



Comment gérer l'analgésie postopératoire de l'enfant et en fonction de quoi ? ☆☆☆

Francis Veyckemans

Disponible sur internet le :
17 avril 2018

CHRU de Lille, hôpital Jeanne-de-Flandre, anesthésie-réanimation pédiatrique, 2,
avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille, France

francis.veyckemans@chru-lille.fr

Mots clés

Douleur postopératoire
Enfant
Qualité des soins

Résumé

La gestion de l'analgésie postopératoire doit être préparée lors de la consultation d'anesthésie en tenant compte de son intensité et de sa durée habituelles, de l'état de santé de l'enfant et après avoir obtenu le consentement informé des parents. Elle doit être initiée durant l'intervention chirurgicale. En cas d'hospitalisation, la prescription d'analgésiques doit être basée sur un protocole d'analgésie établi avec l'ensemble de l'équipe soignante ; il doit inclure la conduite à tenir en cas d'analgésie insuffisante, d'effet secondaire ou de complication. De plus, les parents doivent être intégrés dans la prise en charge de leur enfant. En cas de chirurgie ambulatoire, la communication d'instructions précises aux parents est essentielle pour éviter à la fois une analgésie insuffisante et des complications. Un appel téléphonique le lendemain de l'intervention permet d'évaluer la prise en charge parentale et de donner des conseils utiles. Quel que soit le lieu où la douleur postopératoire est prise en charge, l'efficacité du traitement doit faire l'objet d'une démarche d'évaluation de la qualité des soins. Celle-ci représente un processus énergivore et chronophage qui demande du leadership, un esprit d'équipe et un soutien institutionnel pour atteindre ses objectifs.

Keywords

Postoperative pain
Child
Quality control

Summary

Postoperative analgesia in children: How to manage it and according to what?

Postoperative pain management should be prepared during the preoperative visit, based on the usual intensity and duration of pain following the foreseen procedure, child's preoperative status, and after obtaining parental informed consent. It should be started during surgery. For in-hospital patients, the administration of analgesics should be based on a protocol written with the whole team and including precise orders to deal with insufficient pain relief, side effects or complications. Moreover, the parents should be actively involved in their child's care. In day case surgery,

☆ « Texte présenté à la Journée monothématique de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) : Anesthésie pédiatrique pour tous, 16 mai 2018, Paris ».

☆☆ « Ce texte a été publié sous la seule responsabilité des auteurs et du comité scientifique de la « Journée monothématique de la Sfar ». Il n'a pas fait l'objet d'une évaluation par le bureau éditorial de la revue Anesthésie & Réanimation ».

communication with the parents regarding pain assessment and administration of painkillers is of paramount importance to avoid under treatment of pain as well as complications. A phone call at home the day after surgery is very useful to evaluate how the parents manage their child's recovery and to help if needed. Wherever postoperative pain is managed, its efficiency should be carefully evaluated using a quality improvement strategy. This is an energy- and time-consuming process that requires leadership, team spirit and institutional support to achieve its goals.

L'analgésie postopératoire est un élément important de la prise en charge de l'enfant car, outre l'obligation éthique de la soulager, elle conditionne le retour à une alimentation et à une activité normales : elle doit faire partie du plan d'anesthésie élaboré lors de la consultation d'anesthésie et son efficacité doit être évaluée au niveau individuel et dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Étant donné que le cas clinique qui sert de support à cette journée monothématique est une amygdalectomie chez un enfant en surpoids souffrant d'apnées obstructives du sommeil, les exemples seront orientés vers cette pathologie.

