Douleur et soins palliatifs pédiatriques

12ième journée scientifique annuelle de l'ERMOS & 1ère journée scientifique annuelle du RQPSFV

Par
Lysanne Daoust, inf. M. Sc
Unité de consultation en soins palliatifs pédiatriques
CHU Sainte-Justine, Montréal, Qc

Québec, Qc, 3 novembre 2017

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant
Pour l'amour des enfants
Université de Montréal

ERMOS
ÉQUIPE DE RECHERCHE MICHEL-SARRAZIN EN ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE ET SOINS PALLIATIFS

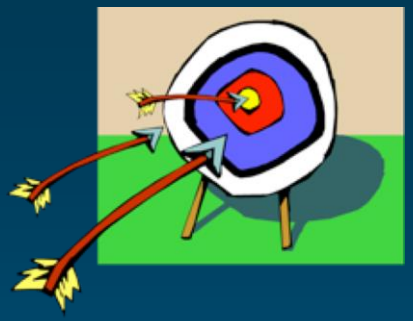
MAISON Michel Sarrazin

Children's HOSPITALS AND CLINICS of Minnesota

NORTHWESTERN UNIVERSITY FEINBERG SCHOOL OF MEDICINE

DANA-FARBER CANCER INSTITUTE | Children's Hospital Boston
DANA-FARBER/CHILDREN'S HOSPITAL CANCER CENTER

Objectifs



- Particularités pédiatriques et défis en matière de soins palliatifs
- Évaluation de la douleur
- Types de douleur
- Rôle de la famille

Soins palliatifs pédiatriques

- Maladie potentiellement mortelle…
- Le but des soins palliatifs pédiatriques est d'aider à maintenir la meilleure qualité de vie possible à l'enfant et d'offrir du soutien à sa famille; cela inclut le soulagement des symptômes de l'enfant, des services de répit pour la famille et des soins jusqu'au moment du décès et durant la période de deuil

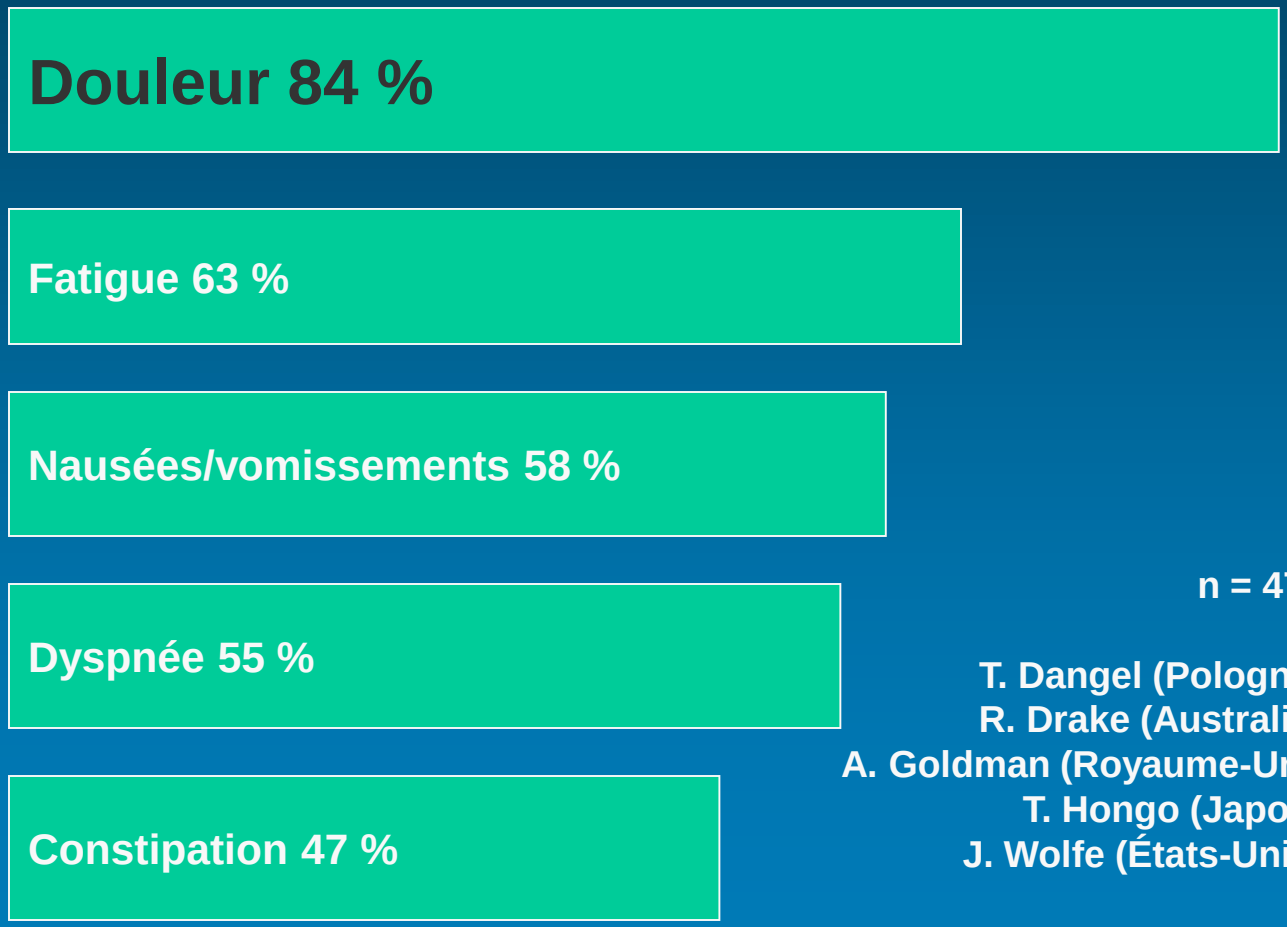
Particularités pédiatrioques

- Diagnostic
- Pronostic incertain
- Physiologie
- Médicaments (mg/Kg)
  - Utilisation documentée
- Voies d'administration
  - Per os favorisée
  - Insuflon S/C
- Famille

Un enfant va mourir…

- Famille bouleversée
- Quand la vie tourne autour de l’enfant malade
- Répercussions d’une prise en charge parfois longue
- Repousser l’inévitable…
- Pourquoi mon enfant?

Symptômes pédiatriques pendant la dernière semaine de la vie



n = 473

T. Dangel (Pologne)
R. Drake (Australie)
A. Goldman (Royaume-Uni)
T. Hongo (Japon)
J. Wolfe (États-Unis)

Douleur chez les enfants atteints d'une maladie avancée

- La plupart des enfants atteints d'une maladie avancée éprouvent de la douleur au cours des dernières semaines de leur vie
- La douleur peut être
  - nociceptive
    - somatique
    - viscérale
  - psycho/ sociale/ spirituelle
  - neuropathique

Lignes directrices de l'OMS sur le traitement pharmacologique de la douleur persistante chez les enfants atteints d'une maladie (2012)

- Dose à intervalles **réguliers** (« en fonction de l'horloge »)
- **Adaptation** du traitement à l'enfant (« avec l'enfant »)
- Recours à la **voie d'administration appropriée** (« par la voie appropriée »)
- Recours à une stratégie à **deux étapes** (« selon l'échelle de l'analgésie »)

Recours à la voie d'administration appropriée

- Recourir à la voie orale/entérale, si possible
- Autres voies possibles :
  - Sublingual/buccal
  - Intranasal
  - Transdermique (contre-indiqué pour la prise en charge de la douleur aiguë)
  - Rectal
  - Intraveineux (= sous-cutané)
  - TMB (**T**rans**M**uqueuse **B**uccale)
  - Intramusculaire = **obsolète**

... Recours à une stratégie à deux étapes

Étape 2 de l'OMS
Douleur moyenne à vive

Étape 1 de l'OMS
Douleur légère

Ibuprofène
ou
Acétaminophène

Autres AINS?
Inhibiteur de Cox-2?

