

Situations complexes : au-delà des standards, quelles pratiques ?

Onco-hématologie pédiatrique : spécificité des douleurs et de leurs traitements.

Ricard Christine ⁽¹⁾, Tichit Renaud ⁽²⁾, Bernard Frédéric ⁽²⁾, Margueritte Geneviève⁽²⁾, Lemaitre Laurent ⁽³⁾

1. Anesthésiste-réanimateur, Unité Douleur Enfant, Hôpital Larpeyronie, Montpellier
2. Pédiatres, Unité d'Onco-hématologie pédiatrique, Service de Pédiatrie 3, Hôpital Arnaud de Villeneuve, Montpellier
3. Psychologue, Unité de psychologie clinique, Hôpital Arnaud de Villeneuve, Montpellier

Le cancer de l'enfant : spécificités

Environ un enfant sur 500 sera confronté au cancer. Il est la seconde cause de mortalité chez les moins de 15 ans. Un adolescent sur 750 est un ancien patient. Les cancers de l'enfant ont le plus souvent une croissance rapide et sont chimiosensibles.

Epidémiologie de la douleur

Plus d'un enfant sur 2 rencontrent au cours de son traitement une douleur modérée à sévère [1]. Elle est due dans 56 % des cas à la chimiothérapie, dans 21 % au cancer lui-même, dans 13 % à une inflammation, dans 11 % à une intervention chirurgicale et dans 4 % à l'irradiation [2]. Les douleurs neuropathiques par compression ou envahissement par les cellules cancéreuses ou liées aux techniques de chimiothérapie et radiothérapie sont présentes chez 50% des enfants.

Etiologie des douleurs

- *Liées à la tumeur :*

- Douleurs osseuses très fréquentes, souvent inaugurale. Elles sont intermittentes sur fond douloureux permanent, insomniantes et croissantes.
- Céphalées souvent matinales, majorées par les efforts et associées à des vomissements qui les soulagent.
- Douleurs abdominales mal localisées, révélatrices d'une tumeur rétro ou intra péritonéale . --
- -Compressions nerveuses plus rares chez l'enfant .

- *Liées au traitement :*

- chimiothérapie surtout: Mucites fréquentes, extrêmement douloureuses, à l'origine d'une intolérance alimentaire totale; neuropathies périphériques, responsables de douleurs intenses, parfois de constipation opiniâtre et de douleurs abdominales.
- radiothérapie actuellement moins pourvoyeuse de douleur, grâce à l'amélioration de ses techniques.
- Comme chez l'adulte, on retrouve les douleurs liées aux infections, aux corticoïdes et à la chirurgie.

- *Liées aux gestes invasifs, nombreux et répétés*

La douleur liée aux soins est souvent plus mal vécue que la maladie elle-même [2]. Les plus fréquents sont les prélèvements veineux, les soins de cathéters centraux, les ponctions lombaires et les myélogrammes. Un soin douloureux va être mémorisé. Il peut être responsable de troubles du sommeil ou du comportement. La répétition des gestes augmente la douleur et l'anxiété responsable d'une altération de la qualité de vie. Une antalgie insuffisante sera à l'origine d'une phobie durable à type d'opposition massive aux gestes suivants. Des recommandations ont été récemment publiées pour améliorer cette prise en charge [3].

Sémiologie de la douleur

- Signes émotionnels: troubles du comportement (pleurs, agitation, crispation du visage), signes neuro-végétatifs (sueur, pâleur, HTA, tachycardie, polypnée), perturbations métaboliques : hyperglycémie, hypercatabolisme.
- Signes dits directs : positions et attitudes antalgiques, protection d'une zone douloureuse, hyper ou hypotonie
- Atonie psychomotrice: altération motrice, manque d'expressivité et désinvestissement affectif.. Elle est spécifique d'une douleur qui dure.

Reconnaissance

Elle est difficile chez le jeune enfant qui n'a pas acquis la verbalisation ou lorsqu'il s'agit de douleurs neuropathiques [4].