La préparation : la consultation préopératoire

Tout comme la prise en charge anesthésique peropératoire, le plan d'analgésie postopératoire s'élabore dès la consultation d'anesthésie. Il doit tenir compte :

- de l'âge et des comorbidités éventuelles de l'enfant : antécédent de prématurité, syndrome d'apnées obstructives du sommeil (voir l'article y consacré dans ce numéro), une maladie chronique (asthme, obésité...), une déficience mentale ou physique ;
- de l'intervention prévue et de la durée habituelle de la douleur postopératoire qu'elle génère sachant que la technique opératoire peut l'influencer ; ainsi :
 - une étude australienne a montré que 50 % des enfants opérés d'une amygdalectomie présentent encore des douleurs sévères 7 jours après l'intervention et ne retrouvent une activité normale qu'au 12^e jour ; pour une orchidopexie, les douleurs sévères peuvent durer jusqu'à 3-4 jours et la limitation des activités normales jusqu'au 6^e jour [1],
 - une étude réalisée en Suède sur un collectif de 32 225 enfants et adolescents a montré que la prise d'analgésiques était nécessaire plus longtemps après une amygdalectomie qu'après une amygdalotomie (ou amygdalectomie partielle) (5 à 8 jours contre 3 à 5 jours), et après une amygdalectomie pour angines fréquentes qu'après une amygdalectomie pour syndrome obstructif (différence moyenne de 1,3 jours) [2],
 - il est important de fournir une information aussi objective que possible aux parents à ce sujet : il faut éviter de promouvoir l'absence de douleur postopératoire car tout inconfort

sera perçu comme un échec et risque de compromettre la relation de confiance enfant-parent-médecin ;

- du lieu où cette prise en charge aura lieu : milieu hospitalier ou à domicile ;
- de l'expérience de l'anesthésiste et de l'équipe soignante ;
- en cas de prise en charge ambulatoire, du contexte social : qui prendra véritablement l'enfant en charge : un parent ? un grand-parent ? une nourrice ?

Outre les aspects purement anesthésiques (mode d'induction, accès veineux etc), une stratégie est proposée aux parents : analgésie locorégionale (bloc périmédullaire ou périphérique, avec ou sans cathéter) ou analgésie systémique par voie IV (PCA, infusion continue de morphine) ou orale (paracétamol, AINS, tramadol). Les avantages, inconvénients et risques respectifs de chaque technique sont exposés dans le but d'obtenir le consentement parental (et de l'enfant s'il est en âge de comprendre) pour l'une ou l'autre des options proposées. Ce consentement ne doit pas obligatoirement être obtenu le jour de la consultation : un délai de réflexion est proposé en cas d'hésitation, mais une décision claire devra être exprimée lors de la visite pré-anesthésique.

En cas de prise en charge à domicile, il est utile d'interroger les parents sur les analgésiques pour enfant dont ils disposent déjà à domicile (paracétamol, AINS). En cas de réserves insuffisantes, il est utile de prévoir d'emblée la prescription de ceux qui seront utilisés, afin d'éviter qu'un parent doive se rendre en urgence dans une pharmacie lors du retour de l'intervention. Il est également utile de fournir aux parents un document écrit décrivant l'évolution postopératoire habituelle de l'intervention et la prise en charge de leur enfant car même si ces informations sont dites, elles seront facilement oubliées car leur attention est prioritairement focalisée à ce moment sur la sécurité et les instructions de jeûne. On peut également conseiller la lecture avec l'enfant d'un des livrets spécifiques disponibles via l'association Sparadrap ou la visite d'un site internet comme celui de Pédidiol.

Enfin, quel que soit le lieu où l'enfant sera pris en charge en postopératoire, il est utile de préciser aux parents que leur enfant risque de présenter de façon transitoire des troubles du comportement en postopératoire : crises de colère, peur d'aller dormir ou cauchemars. La cause de ces troubles est multifactorielle : mauvaise préparation psychologique de l'enfant, induction agitée, douleur postopératoire mal traitée,

stress post-traumatique... Ils peuvent aider leur enfant en lui expliquant ce qui va arriver à l'aide de livres, de vidéos, de jeux ou d'une visite préopératoire des lieux, et en nous aidant à bien prendre sa douleur en charge (voir l'article L'anesthésie pédiatrique : une affaire de famille, dans ce numéro).

