

*Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.*

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique.

Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

## **Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 23 mars 2021**

**! nouvel en-tête valable dès janvier 2021 !**

Première heure :

### **Douleur et polyhandicap : du haut en couleur !**

Dr D. Jacquier CHUV

Il existe plusieurs idées répandues : plus l'enfant est jeune, moins il ressent la douleur. Les enfants avec un TSA ressentent moins la douleur. Les enfants avec un déficit intellectuel ressentent moins la douleur. Les enfants avec polyhandicap ont généralement moins de douleurs. Ces quatre assertions sont fausses, la douleur est ressentie comme chez un enfant normal.

La douleur et une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle.

La douleur existe dès qu'elle est ressentie.

La douleur s'exprime différemment chez l'enfant handicapé, puis elle s'efface, en laissant des traces.

La culture, l'expérience, modulent la douleur.

Les caractéristiques de la douleur ont été décrites dans un article (Delivering transformative action in paediatric pain: a Lancet Child & Adolescent Health Commission Review Lancet Child Adolesc Health 2021 Jan;5(1):47-87. [Christopher Eccleston](#) –et all.) Il existe une composante nociceptive, une composante neuropathique, mais également une composante nociplastique (concept correspondant une autogenèse de la douleur). La perception de la douleur implique le système nerveux périphérique sensoriel, ainsi que le système nerveux central qui s'occupe de la gestion de la douleur par différents circuits complexes.

Le handicap est une limitation des possibilités d'interaction. Près de 1 milliard de personnes sont concernés par un handicap.

Le polyhandicap correspond à des définitions comme severe neurological impairment, complex cerebral palsy, profound intellectual and multiple motor disabilities. Il s'agit d'un concept relativement nouveau.

Il existe une estimation de la fréquence du polyhandicap d'environ 0,5 pour 1000 enfants.

Il peut également y avoir sur un handicap, par exemple les conséquences orthopédiques (luxation de hanche par ex).

En France, il existe un groupe du polyhandicap pour s'occuper de cette situation de vie spécifique d'une personne avec un dysfonctionnement cérébral précoce, entraînant de graves conséquences et perturbation motrice ou de communication. La lésion cérébrale peut être acquise (infection, accident vasculaire cérébral) ou congénitale, soit évolutive, soit fixe (génétique, malformative, infectieuse ou cause inconnue).

Par exemple Tom, âgée de neuf ans, présente une paralysie cérébrale sur asphyxie néonatale sévère, avec tétraparésie traitée par Baclofenac, déficit intellectuel, troubles nutritionnels nécessitant une nutrition par PEG, épilepsie, hanche luxée. Il est amené par sa famille car il grimace plus, il est agité et il est plus raide depuis un mois.

Ces signes sont suggestifs d'un problème douloureux, et un diagnostic différentiel à la recherche de la douleur doit être posé.

L'expression de la douleur peut revêtir différentes formes, comme la sudation, la transpiration, les cris ou même le rire compulsif. Il peut y avoir comme cause une constipation, une infection urinaire.

Il existe des outils d'évaluation : l'hétéro évaluation, parent proche (parents, professionnelle). Des biomarqueurs ont été recherchés, des IRM fonctionnelles ont été évaluées, mais ne sont pas employées en pratique courante.

Des échelles de douleurs ont été établies : il en existe plusieurs :

- 1) Grille d'évaluation GED-DI : elle comporte 30 items, elle a une bonne validité, mais trop longue à remplir.
- 2) La FLACC modifié est un score plus simple. Il s'agit du score FLACC modifié pour la personne handicapée.
- 3) Le score douleur enfant San Salvador (hôpital à Hyères) nécessite de bien connaître l'enfant et de rechercher ses modifications de comportement.
- 4) Il existe aussi le Pediatric Pain Profile (PPP).

Le plus important est donc d'évaluer la douleur, lorsque l'enfant n'est pas connu ; les scores GED-DI et FLACC sont plus adaptés, et lorsque les enfants sont connus la DESS (San Salvador) ou PPP sont plus appropriés. On trouve sur le site [pediadol.org/quelle-échelle-choisir](http://pediadol.org/quelle-échelle-choisir) de plus amples informations.

Il faut aussi tenir compte de l'avis des proches. Si le contexte médical est particulier, il faut rechercher des causes plus significatives (complications médicamenteuses, hémorragies, etc.).

Il faut aussi tenir compte de la trajectoire de l'enfant, de son parcours, et des différents appareillages qu'il peut avoir.

Il est difficile d'estimer les conséquences émotionnelles de la douleur pour l'enfant.

Après évaluation de la douleur, il faut en rechercher la cause.

Les causes les plus fréquentes sont gastro-intestinales (reflux, constipation, pancréatite médicamenteuse, et éventuellement appendicite), O.R.L. (santé dentaire, bavage, aspiration, otites, sinusites, traumatisme), oculaire (inflammation), complication rénale, douleurs ostéo-musculaires (zone d'appui), problème neurologique (spasticité, épilepsie, douleurs neuropathiques ou centrale, hyperalgie viscérale), ou douleur liée au traitements médicamenteux.

Une démarche est suggérée dans l'article suivant : Pain Assessment and Treatment in Children With Significant Impairment of the Central Nervous System Julie Hauer, Amy J. Houtrow. Pediatrics June 2017. Il est nécessaire de faire une bonne anamnèse, un examen clinique à la recherche d'une maladie, des examens paracliniques selon besoin. Un traitement empirique est proposé, et l'article mentionne l'utilité de la Gabapentin, ce qui n'est pas l'habitude en Suisse. Le médicament est admis pour les douleurs chroniques après l'âge de 18 ans. Ce médicament peut être utile dans les situations chroniques, et est moins risqué que les opiacés. L'article suggère des schémas d'introduction.

Autrement, le traitement de base consiste en analgésiques non opioïdes ou opioïdes, traitement de la cause. Le but est peut-être une disparition des douleurs ou une diminution des douleurs.

Il faut craindre les effets secondaires et un principe de précaution doit s'appliquer.

Il ne faut pas oublier les solutions non médicamenteuses, également très utiles, comme le chaud, froid, les massages, le positionnement.

Il faut rechercher, pour les éviter, les facteurs déclenchants, comme des mauvaises positions.

En résumé :

- l'enfant polyhandicapé a souvent des raisons d'avoir des douleurs
- il faut être vigilant au comportement douloureux
- il existe des outils d'évaluation de la douleur

- la prise en charge est nécessaire, soit médicamenteuse soit non médicamenteuse
- Il existe des plans d'action en cas de douleur.

Référence.

Pédiadol.org,

L'équipe pédiatrique de soins palliatifs (VD),

Les pédopsychiatres,

l'article : Pain Assessment and Treatment in Children With Significant Impairment of the Central Nervous System Julie Hauer, Amy J. Houtrow, M Pediatrics June 2017

Compte rendu du Dr V. Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)