Le diagnostic de cancer entraîne des bouleversements dans la vie de l'enfant et de sa famille, des modifications des repères familiaux et de la place sociale de l'enfant

Les liens entre souffrance et douleur physique sont régis par des modalités actives complexes, peu évidentes qui nécessitent une écoute attentive.

Evaluation de la douleur

La cotation de l'intensité de la douleur pour être objective va utiliser des outils spécifiques [5]. Les échelles d'auto-évaluation sont proposées à l'enfant qui peut verbaliser: Echelle visuelle analogique, planche des visages, dessin sur le bonhomme sont les plus utilisées. Echelle verbale simple, Echelle numérique simple, Questionnaire Douleur Saint-Antoine sont utilisés. Le recours aux échelles d'hétéro-évaluation ou comportementales est fréquent. D.A.N. pour les douleurs aiguës du nouveau-né, CHIPPS pour les douleurs aiguës de 0 à 4 ans. E.D.I.N. dans les douleurs prolongées du nouveau-né (0 à 1 mois), Échelle D.E.G.R. est validée pour la douleur cancéreuse (2 à 6 ans). L'échelle HEDEN (hétéro évaluation douleur enfant) est une échelle simple de cotation de la douleur élaborée par consensus d'experts à partir de l'échelle DEGR. Elle a fait l'objet d'une étude de validation dont les résultats sont en cours de publication.

La cotation est suivie d'une réévaluation du traitement.

Traitement

Les moyens antalgiques sont multiples.

Il utilise les paliers de l'O.M.S. [2]. Le choix dépend de l'intensité de la douleur.

niveau 1: le paracétamol est prescrit per os régulièrement. Les AINS sont utilisés dans les métastases osseuses

niveau 2: Le chlorhydrate de Tramadol qui a une AMM à 3 ans pour la forme orale est plus utilisé que les dérivés de la codéine [2].

niveau 3: la Nalbuphine est utile dans les douleurs aiguës. La morphine est le médicament le plus prescrit. L'indication de prescription est immédiate dans les douleurs sévères et il n'y a pas de dose plafond.

La posologie de base per os est 0.5 à 1 mg/kg/j avec augmentation des doses par paliers de 50 % toutes les 24 heures. La Morphine retard est une forme galénique très utilisée

Les interdoses (1/6 de la dose journalière) utilisent Sévrédol® Actiskenan® et le sirop Aguetant® 5 mg/ml.

La posologie intra-veineuse demande une titration (0,1 mg/kg puis 0,02 mg/kg toutes les 10 minutes) La P.C.A. est utilisable dès 5 ans.

La Sophidone L.P.® a une AMM à 7 ans;

Fentanyl® et Sufentanyl® sont utiles dans les douleurs rebelles. Les Patchs de Durogésic® à 12 et 25 mcg/h sont posés en milieu hospitalier après adaptation de la dose nécessaire de Morphine. L'enfant est satisfait par cette présentation .

Anti-convulsivants, Rivotril® Neurontin® et antidépresseurs, Laroxyl®, répondent aux douleurs neuropathiques. Les corticostéroïdes Prédnisone : 1 à 2 mg/kg/j sont antalgiques mais entraînent un préjudice esthétique.

Les anxiolytiques Atarax ® Léxomil ® Hypnovel ® sont utilisés. La sédation est faite avant un geste par Hypnovel ® en prémédication.

Les biphosphonates ont une action antalgiques sur les tumeurs osseuses et peut être une action antitumorale. La Kétamine fait l'objet d'une étude dans les mucites. Elle est utilisée en continu dans les douleurs rebelles et surtout actuellement très fréquemment dans la prévention des gestes douloureux répétés [6].

L'analgésie locorégionale a un intérêt reconnu en période post-opératoire. Elle est indiquée ,hors du bloc opératoire dans les douleurs localisées réfractaires et ou neuropathiques ou lorsque les morphiniques ont des effets secondaires majeurs. L'indication ne doit pas être portée trop tard. L'irradiation est une technique antalgique efficace, notamment en soins palliatifs terminaux [7].