La réalisation

L'analgésie postopératoire débute durant l'anesthésie : il faut prévoir une analgésie de qualité et un réveil sans douleur en utilisant les techniques et moyens adaptés. Par exemple, un bloc pariétal de l'abdomen ou une caudale en cas d'orchidopexie, un morphinique et de la dexaméthasone en cas d'amygdalectomie...

En milieu hospitalier

Quel que soit le protocole ou la technique d'analgésie utilisée, sa mise en place doit avoir fait l'objet d'un consensus d'équipe (anesthésiste-réanimateur, chirurgien, infirmières) et d'une information claire. Les techniques spéciales, comme l'utilisation des blocs péri-dural ou nerveux périphérique avec cathéter, ou l'utilisation d'une infusion autocontrôlée ou non de morphine, doivent faire l'objet d'une formation initiale et régulièrement répétée, adaptée aux nouvelles connaissances, de toute l'équipe. Les complications de ces techniques sont rares, ce qui fait qu'avec le temps la vigilance de leur surveillance tend à se relâcher : il est donc indispensable d'y re-sensibiliser régulièrement toute l'équipe. L'évaluation de la douleur à l'hôpital est un problème complexe : il y a souvent une large différence entre ce qui devrait être fait sur base des connaissances et ce qu'il se passe sur le terrain. Toutes les équipes rencontrent cette difficulté, et les causes en sont multiples : surcharge de travail, tendance à la désensibilisation à la douleur des patients pour tenir le coup psychologiquement, discordances entre le résultat des évaluations par échelles et l'expérience etc. Peut-être serait-il plus intéressant, pour l'hétéroévaluation de la douleur, de parler d'échelles d'analgésie (où les soignants doivent rechercher des signes positifs de non-douleur) que d'échelles de douleur (où l'enfant doit faire l'effort de montrer sa douleur). Il est cependant important d'essayer au maximum de documenter la qualité de l'analgésie postopératoire à l'aide des échelles choisies par toute l'équipe (EVA, FLACC, EVENDOL, EDIN etc). Cela permet de communiquer entre soignants et d'évaluer l'efficacité (efficacité, effets secondaires, complications) des protocoles d'analgésie utilisés. La présence d'un référent-douleur dans chaque équipe est un élément essentiel pour prendre en charge ces différents problèmes [3].

Il est utile et nécessaire d'intégrer les parents aux soins de leur enfant en les encourageant à y participer activement : toilette, repas, câlins durant les soins... Ils doivent se sentir partenaires à part entière dans la prise en charge de leur enfant (notion de *family-centred care*). Nous devons aussi les encourager à être l'avocat de leur enfant quand ils pensent qu'il a mal, qu'il est anxieux, ou qu'on pourrait mieux faire.

À domicile

En cas de chirurgie ambulatoire, la responsabilité de la prise en charge de l'analgésie, des soins de plaie et de la réadaptation de l'enfant est transférée du milieu hospitalier vers les parents qui sont en général peu ou pas formés/expérimentés, et dont le jugement risque d'être influencé par le climat émotionnel (il s'agit de « leur enfant ») et par leur subjectivité. Celle-ci peut en effet influencer leur jugement par excès ou par défaut en fonction de leur éducation, de leurs antécédents personnels, de leur culture, de leur religion... Dans ce contexte, les objectifs de l'équipe soignante seront d'à la fois assurer une analgésie optimale, diminuer l'anxiété des parents, éviter les complications et améliorer la revalidation de l'enfant. Le succès repose essentiellement sur la qualité de l'information fournie et sur la manière de la communiquer : il faut veiller à utiliser un langage facile à comprendre, basé sur des éléments concrets (éviter par exemple que les parents doivent calculer les doses) et adapté à l'intervention. Cette information doit être fournie par écrit ou par voie électronique (bornes, site web du service) et sa compréhension doit être validée au cours d'une conversation avec un membre de l'équipe soignante, idéalement l'anesthésiste qui autorise la sortie de l'enfant.

