

La prévention et la prise en charge de la douleur chez le nouveau-né : Une mise à jour



Document conjoint avec l'American Academy of Pediatrics

English on page 137

RÉSUMÉ

Tous les dispensateurs de soins devraient chercher à prévenir la douleur chez les nouveau-nés, car les expositions à la douleur peuvent avoir des conséquences délétères. Les nouveau-nés les plus vulnérables à une atteinte neurodéveloppementale attribuable à la prématurité (p. ex., les plus petits et les plus malades) sont également ceux qui risquent le plus d'être exposés au plus grand nombre de stimulus douloureux à l'unité de soins intensifs néonataux (USIN). Bien que nos connaissances sur le moyen le plus efficace de prévenir et de soulager la douleur chez les nouveau-nés comportent d'importantes lacunes, les traitements démontrés et efficaces sont sous-utilisés dans le cadre des interventions mineures courantes, mais pourtant douloureuses. Chaque établissement de santé qui s'occupe de nouveau-nés devrait implanter un programme efficace de prévention de la douleur incluant les stratégies suivantes : évaluer systématiquement la douleur, réduire au minimum le nombre d'interventions douloureuses, utiliser avec efficacité les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour la prévention de la douleur en cas d'interventions mineures courantes et éliminer la douleur associée aux opérations et autres interventions majeures.

Mots clés : *Management; Neonates; Pain; Prevention*

INTRODUCTION

Objectifs

Le présent document de principes mis à jour est conçu pour les professionnels de la santé qui s'occupent de nouveau-nés (des prématurés aux nourrissons d'un mois). Il vise à :

1. faire ressortir que, malgré une meilleure sensibilisation à l'importance de la prévention de la douleur, les nouveau-nés de l'USIN continuent d'être exposés à de nombreuses interventions mineures douloureuses tous les jours dans le cadre de leurs soins courants;
2. présenter des moyens objectifs pour que les professionnels de la santé évaluent la douleur néonatale;
3. décrire des stratégies efficaces pour prévenir et traiter la douleur associée à des interventions mineures courantes;
4. examiner les méthodes pertinentes pour prévenir et traiter la douleur associée aux opérations et autres interventions majeures.

Historique

Les parents s'attendent à ce qu'on prévienne la douleur chez leur nouveau-né. Cependant, nos connaissances sur le meilleur moyen d'y parvenir comportent d'importantes lacunes. Il est important de prévenir la douleur, non seulement parce que c'est une attente éthique, mais également à cause des conséquences au potentiel néfaste d'expositions répétées à la douleur. Parmi ces conséquences, soulignons une modification de la sensibilité à la douleur (qui peut se poursuivre jusqu'à l'adolescence) et des anomalies neuroanatomiques et comportementales permanentes, démontrées par des études sur des animaux. Il semble qu'il soit possible de limiter la modification de la sensibilité à la douleur grâce à un soulagement efficace de la douleur. Le présent document de principes mis à jour porte principalement sur la prévention de la douleur.

L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR ET DU STRESS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Les conséquences cliniques

1. Les soignants doivent être formés pour évaluer la douleur des nouveau-nés au moyen d'outils multidimensionnels.
2. Il faut évaluer la douleur des nouveau-nés de manière systématique, ainsi qu'avant et après les interventions.
3. Les échelles de douleur retenues doivent pouvoir orienter les soignants dans la prestation d'un soulagement efficace de la douleur.

LA RÉDUCTION DE LA DOULEUR PENDANT LES INTERVENTIONS AU CHEVET DU NOUVEAU-NÉ

Les nouveau-nés de l'USIN vivent souvent des interventions douloureuses pendant leurs soins courants, tels que l'insertion d'aiguilles, l'aspiration, l'installation d'une sonde de gavage et l'enlèvement du ruban adhésif, ainsi que des perturbations stressantes, comme les changements de couche, la physiothérapie respiratoire, les examens physiques, les stimulus environnementaux et les évaluations des infirmières. Même si les soignants sont de plus en plus sensibles au fait que les nouveau-nés de l'USIN ressentent souvent de la douleur, on sous-utilise fréquemment les mesures efficaces pour soulager la douleur pendant ces interventions courantes.

Les conséquences cliniques

1. Les protocoles de soins des nouveau-nés doivent inclure un principe visant à réduire le plus possible le nombre de perturbations douloureuses pendant les soins.
2. Il faut utiliser une solution composée de saccharose et de glucose par voie orale et d'autres modes de réduction non pharmacologique de la douleur (tétée non alimentaire, méthode kangourou, méthode simplifiée pour border le bébé, emmaillotage et soins du développement) pour les interventions mineures courantes.
3. Il est possible d'utiliser des anesthésiques topiques pour réduire la douleur associée aux ponctions veineuses, aux ponctions lombaires et à l'insertion d'un cathéter intraveineux lorsque le temps le permet, mais ceux-ci sont inefficaces lors d'une piqûre du talon. De plus, il faut limiter l'usage répété d'anesthésiques topiques.
4. Il n'est pas recommandé de recourir couramment à des infusions continues de morphine, de fentanyl ou de midazolam chez les prématurés sous ventilation chronique, en raison des risques d'effets secondaires à court terme et de l'absence de données sur les résultats à long terme de ces traitements.