Morphine

ou
fentanyl,
hydromorphone,
oxycodone,
méthadone

Adaptation du traitement à l'enfant...

- Le traitement devrait être **adapté** à l'enfant et les analgésiques opioïdes devraient être **titrés** selon l'enfant
- La dose efficace est celle qui soulage la douleur
  - Différents enfants peuvent réagir différemment à la même dose
  - La dose efficace est ajustée en fonction des besoins de l'enfant
  - Dose d'opioïdes puissants : il n'y a pas de limite
  - Ajustement de la dose et de l'intervalle d'administration

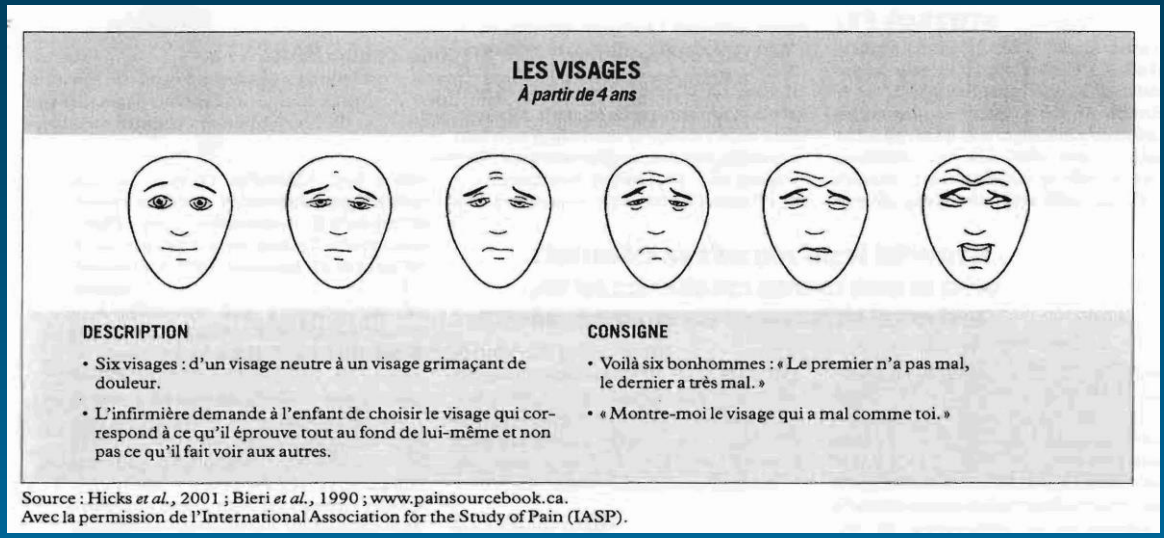
Principes d'évaluation de la douleur

- Questions posées au parent / à l'enfant
- Utiliser les échelles appropriées d'évaluation de la douleur
- Évaluer le comportement (enfant trop sage!) et les changements physiologiques
- Prendre en considération la cause holistique de la douleur
- Prendre des mesures et évaluer les résultats
  - À répéter avec l'évolution de la maladie

Évaluation de la douleur chez l'enfant

Échelles

- 4 ans +



LES VISAGES
À partir de 4 ans

DESCRIPTION

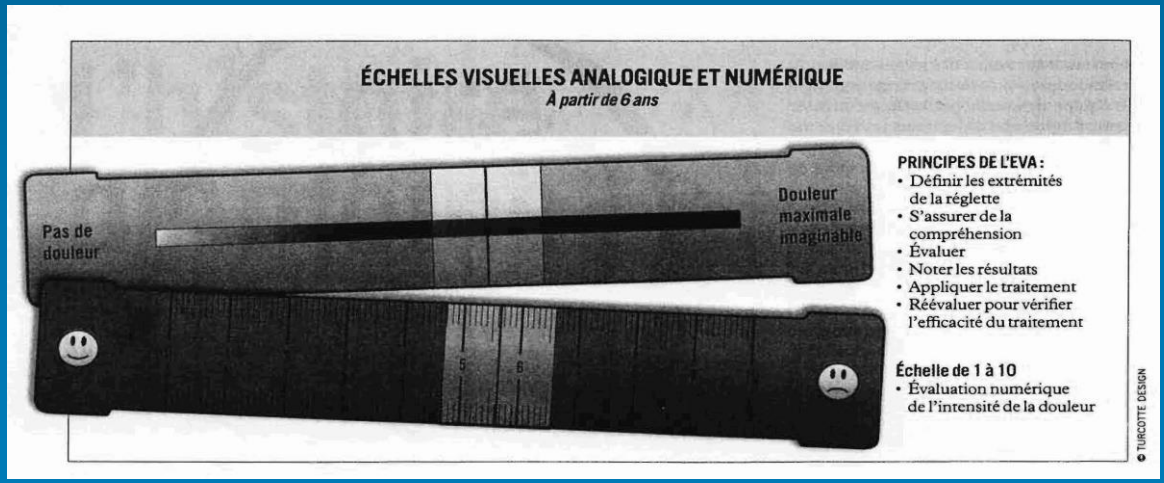
- Six visages : d'un visage neutre à un visage grimaçant de douleur.
- L'infirmière demande à l'enfant de choisir le visage qui correspond à ce qu'il éprouve tout au fond de lui-même et non pas ce qu'il fait voir aux autres.

CONSIGNE

- Voilà six bonhommes : « Le premier n'a pas mal, le dernier a très mal. »
- « Montre-moi le visage qui a mal comme toi. »

Source : Hicks *et al.*, 2001 ; Bieri *et al.*, 1990 ; www.painsourcebook.ca.
Avec la permission de l'International Association for the Study of Pain (IASP).

- 6 ans +



ÉCHELLES VISUELLES ANALOGIQUE ET NUMÉRIQUE
À partir de 6 ans

Pas de douleur

Douleur maximale imaginable

PRINCIPES DE L'EVA :

- Définir les extrémités de la réglette
- S'assurer de la compréhension
- Évaluer
- Noter les résultats
- Appliquer le traitement
- Réévaluer pour vérifier l'efficacité du traitement