Les instructions postopératoires écrites doivent inclure :

- une information sur l'évolution habituelle d'un enfant qui a bénéficié de cette intervention et les complications possibles ;
- une aide à l'évaluation de la douleur : les échelles de douleur classiques sont peu utilisables par les parents. Il est préférable de leur proposer une échelle faite pour les parents (comme l'échelle PMPP, voir [annexe 1](#)) qui prend en compte des « signes de non-douleur » en tenant compte de son comportement habituel : l'enfant n'a pas mal quand il bouge, a un sommeil réparateur, et parle, joue et mange normalement ;
- les modalités d'administration des analgésiques : le plus simple est de prévoir un analgésique à administrer de manière systématique et un second à administrer « en secours » si le premier s'avère insuffisant. En cas de douleur persistant malgré l'association de deux analgésiques, il faut prévoir un appel téléphonique à l'hôpital ou au médecin traitant ; une difficulté particulière en cas d'amygdalectomie est l'enfant qui refuse d'avaler à cause de la douleur car on se retrouve rapidement face à un patient douloureux et déshydraté ;
- une information sur les soins locaux à effectuer ;
- une information sur la conduite à tenir en cas de problème : un numéro de téléphone joignable 24 h/24.

Un exemple de contenu d'un feuillet d'information consacré à l'amygdalectomie est présenté ci-joint (voir [annexes 2 et 3](#)). Il faut également s'assurer que cette information a été effectivement assimilée : il ne faut pas hésiter à la répéter, à en faire répéter les éléments-clés aux parents et, bien sûr, à répondre aux questions.

ÉCHELLE PPMP : Postoperative Pain Measure for Parents pour l'évaluation de la douleur par les parents d'enfants de 2 à 12 ans

pour chaque item, score 0 (signe absent) à 1 (signe présent) total sur 15.

JOUR
HEURE
Pleurniche ou se plaint plus que d'habitude
Pleure plus facilement que d'habitude
Joue moins que d'habitude
Ne fait pas les choses qu'il ou elle fait d'habitude
Semble plus inquiet que d'habitude
Semble plus calme que d'habitude
A moins d'énergie que d'habitude
Mange moins que d'habitude
Refuse de manger
Tient l'endroit douloureux de son corps
Essaie de ne pas heurter l'endroit douloureux
Gémit ou grogne plus que d'habitude
A le visage plus congestionné que d'habitude
Cherche du réconfort plus que d'habitude
Prend le médicament qu'il ou elle refuse d'habitude
SCORE GLOBAL

Les analgésiques

Idéalement, les protocoles d'analgésie postopératoire doivent avoir fait l'objet d'un consensus entre anesthésistes et chirurgiens afin d'éviter que les parents reçoivent des messages contradictoires : par exemple, certains chirurgiens ORL refusent que leurs patients prennent des AINS après une amygdalectomie. De même, il est important que les soins chirurgicaux (pansement, désinfection, éléments de surveillance clinique etc) soient intégrés aux instructions postopératoires. Des exemples de protocoles basés sur les données de la littérature sont disponibles par voie électronique [4-6]. Les analgésiques utilisables à domicile sont : le paracétamol, un AINS, le tramadol et la morphine. La description complète de ces médicaments et de leur posologie sort du cadre de cet article [7-9]. Il est cependant utile de rappeler que :

- diverses études ont montré que la prise d'AINS n'augmente pas le risque de saignement après une amygdalectomie [10,11] ; il faut cependant éviter de banaliser la prescription

des AINS et garder leurs contre-indications classiques à l'esprit (fonction rénale, par exemple) ;