L'enfant participe activement aux techniques cognitives et comportementales et particulièrement à l'imagerie visuelle et crée ses propres métaphores. Elles sont efficaces pour l'antalgie lors des soins[8].

Le traitement préventif des douleurs provoquées doit être systématique [8]. La présence des parents est souhaitable. Une information réciproque juste précédera le geste.

Anxiolytiques, bolus de morphine,EMLA ®et MEOPA et moyens non médicamenteux sont utilisés régulièrement (tétine, jeux, chants, histoires, relaxation, hypnose) mais le résultat peut être insuffisants [9]. Les publications montrent le recours nécessaire à l'utilisation de Kétamine [7] et de propranolol [10] hors du bloc opératoire et la nécessité d'élaborer des guides de bonnes pratiques[11].

Les Soins palliatifs

L'évolution des techniques thérapeutiques et antalgiques est à l'origine d'une durée plus longue de la période "soins palliatifs". Le maintien de la vie à domicile doit rester possible avec continuité de la qualité des soins et de l'antalgie.

Les réseaux interhôpitaux et ville-hôpital doivent y veiller.

Conclusion

Les douleurs sont fréquentes, intenses, polymorphes , récurrentes et durables.

L'interdisciplinarité est indispensable pour les traiter car l'éclairage des professions est différent. La douleur des soins est à éviter. Les opioïdes sont à prescrire très largement. Le recours à l'analgésie par anesthésie locorégionale se justifie. Le retour à domicile est rendu plus facile grâce aux réseaux.

A tout moment et en tout lieu, la place familiale et sociale de l'enfant et de ses parents est à respecter.

Bibliographies

1. Ljungman G, Gordh T, Sörensen S, et al. Pain variations during cancer treatment in children: a descriptive study. *Pediatr Hematol Oncol* 2000; 17:211-221.
2. Zernikow B, Smale H, Michel E et al. Paediatric cancer pain management using the WHO analgesic ladder – results of a prospective analysis from 2265 treatment days during a quality improvement study. *Eur J Pain* 2006; 10:587-595.

3. Schmitt C, Theoblad S, Fabre N et al. Standards, options and recommendations for the management of procedure-related pain (lumbar puncture, bone marrow aspiration or biopsy, blood sampling) in children patients with cancer (summary report). *Bull Cancer* 2006; 93:805-811.
4. Vargas-Scheffer G, Pichard-Léandri E. La douleur neuropathique chez le jeune enfant cancéreux. *J Palliat Care* 1995 ; 3 :95-98.
5. Sites à consulter www.pediadol.org www.sparadrap.org www.cnrd.org
6. Evans D, Turnham L, Barbour K et al. Intravenous ketamine sedation for painful oncology procedures. *Paediatric Anaesth* 2005; 15:131-138.
7. Koontz BK, Clough RW, Halperin EC. Palliative radiation therapy for metastatic Ewing sarcoma. *Cancer* 2006; 106:1790-1793.
8. Wild MR, Espie CA. The efficacy of hypnosis in the reduction of procedural pain and distress in pediatric oncology : a systematic review. *J Dev Behav Pediatr* 2004; 25:207-213.
9. Ricard C. Causes des douleurs induites, traitement, prévention : chez l'enfant. In *Les douleurs induites*, Donnadieu S. Editorial Paris 2005 Ch 11, p 133-155. www.institut-upsa-douleur.org.
10. Von Heijne M, Bredlöv B, Söderhäll S et al. Propofol or propofol-alfentanil anesthesia for painful procedures in the pediatric oncology ward. *Paediatric Anaesth* 2004; 14:670-675.
11. Murat I, Gall O, Tourniaire B. Procedural pain in children : evidence-based best practice and guidelines. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2003; 28:561-572.