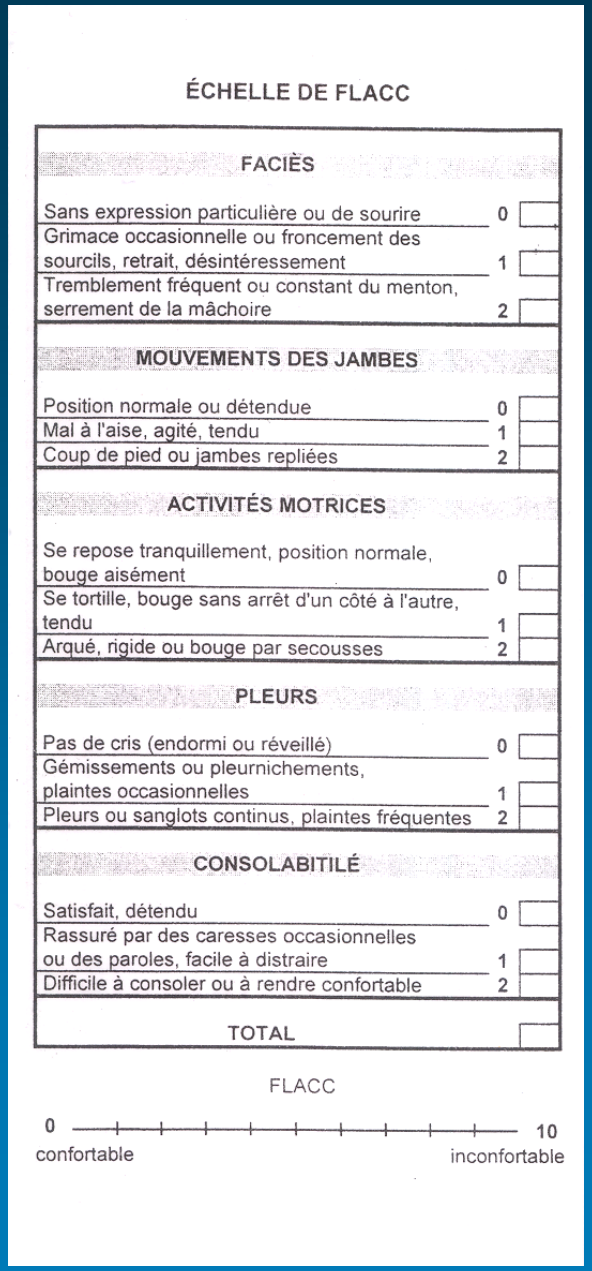
Échelle de 1 à 10

- Évaluation numérique de l'intensité de la douleur

© TURCOTTE DESIGN

FLACC /10

2 mois à 7 ans



ÉCHELLE DE FLACC

FACIÈS		
Sans expression particulière ou de sourire	0	
Grimace occasionnelle ou froncement des sourcils, retrait, désintéressement	1	
Tremblement fréquent ou constant du menton, serrement de la mâchoire	2	
MOUVEMENTS DES JAMBES		
Position normale ou détendue	0	
Mal à l'aise, agité, tendu	1	
Coup de pied ou jambes repliées	2	
ACTIVITÉS MOTRICES		
Se repose tranquillement, position normale, bouge aisément	0	
Se tortille, bouge sans arrêt d'un côté à l'autre, tendu	1	
Arqué, rigide ou bouge par secousses	2	
PLEURS		
Pas de cris (endormi ou réveillé)	0	
Gémissements ou pleurnichements, plaintes occasionnelles	1	
Pleurs ou sanglots continus, plaintes fréquentes	2	
CONSOLABITILÉ		
Satisfait, détendu	0	
Rassuré par des caresses occasionnelles ou des paroles, facile à distraire	1	
Difficile à consoler ou à rendre confortable	2	
TOTAL		

FLACC

0 — 10

confortable — inconfortable

FLACC modifiée enfants handicapés

ÉCHELLE FLACC : Face Legs Activity Cry Consolability

Élaborée pour mesurer la douleur de la personne handicapée de 0 à 18 ans – *[Items modifiés écrits en italique entre crochets]*

Chaque item est coté de 0 à 2

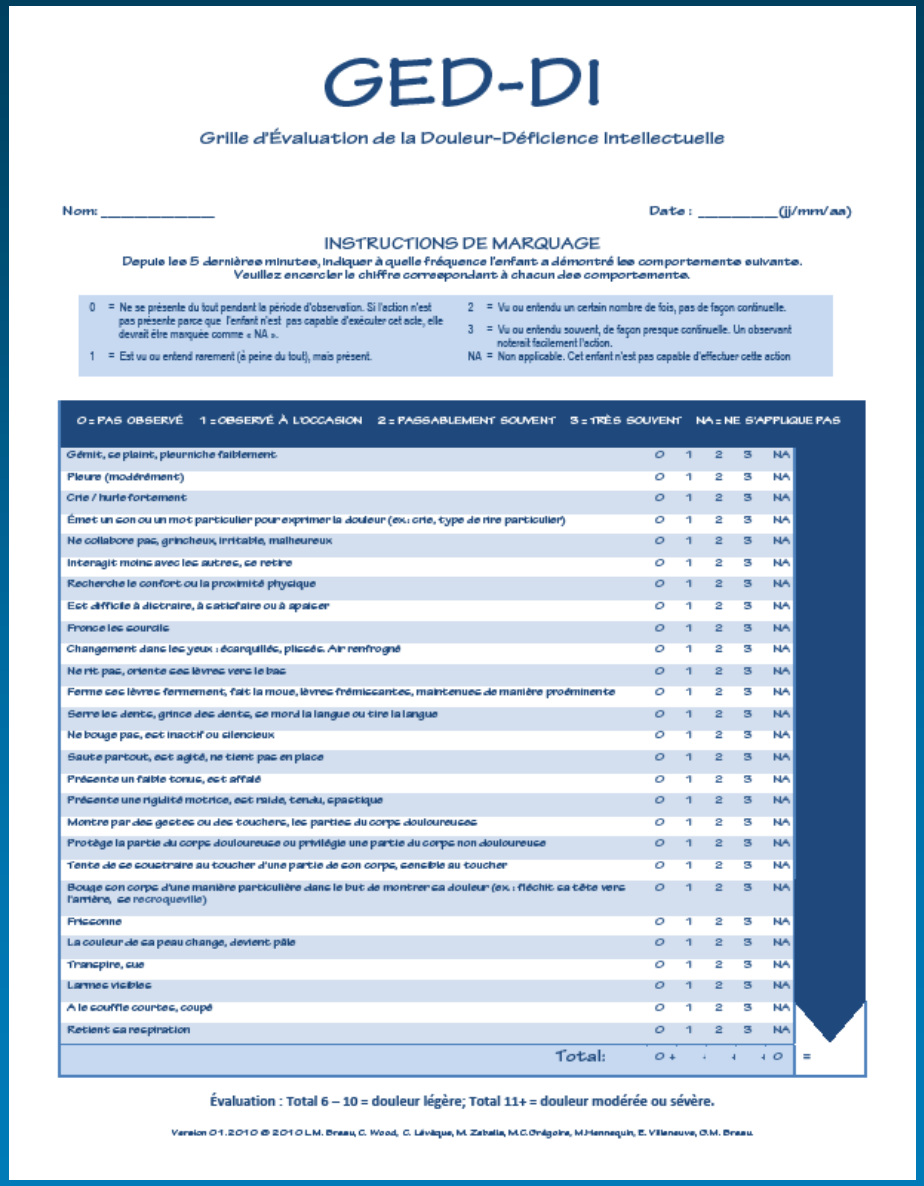
Score de 0 à 10

	Date						
	Heure						
VISAGE	**0** Pas d'expression particulière ou sourire **1** Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé *[semble triste ou inquiet]* **2** Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton *[visage affligé ; expression d'effroi ou de panique]*						
JAMBES	**0** Position habituelle ou détendue **1** Gêné, agité, tendu *[trémulations occasionnelles]* **2** Coups de pieds ou jambes recroquevillées *[augmentation marquée de la spasticité, trémulations ou sursauts permanents]*						
ACTIVITÉ	**0** Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement **1** Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu *[moyennement agité (ex. : bouge sa tête d'avant en arrière, agressif) ; respiration superficielle, saccadée, soupirs intermittents]* **2** Arc-bouté, figé, ou sursaute *[agitation sévère, se cogne la tête, tremblement (non rigide) ; retient sa respiration, halète ou inspire profondément ; respiration saccadée importante]*						
CRIS	**0** Pas de cris (éveillé ou endormi) **1** Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle *[explosion verbale ou grognement occasionnel]* **2** Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes *[explosion verbale répétée ou grognement constant]*						
CONSOLABILITÉ	**0** Content, détendu **1** Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut être distrait **2** Difficile à consoler ou à réconforter *[repousse le soignant, s'oppose aux soins ou aux gestes de confort]*						
	SCORE TOTAL						
OBSERVATIONS							

© 2006, Université de Michigan, Système de santé. Droits réservés.