LA RÉDUCTION DE LA DOULEUR CAUSÉE PAR UNE OPÉRATION

1. Tout établissement de santé où l'on opère des nouveau-nés doit être doté d'un protocole établi de prise en charge de la douleur. Pour ce faire, il faut une stratégie multidimensionnelle coordonnée, considérée comme prioritaire dans le traitement périopératoire.
2. Il faut procéder à une anesthésie suffisante pour prévenir la douleur intraopératoire et la réponse de stress de façon à diminuer les besoins d'analgésie postopératoire.
3. Il faut évaluer systématiquement la douleur au moyen d'une échelle conçue pour déterminer la douleur postopératoire ou prolongée chez les nouveau-nés.
4. En l'absence d'anesthésie régionale, les opiacés doivent constituer la base de l'analgésie postopératoire après une opération majeure.
5. Il faut utiliser l'analgésie postopératoire tant que les échelles d'évaluation de la douleur en indiquent la nécessité.
6. On peut administrer de l'acétaminophène après une opération, comme traitement d'appoint aux anesthésiques régionaux ou aux opiacés, mais on ne

possède pas assez de données pharmacocinétiques chez les nouveau-nés de moins de 28 semaines d'âge gestationnel pour calculer les doses pertinentes.

LA RÉDUCTION DE LA DOULEUR CAUSÉE PAR D'AUTRES INTERVENTIONS MAJEURES

Les drains intercostaux

Pour insérer un drain intercostal, l'analgésie doit comporter tous les éléments suivants :

1. des mesures non pharmacologiques générales;
2. la lente infiltration du foyer cutané par un anesthésique local avant l'incision, à moins d'une instabilité pouvant mettre la vie en danger. S'il n'y a pas assez de temps pour procéder à l'infiltration avant l'insertion de la sonde thoracique, une infiltration cutanée locale après l'atteinte de la stabilité peut réduire les réponses ultérieures à la douleur et les besoins d'analgésiques par la suite;
3. une analgésie systémique au moyen d'un opiacé à action rapide, tel que le fentanyl.

Le retrait de la sonde thoracique

Pour retirer une sonde thoracique, l'analgésie doit comporter les éléments suivants :

1. des mesures non pharmacologiques générales;
2. un analgésique systémique à action rapide, mais brève.

L'intubation

Ce sujet sera abordé de manière approfondie dans un autre document de principes de l'*American Academy of Pediatrics* et de la Société canadienne de pédiatrie.

L'examen de la rétine et l'opération de la rétinopathie du prématuré

1. Bien qu'on ne possède pas assez de données pour proposer une recommandation précise, les examens de la rétine sont douloureux. Il faut donc utiliser des mesures de soulagement de la douleur. Une démarche raisonnable consisterait à administrer des gouttes ophtalmiques anesthésiques et du saccharose par voie orale.
2. Il faut considérer l'opération de la rétine comme une opération majeure et administrer un analgésique efficace, à base d'opiacés.

La circoncision

Il faut toujours soulager la douleur provoquée par la circoncision. L'*American Academy of Pediatrics* a publié un document sur ce sujet précis. Pour obtenir plus d'information, consultez le texte complet de ce document de principes, en anglais (*Pediatrics* 2006;118(5):2231-2241 ou <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/118/5/2231>>).

Pour obtenir plus de renseignements, consultez le document complet, en anglais, dans le numéro de Pediatrics 2006;118(5):2231-41 ou, par Internet, à l'adresse <<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;118/5/2231.pdf>>.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE : Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né

Membres : Docteurs Keith J Barrington (président), Hôpital Royal-Victoria, Montréal (Québec); Joanne Embree (représentante du conseil), université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba); Haresh Kirpalani, Children's Hospital - Hamilton HSC, Hamilton (Ontario); Koravangattu Sankaran, Royal University Hospital, Saskatoon (Saskatchewan); Hilary Whyte, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario); Robin Whyte, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Représentants : Docteurs Dan Farine, Mount Sinai Hospital, Toronto (Ontario) (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada); David Keegan, London (Ontario) (comité des soins de maternité et de périnatalité, Collège des médecins de famille du Canada); Catherine McCourt, Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Agence de santé publique du Canada, Ottawa (Ontario); Alfonso Solimano, BC's Children's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique) (section de la médecine néonatale et périnatale, Société canadienne de pédiatrie); Ann Stark, Texas Children's Hospital, Houston (Texas) États-Unis (comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, American Academy of Pediatrics); madame Amanda Symington, Hamilton Health Sciences Centre - McMaster Site, Hamilton (Ontario) (Neonatal Nurses)

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, section de la chirurgie et section de l'anesthésiologie et de la prise en charge de la douleur

Auteurs principaux : Docteurs Keith Barrington (comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, Société canadienne de pédiatrie); Daniel G Batton (comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, American Academy of Pediatrics); G Allen Finley (section de l'anesthésiologie et de la prise en charge de la douleur, American Academy of Pediatrics); madame Carol Wallman (National Association of Neonatal Nurses, représentante à l'American Academy of Pediatrics)

Les recommandations du présent énoncé ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes. Les adresses Internet sont à jour au moment de la publication.