4 à 5 ans distinguent deux niveaux de réponse alors que les enfants de 6 à 7 ans en distinguent trois sur six [15, 16]. L'échelle visuelle analogique (EVA) apparaît comme la meilleure échelle pour l'évaluation de la douleur aiguë et chronique chez les enfants plus âgés à partir de 8 ans et les adolescents (Figure 4) [14, 17, 18].

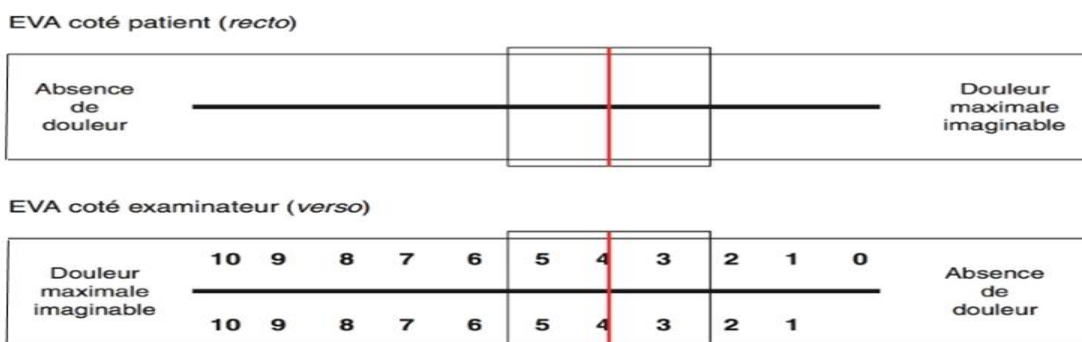


Figure 4 : L'échelle visuelle analogique (EVA)

Une réévaluation de la douleur doit être obligatoirement réalisée afin d'adapter le traitement antalgique. Elle s'effectue avec le même outil initial [19, 20].

Le délai d'attente dans les services d'urgence avant d'être examiné par un médecin est souvent long [21]. Dans notre étude, il a été en moyenne à 24 minutes. De nombreuses études montrent que l'administration d'antalgiques avant un examen clinique n'interfère pas sur le diagnostic final. Ainsi, la réticence des médecins à prescrire des antalgiques et surtout de la morphine, devant une douleur abdominale, en attendant l'avis chirurgical, n'est pas justifiée [22, 23]. La douleur doit être évaluée dès l'accueil et soulagée sans délai. La douleur doit être le cinquième signe vital recherché systématiquement par le médecin, au même titre que la pression artérielle, le pouls, la fréquence respiratoire et la température [5]. Les douleurs symptomatiques doivent conduire à un diagnostic étiologique, un traitement spécifique, mais aussi un traitement antalgique. Par contre, les douleurs non spécifiques d'origine plus complexe plutôt d'ordre psychosomatique réclament une approche multidisciplinaire [24]. Dans notre étude, une névrose de conversion a été retenue chez deux patients.

Ces deux antalgiques de niveau 1, ont été fréquemment délivrées dans la littérature [18,19] et également recommandées par l'OMS pour le traitement des douleurs d'intensité légère à modérée et /ou affections fébriles [25]. L'*ibuprofène* est l'AINS de référence en pédiatrie. L'association AINS-paracétamol est préconisée dans le traitement des douleurs de moyenne à forte intensité lors d'une stratégie de prise en charge analgésique multimodale [25]. Les antalgiques centraux, opioïdes faibles, de niveau 2 représentés par la *codéine* et le *tramadol* sont indiqués pour les douleurs modérées à intenses [25]. Les antalgiques centraux de niveau 3, sont indiqués dans les douleurs intenses à très intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible [12]. Elles regroupent les opioïdes forts y compris la morphine [12]. C'est un antalgique puissant dont l'utilisation fait encore peur aux personnels soignants et aux parents [19]. En plus des antalgiques, on retrouve les co-antalgiques qui sont administrés pour potentialiser l'action des antalgiques ou pour agir sur des symptômes associés [26] : antispasmodiques, myorelaxants, anxiolytiques, corticoïdes, etc. Les antispasmodiques ont été les co-antalgiques majoritairement prescrits dans

l'ordonnance de sortie de nos patients suivis par les antiémétiques et les corticoïdes.