Traduction par l'équipe de l'Unité d'évaluation et de traitement de la douleur, Centre hospitalier universitaire Robert Debré, Paris, France.
Contre-traduction par le Dr Marie-Claude Grégoire, IWK Health Center, Dalhousie University, Halifax, Canada et par le Dr Peter Jones, Centre hospitalier universitaire Robert Debré, Paris, France.

Non-communicants



GED-DI

Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficience Intellectuelle

Nom: _____ Date : _____(jj/mm/aa)

INSTRUCTIONS DE MARQUAGE

Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a démontré les comportements suivants.
Veuillez encercler le chiffre correspondant à chacun des comportements.

0 = Ne se présente du tout pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ».
1 = Est vu ou entend rarement (à peine du tout), mais présent.
2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continuelle.
3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continuelle. Un observant noterait facilement l'action.
NA = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action

0 = PAS OBSERVÉ 1 = OBSERVÉ À L'OCCASION 2 = PASSABLEMENT SOUVENT 3 = TRÈS SOUVENT NA = NE S'APPLIQUE PAS					
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle fortement	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: crie, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affalé	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex.: fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle courte, coupé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Total:	0 +	+	+	+ 0	=

Évaluation : Total 6 – 10 = douleur légère; Total 11+ = douleur modérée ou sévère.

Version 01.2010 © 2010 L.M. Breau, C. Wood, C. Lévêque, M. Zabalia, M.C.Grégoire, M.Hennequin, E. Villeneuve, C.M. Breau

Évaluation subjective de la douleur par les parents

- Parents d'enfants atteints de CMC (conditions médicales complexes)
  - Meilleurs évaluateurs & historiens
  - Valider perceptions
  - Gagnent à être informés
  - Communication & collaboration

Échelle San Salvadour pour enfants handicapés (10 items)

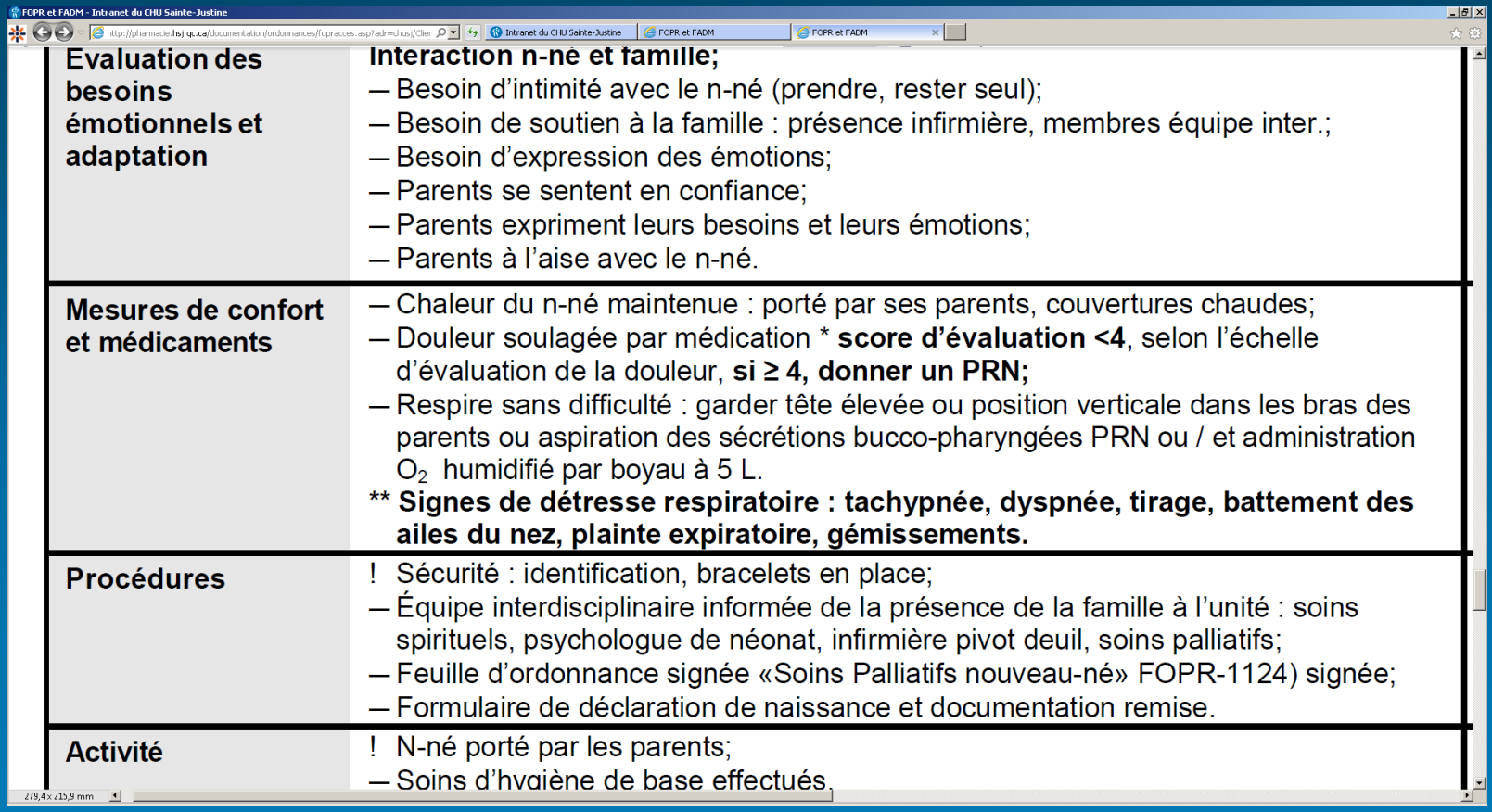
Echelle Douleur Enfant San Salvadour

pour évaluer la douleur de l'enfant polyhandicapé

Score de 0 à 40, seuil de traitement 6

Date																						
Heure																						
ITEM 1 : Pleurs et/ou cris (bruits de pleurs avec ou sans accès de larmes) **0** : Se manifeste comme d'habitude **1** : Semble se manifester plus que d'habitude **2** : Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux **3** : Pleurs et/ou cris spontanés et tout à fait inhabituels **4** : Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)																					
ITEM 2 : Réaction de défense coordonnée ou non à l'examen d'une zone présumée douloureuse (l'effleurement, la palpation ou la mobilisation déclenchent une réaction motrice, coordonnée ou non, que l'on peut interpréter comme une réaction de défense) **0** : Réaction habituelle **1** : Semble réagir de façon inhabituelle **2** : Mouvement de retrait indiscutable et inhabituel **3** : Même signe que 1 et 2 avec grimace et/ou gémissement **4** : Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs																					
ITEM 3 : Mimique douloureuse (expression du visage traduisant la douleur, un rire paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux) **0** : Se manifeste comme d'habitude **1** : Faciès inquiet inhabituel **2** : Mimique douloureuse lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux **3** : Mimique douloureuse spontanée **4** : Même signe que 1, 2, ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)																					
ITEM 4 : Protection des zones douloureuses (protége de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact) **0** : Réaction habituelle **1** : Semble redouter le contact d'une zone particulière **2** : Protège une région précise de son corps **3** : Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement **4** : Même signe que 1, 2 ou 3 avec agitation, cris et pleurs. Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun contrôle moteur des membres supérieurs																					
ITEM 5 : Gémissements ou pleurs silencieux (gémit au moment des manipulations ou spontanément de façon intermittente ou permanente) **0** : Se manifeste comme d'habitude **1** : Semble plus geignard que d'habitude **2** : Geint de façon inhabituelle **3** : Gémissements avec mimique douloureuse **4** : Gémissements entrecoupés de cris et de pleurs																					

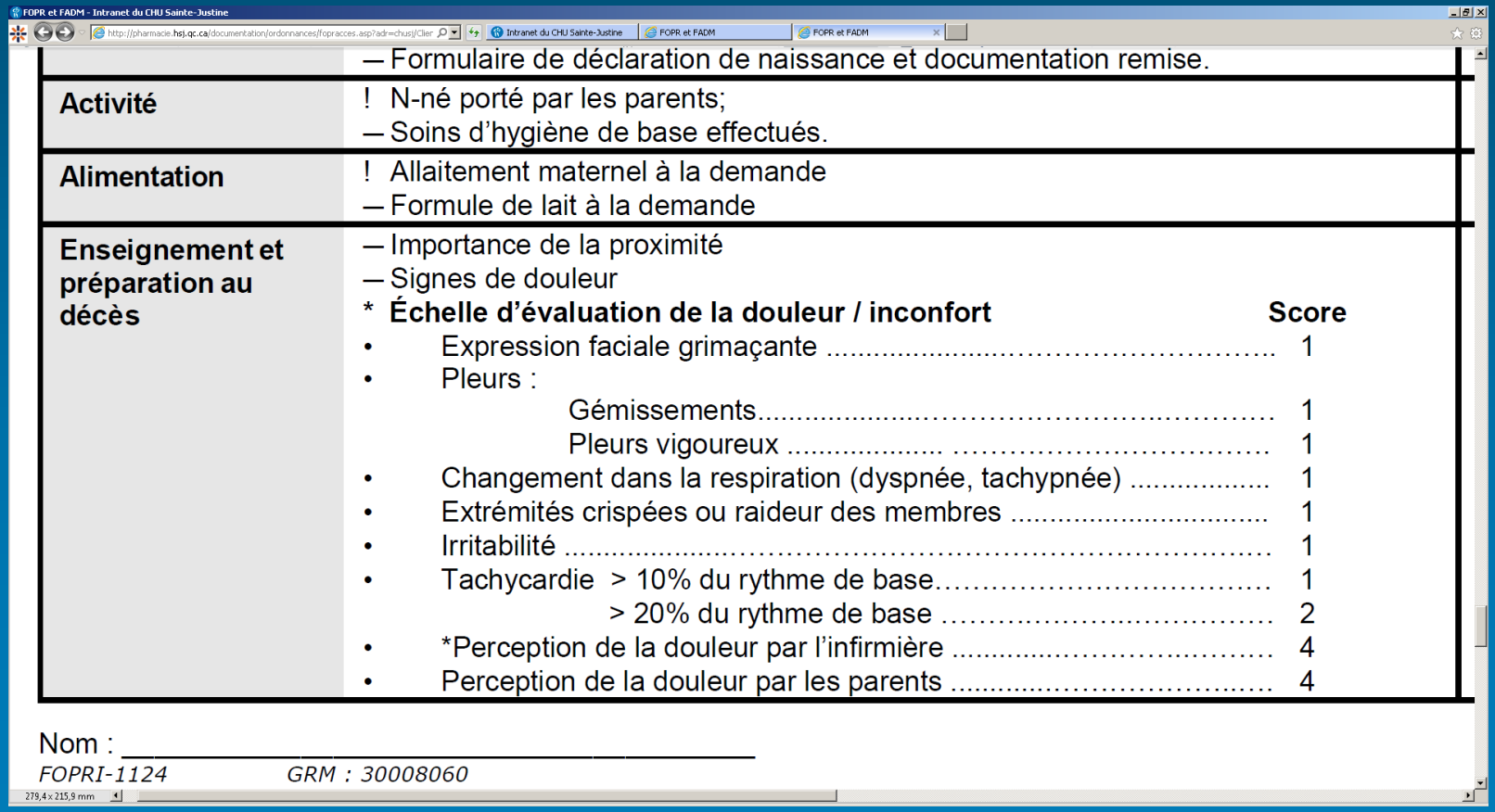
Douleur du nouveau-né en soins palliatifs



FOPR et FADM - Intranet du CHU Sainte-Justine

Evaluation des besoins émotionnels et adaptation	**Interaction n-né et famille;** — Besoin d'intimité avec le n-né (prendre, rester seul); — Besoin de soutien à la famille : présence infirmière, membres équipe inter.; — Besoin d'expression des émotions; — Parents se sentent en confiance; — Parents expriment leurs besoins et leurs émotions; — Parents à l'aise avec le n-né.
Mesures de confort et médicaments	— Chaleur du n-né maintenue : porté par ses parents, couvertures chaudes; — Douleur soulagée par médication * **score d'évaluation <4**, selon l'échelle d'évaluation de la douleur, **si ≥ 4, donner un PRN;** — Respire sans difficulté : garder tête élevée ou position verticale dans les bras des parents ou aspiration des sécrétions bucco-pharyngées PRN ou / et administration O_2 humidifié par boyau à 5 L. ** **Signes de détresse respiratoire : tachypnée, dyspnée, tirage, battement des ailes du nez, plainte expiratoire, gémissements.**
Procédures	! Sécurité : identification, bracelets en place; — Équipe interdisciplinaire informée de la présence de la famille à l'unité : soins spirituels, psychologue de néonat, infirmière pivot deuil, soins palliatifs; — Feuille d'ordonnance signée «Soins Palliatifs nouveau-né» FOPR-1124) signée; — Formulaire de déclaration de naissance et documentation remise.
Activité	! N-né porté par les parents; — Soins d'hygiène de base effectués.

Score douleur ≥ 4 = soulager!