CONCLUSION

La douleur aigüe de l'enfant reste encore mal évaluée et insuffisamment traitée. Sa prise en charge peut certainement être améliorée par la formation et la sensibilisation des professionnels de santé et une organisation spécifique des services d'urgences. L'instauration de protocole d'analgésie et idéalement dans le cadre de la pathologie

REFERENCES

- [1] Cordel WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical case. *Am J Emerg Med* 2002;20(3):165-169.
- [2] American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee, Emergency Nurses Association Pediatric Committee. Joint policy statement-guidelines for care of children in the emergency department. *Pediatrics* 2009; 124 (4):1233-1243.
- [3] Schechter NL. The under treatment of pain in children: an over-view. *Pediatr Clin N Am* 1989; 36(4):781-794.
- [4] Wilson JE, Pendelton J. Oligoanalgesia in the emergency department. *Am J Emerg Med* 1989;7(6):620-623.
- [5] ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). Recommandations pour la pratique clinique. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aigüe en ambulatoire chez l'enfant d'un mois à 15 ans. *Arch Pediatr* 2001; 8:420-432.
- [6] Perquin CW, Hazebroek-Kampscheur AA, Hunfeld JA, et al. Pain in children and adolescents : a common experience. *Pain* 2000 ; 87 : 51-58.
- [7] Randrianambinina T P, Rakotomavo F A, Randriamizao H M R , Razfindraibe F A P , Rakotoarison R C, Rajaonera A T. Prise en charge de la douleur aigüe chez l'enfant aux urgences. *Revue d'anesthésie-réanimation, médecine d'urgence et toxicologie.* 2016 ;8: 22-27.
- [8] Kircher J, Drendel AL, Newton AS et al. Pediatric musculoskeletal pain in the emergency department : a medical record review of practice variation *CJEM* 2013 ; 15: 1-9.
- [9] Drendel AL, Brousseau DC, Gorelick MH. Pain assessment for pediatric patients in the emergency department. *Pediatrics* 2006;117 (5):1511-1519. 24.
- [10] Jones, M, et K Young. 2004. « Effect of a pain identification intervention on improving pain assessment and management in the pediatric emergency department ». *Annals of Emergency Medicine* 44 : S59-S59.
- [11] Kircher J, Drendel AL, Newton AS, Plint AC, Vandermeer B, Dulai S, Ali S. Acute pediatric musculoskeletal pain management in north america: a practice variation survey. *Clin Pediatr* 2014;53(14):1326-1335.
- [12] Kellogg KM, Fairbanks RJ, O'Connor AB, Davis CO, Shah MN. Association of pain score documentation and analgesic use in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2012; 28(12):1287-1292.
- [13] American College of Emergency Physicians. Clinical policy for procedural sedation and analgesia in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1998 ; 31 : 663-677.

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DE L'ENFANT AUX URGENCES

- [14] Stinson JN, Kavangh T, Yamada J, Gil N, Stvens B. Systematic review of the psychometric properties, interpretability of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. *Pain*. 2006, 125 (1-2):143-157.
- [15] Stanford EA, Chambers CT, Craig KD. The role of development factors in predicting young children's use of self-report scale for pain. *Pain* 2006 ; 120 : 16-23.
- [16] Decruynaere C, Thonnard JL, Plaghki L. How many response levels do children distinguish on faces scales for pain assessment ? *Eur J Pain* 2009 ; 13 : 641-648.
- [17] Ferrante P, Cuttini M, Zangardi T et al. Pain management policies and practices in pediatric emergency care : a nationwide survey of Italian hospitals. *BMC Pediatr* 2013;13: 139.
- [18] Karling M, Renstrom M, Ljungman G. Acute and postoperative pain in children: a Swedish nationwide survey. *Acta Pediatr* 2002; 91(6):660-666.
- [19] Beltramini A, Bouferrache K, Pateron D. Prise en charge de la douleur de l'enfant aux urgences. *mt* 2007 ; 13 (1).
- [20] Vincent B, Wood C. L'évaluation de la douleur de l'enfant. *mt pédiatrie*, 2009 ; vol. 12 :259-269.
- [21] Fry M, Holdgate A. Nurse-initiated intravenous morphine in the emergency department: efficacy, rate of adverse events and impact on time to analgesia. *Emerg Med* 2002; 14 : 249-254.
- [22] Wolfe JM, Smithline HA, Phipen S, Montano G, Garb JL, Fiallo V. Does morphine change the physical examination in patients with acute appendicitis? *Am J Emerg Med* 2004 ; 22 : 280-285.
- [23] Green R, Bulloch, Kabani A, Hancock BJ, Tenenbein M. Early analgesia for children with acute abdominal pain. *Pediatrics* 2005 ; 116 : 978-983.
- [24] Ferrari A, Cunin-Roy C, Wood C. Rachialgies de l'enfant et de l'adolescent. *Le Courrier de l'Algologie* 2005 ; 4 : 128-134.
- [25] Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant-Recommandations de bonne pratique-Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé. Disponible sur lien internet : <http://www.pediadol.org/Afssaps-prise-en-charge.html>. Consulté le 16/4/2018.
- [26] Auquier A, Arthuis M. Rapport de l'académie nationale de médecine« les avancées dans le domaine des douleurs et de leurs traitements chez l'adulte et l'enfant ». 2001. Disponible sur internet à l'URL: <https://www.cnrd.fr/Rapport-de-l-Academie-Nationale-de.html>. Consulté le 17.02.2019