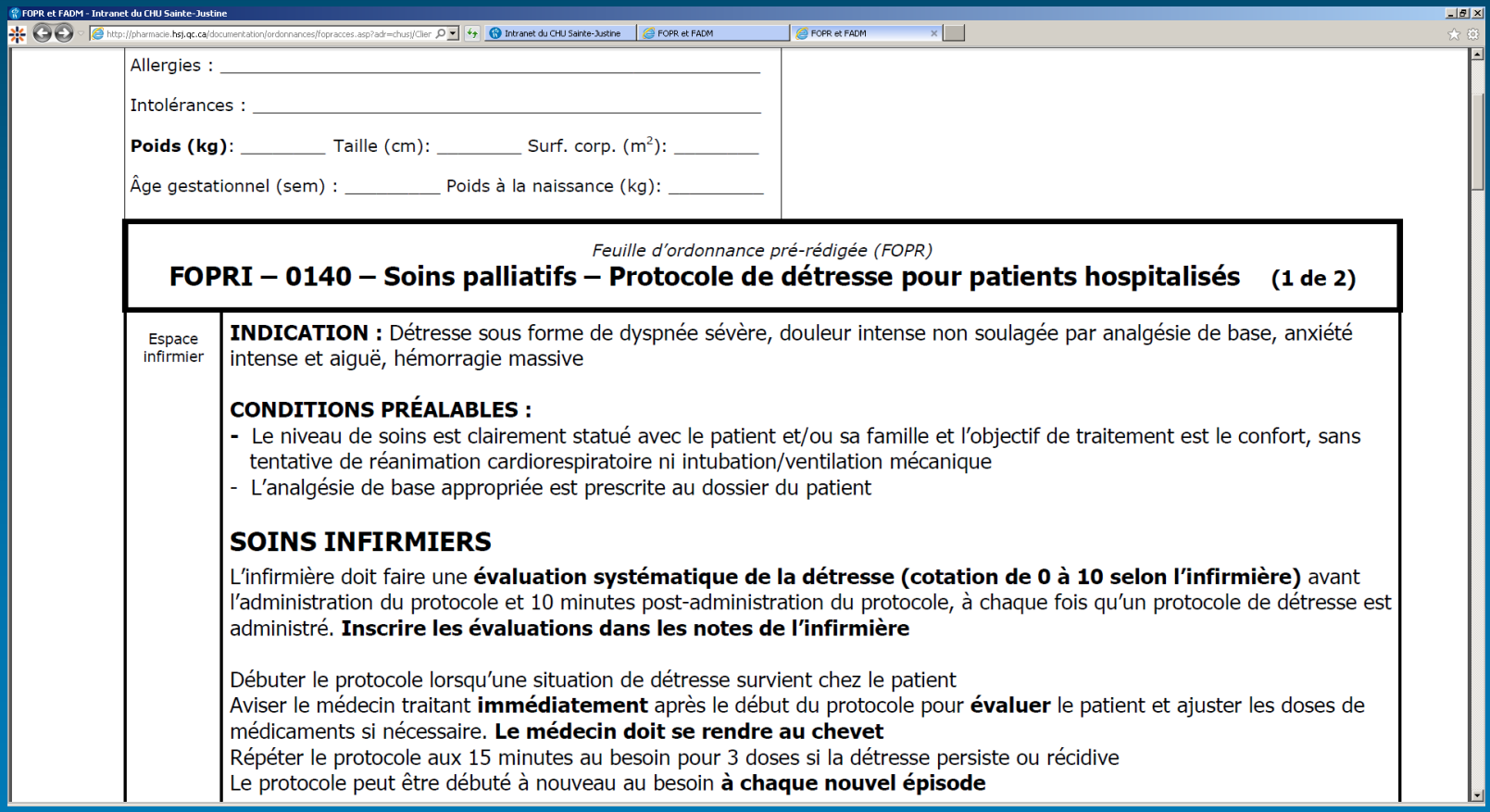
FOPR et FADM - Intranet du CHU Sainte-Justine

	— Formulaire de déclaration de naissance et documentation remise.
Activité	! N-né porté par les parents; — Soins d'hygiène de base effectués.
Alimentation	! Allaitement maternel à la demande — Formule de lait à la demande
Enseignement et préparation au décès	— Importance de la proximité — Signes de douleur * **Échelle d'évaluation de la douleur / inconfort** **Score** • Expression faciale grimaçante ..... 1 • Pleurs : Gémissements..... 1 Pleurs vigoureux ..... 1 • Changement dans la respiration (dyspnée, tachypnée) ..... 1 • Extrémités crispées ou raideur des membres ..... 1 • Irritabilité ..... 1 • Tachycardie > 10% du rythme de base..... 1 > 20% du rythme de base ..... 2 • *Perception de la douleur par l'infirmière ..... 4 • Perception de la douleur par les parents 4

Nom : _____

FOPRI-1124 *GRM : 30008060*

Analgésie pour détresse



FOPR et FADM - Intranet du CHU Sainte-Justine

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg): _____ Taille (cm): _____ Surf. corp. (m^2): _____

Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0140 – Soins palliatifs – Protocole de détresse pour patients hospitalisés (1 de 2)

Espace infirmier

INDICATION : Détresse sous forme de dyspnée sévère, douleur intense non soulagée par analgésie de base, anxiété intense et aiguë, hémorragie massive

CONDITIONS PRÉALABLES :

- Le niveau de soins est clairement statué avec le patient et/ou sa famille et l'objectif de traitement est le confort, sans tentative de réanimation cardiorespiratoire ni intubation/ventilation mécanique
- L'analgésie de base appropriée est prescrite au dossier du patient

SOINS INFIRMIERS

L'infirmière doit faire une **évaluation systématique de la détresse (cotation de 0 à 10 selon l'infirmière)** avant l'administration du protocole et 10 minutes post-administration du protocole, à chaque fois qu'un protocole de détresse est administré. **Inscrire les évaluations dans les notes de l'infirmière**

Débuter le protocole lorsqu'une situation de détresse survient chez le patient
Aviser le médecin traitant **immédiatement** après le début du protocole pour **évaluer** le patient et ajuster les doses de médicaments si nécessaire. **Le médecin doit se rendre au chevet**
Répéter le protocole aux 15 minutes au besoin pour 3 doses si la détresse persiste ou récidive
Le protocole peut être débuté à nouveau au besoin **à chaque nouvel épisode**

Morphine

Administration	PO, SL, IV, SC, PR, (topique) **+ TMB**
Dose de départ (> 6 mois) *Titrée selon l'effet*	0,15 à 0,3 mg/kg PO/SL Q4h [max 10-15 mg] 0,05 à 0,1 mg/kg IV/SC Q4h [max 5 mg] Perfusion : 20 mcg/kg/h (max 1 mg) plus bolus ACP de 20 mcg/kg [max 1 mg] [4-6 bolus/h]
Libération prolongée	Oui (M-Eslon) Q12h (Q8h) et Q24h
Conversion	PO:IV = 3:1 [3 mg oral = 1 mg IV morphine]
Troubles rénaux	↑M6G (effets secondaires accrus des opioïdes) ↑M3G (↑ nociception, ↑ hyperexcitabilité)
Troubles hépatiques	Seulement avec une défaillance hépatique grave (p. ex., ↑ temps de coagulation de la prothrombine) ↑ demi-vie de la morphine

Voie transmuqueuse buccale

Photo. Technique d'administration par voie transmuqueuse bucco-gingivale. Cette voie d'administration permet d'accélérer le début d'action en raison de l'absorption rapide du médicament dans la circulation générale, qui est facilitée par l'important réseau de capillaires qui sillonne la muqueuse buccale. Elle évite, par ailleurs, l'effet de premier passage hépatique et convient particulièrement bien aux médicaments de forte puissance administrés à petit volume (< 0,5 ml)[18].

Opioïdes non recommandés chez les enfants...

- **Codéine et hydrocodone**
  - **Opioïdes faibles**
  - **Exercent principalement leurs effets après la métabolisation active par l'enzyme CYP2D6**
  - **La grande variabilité dans l'activité de CYP2D6 chez la population générale entraîne des niveaux imprévisibles, allant d'une analgésie insuffisante aux surdoses mortelles**

...Opioïdes non recommandés chez les enfants

- Mépéridine / Péthidine (Demerol®)
  - Les métabolites sont neurotoxiques
- Combinaisons fixes (opioïdes + non-opioïdes)
  - p. ex., – Tylenol #3®; Percocet®; Vicodin®
  - Limité par les doses toxiques des composants non opioïdes (acétaminophène; AINS)

Suppositions courantes relatives aux opioïdes

Les suppositions relatives aux opioïdes peuvent agir comme barrière à leur utilisation appropriée

- Dépendance (adolescents)
- Sédation excessive (Dépression respiratoire)
- « Nous abandonnons / Nous accélérons la mort »
- Enfants entendent…« Mort-fine » « Tu-meurs »
- Nécessité de demeurer à l'hôpital

Administrer le médicament…

- **Place des parents** dans administration médication
  - Négociation avec enfant
    - Comprimés vs suspension
  - Prioriser médication importante
  - Connaissance des médicaments
  - Entre-doses = **ça va moins bien!**
  - **Peur dernière dose!**

Douleur neuropathique

Évaluation de la douleur neuropathique...

- Les enfants peuvent ressentir simultanément différents types de douleur, y compris
  - douleur nociceptive
    - douleur somatique
    - douleur viscérale
  - douleur psycho/sociale/spirituelle (« douleur totale »)
  - douleur neuropathique

Définitions...

- **La douleur neuropathique est définie comme *« une douleur découlant directement d'une lésion ou d'une maladie qui affecte le système somatosensoriel »* (*« ... mais les lésions du système somatosensoriel n'entraînent pas toujours une douleur neuropathique »*).

(IASP 2011)

Causes potentielles ...

- Traumatisme médullaire
- Tumeur
- Douleur au membre fantôme
- Neuropathies d'origine autoimmunes ou dégénératives
- Neuropathies d'origine métabolique
- Maladies neurodégénératives
- Chimiothérapies (Vincristine, Cisplatine)

Évaluation de la douleur neuropathique...

- À l'heure actuelle, il n'existe **aucune échelle validée de la douleur neuropathique** chez les enfants de **moins de 18 ans**
- Les échelles pour adultes comprennent
  - NPS® *Neuropathic pain scale* – 12 éléments
  - *Pain Quality Assesment Scale* (PQAS) – 20 éléments

Évaluation de la douleur neuropathique

- Rechercher la présence de douleur paroxystique, de paresthésies et de dysesthésies
- Utiliser des échelles pédiatriques validées pour la douleur aiguë et appropriées à l'âge telles que :
  - Échelle FACIES révisée
  - FLACC
  - EVA (ou échelle numérique d'évaluation de la douleur) 0-10

...Évaluation de la douleur neuropathique

Caractéristiques cliniques

- engourdissement
- Picotement (« fourmis »)
- brûlure
- choc électrique
- douleur en salves
- sensation d’avoir la peau à vif

État actuel : appel à l'action

- **Un grand nombre d'enfants** atteints d'un cancer avancé et de maladies non cancéreuses **souffrent de douleur neuropathique**
- Toutefois, la douleur neuropathique n'est pas évaluée de façon routinière
- Fréquemment, les enfants ne sont pas traités de façon optimale

Spectre de prise en charge de la douleur

La moins invasive

La plus invasive

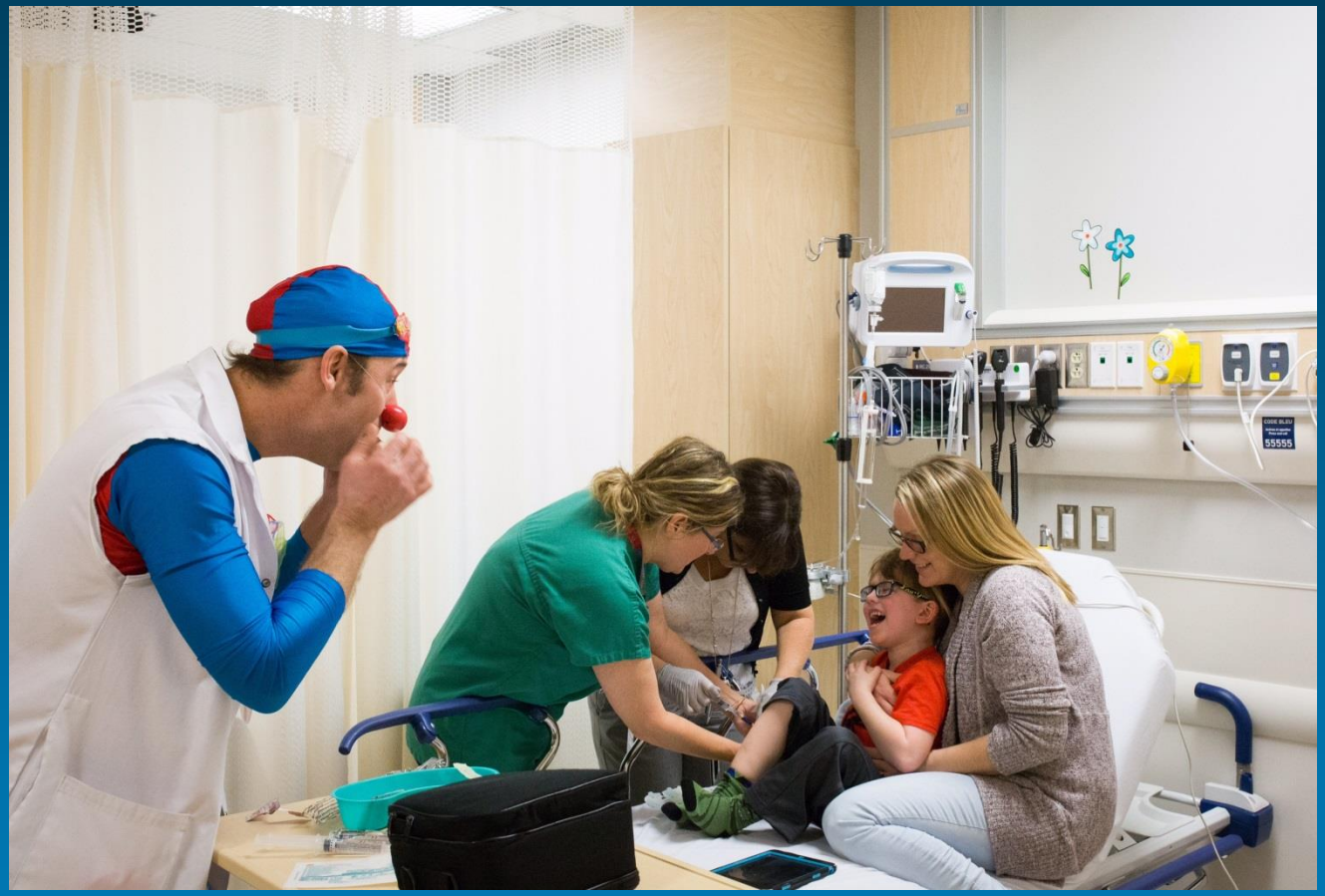
Approches intégratives et de réadaptation (non pharmacologiques)

Médicaments topiques

Approches pharmacologiques

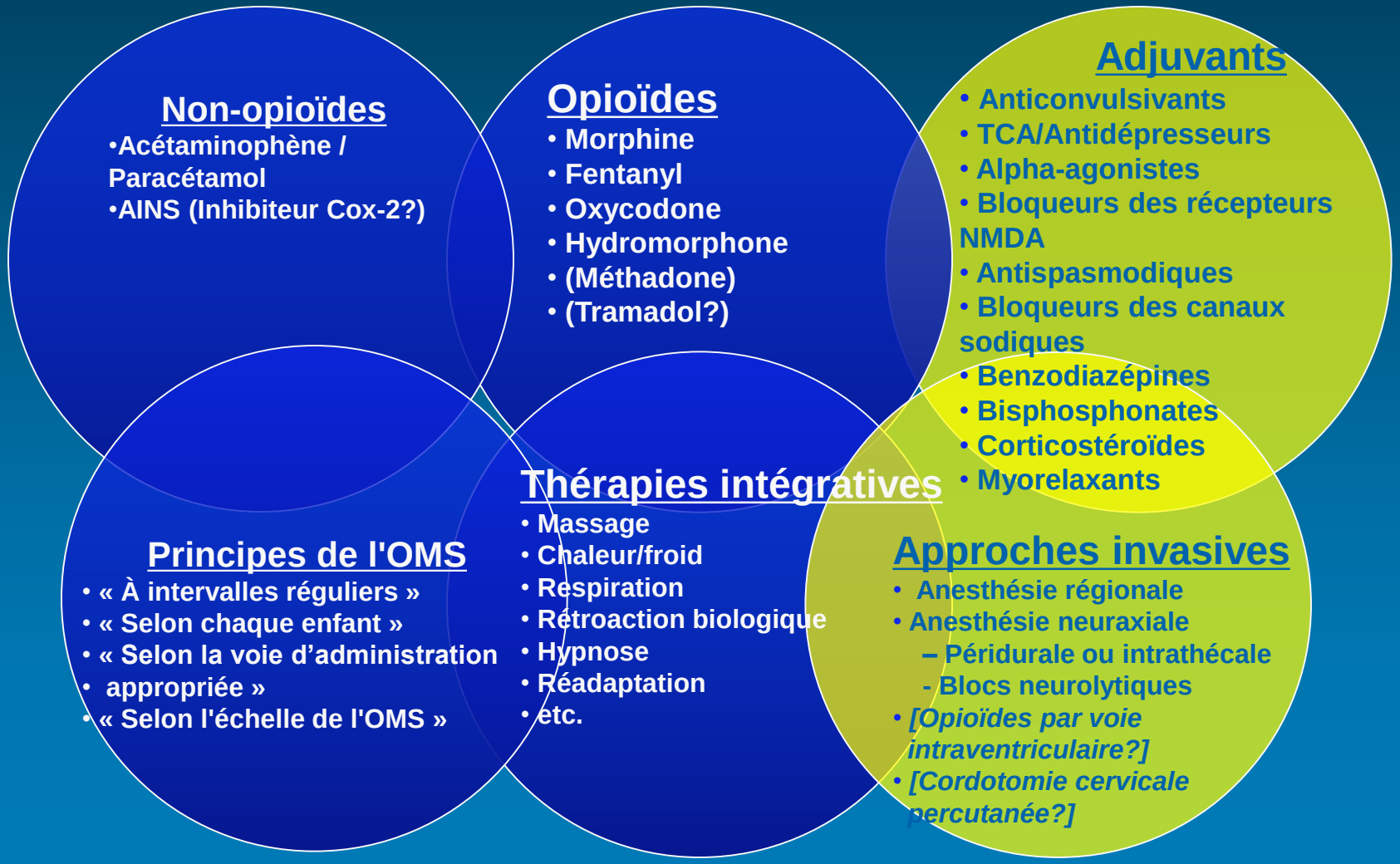
Modalités interventionnelles

Dr Pédalo



Analgésie multimodale pour la douleur aiguë et neuropathique

(Cercles bleus : thérapies de première ligne; cercles jaunes : deuxième ligne)



Antidépresseurs tricycliques (TCA)

- **Amitriptyline** (ou nortriptyline)
- Dose (pour les deux): 0,1 mg/kg PO HS, augmenter lentement jusqu'à max. 0,4 à 0,5 mg/kg (max 5 à 10 mg, augmenter ad 20 à 25 mg)
- Effets indésirables : somnolence, effets anticholinergiques, intervalle QTc prolongée

Gabapentinoïdes

- **Mécanisme d'action : bloqueurs du canal calcique, réduit la libération des neurotransmetteurs liés à la douleur**
- **Gabapentine**
  - **Posologie : début à 2 à 6 mg/kg/dose HS, puis BID, puis TID, puis augmenter, sur 2 à 8 semaines, à max 24 mg/kg/dose**

    (adulte : débuter à 100-300 mg, augmenter à 600 à 1 200 mg TID)
  - **Effets indésirables : nystagmus, somnolence, hallucinations, céphalées et myalgies**

TCA et gabapentinoïde et …

- L'efficacité des TCA et des gabapentinoïdes est équivalent
- Mécanismes d'action complètement différents
- Combinaison recommandée, si un seul adjuvant n'est pas efficace
- Nouveau-nés de 0 à 6 mois
  - Gabapentine : premier choix q 6h (!)
  - si inefficace : ajouter amitriptyline à faible dose
- Méthadone

Modalités intégratives

- Font partie intégrante des différentes modalités de traitement de la douleur
- Les modalités appropriées à l'âge sont les suivantes :
  - **Physiques** (massage, TENS, positionnement, permettre contact proche avec la famille)
  - **Réadaptation** (physiothérapie, ergothérapie)
  - **Cognitivo-behaviorales** (respiration diaphragmatique, imagerie, hypnose, applications sur téléphone intelligent/tablette)
  - Acupression, acupuncture, aromathérapie

Où sont les enfants en soins palliatifs?

- Maison = normalité et absence de maladie (assez bien pour être à la maison)
- Espoir, équilibre
- Organisation familiale
- Parents portent le poids des soins
  - Évaluation et soulagement de la douleur

Défis en pédiatrie palliative

- Évaluation et soulagement de la douleur avec différents acteurs
  - Enfant…communiquants et NON
  - Parents
  - Soignants milieu pédiatrique
  - Soignants en CLSC

…Défis

- CMC (conditions médicales complexes)
- Administrer les médicaments
- Voies d’accès: hôpital vs domicile
- Décès à venir…

Conclusion

- Évaluation douleur complexe en pédiatrie
  - Subjective
  - Bon outil
  - Connaissance de la Rx et moyens non-pharmacologiques
  - Voies d'administration
- Contexte palliatif …lourd de sens

EPEC-Pediatrics

The Education in Palliative and End of Life Care: EPEC-Pediatrics

2010 –2016

Stefan J. Friedrichsdorf, Stacy Remke, Joshua Hauser, Joanne Wolfe

Financé par les National Institutes of Health / le National Cancer Institute
[1 R25 CA151000-01]

EPEC.Pediatrics@childrensMN.org

Children's HOSPITALS AND CLINICS of Minnesota

NORTHWESTERN UNIVERSITY FEINBERG SCHOOL OF MEDICINE

DANA-FARBER CANCER INSTITUTE

Children's Hospital Boston

DANA-FARBER/CHILDREN'S HOSPITAL CANCER CARE

Merci