- l'utilisation de tramadol fait l'objet d'une controverse : suite à 9 cas de problèmes respiratoires au décours de la prise de tramadol [12], dont 3 suivis d'un décès, la FDA a émis en 2017 un avis d'alerte interdisant l'utilisation de tramadol comme analgésique chez l'enfant de moins de 12 ans. Cet avis a été tempéré par un éditorial dans *Pediatric Anesthesia* [13] et les recommandations de plusieurs sociétés scientifiques : le dosage actuellement recommandé est de 0,5 à maximum 1 mg/kg toutes les 8 heures. Il faut cependant garder à l'esprit que le métabolisme du tramadol par le CYP2D6 fait l'objet du même polymorphisme génétique que la codéine, et que son usage est contre-indiqué en cas d'épilepsie. De plus, outre la sensibilité accrue aux effets morphiniques en cas de syndrome sévère d'apnées obstructives du sommeil (voir l'article dans ce numéro), le principal risque est le surdosage, notamment avec la forme en gouttes : il faut

ANNEXE 2

Instructions pratiques

- Des vomissements peuvent se produire durant votre trajet de retour ou à domicile et peuvent être dus à l'opération elle-même ou aux produits anesthésiques utilisés. Un épisode unique peut être banalisé. Nous vous proposons de tenter une réhydratation prudente à l'aide d'une boisson à base de cola dégazéifiée, par petites gorgées répétées. Astuce pour enlever les bulles : ajouter un peu de sucre en poudre dans un demi-verre de cola. Si votre enfant refuse de boire, faites-lui sucer des glaçons. Si votre enfant vomit plus de 3 fois en 12 h, nous vous recommandons fortement de prendre contact avec votre médecin traitant ou un service d'urgence pour qu'un médecin puisse l'évaluer ;
 - La douleur : cette opération peut provoquer de fortes douleurs. Nous vous recommandons de donner les antidouleurs systématiquement pendant 1 semaine et plus longtemps si votre enfant manifeste encore des signes de douleur. Vous pouvez nous contacter au numéro : ... Une infirmière vous contactera par téléphone le lendemain de l'intervention pour prendre des nouvelles de votre enfant et répondre à vos questions.
1. Le jour de l'opération pour le retour à la maison, donnez les médicaments anti-douleurs selon les heures indiquées par l'infirmière :
 - Paracétamol : à ...H et à ...H
 - Ibuprofène : à ...H et à ...H
 2. Le lendemain à la maison et pendant 7 jours (ou plus si nécessaire) :
Donnez systématiquement le jour :
Ibuprofène Sirop ...ml ou Cé ...mg
Matin (8 h) Après-midi (14 h) Soir (20 h)
Entre deux doses d'ibuprofène ET la NUIT (seulement si l'enfant se réveille), donnez
Paracétamol Sirop ...ml ou cé ...mg : Max 4 x/jour
Si malgré ce traitement, votre enfant n'est pas soulagé, donnez-lui en PLUS (utilisez la prescription) : Tramadol ...gouttes ou cé ...mg 3 fois par jour
En respectant un minimum de 6 heures entre 2 doses

insister auprès des parents sur la précision nécessaire lors de la préparation de chaque dose ;

- la prescription de morphine à domicile pose d'autres problèmes : la fiabilité des parents (respect de la dose et des intervalles), un risque accru de désaturation [14], et le devenir des doses non utilisées et conservées dans la pharmacie familiale [15].

Pour ce qui concerne les antiémétiques, depuis le retrait de la dompéridone il n'existe plus sur le marché français d'antiémétique utilisable à domicile sauf le sirop d'ondansétron (5 mg/4 mL) hors AMM, ce qui n'est pas idéal en cas de nausées ou de vomissements.

Un problème fréquemment rencontré en chirurgie ambulatoire est celui de l'administration par voie orale d'un analgésique à un enfant qui refuse de l'avaler à cause de la douleur ou du mauvais goût. L'absorption par voie rectale étant aléatoire, il faudrait sensibiliser l'industrie pharmaceutique à la production de formes galéniques plus faciles à utiliser dans ce contexte comme des gaufrettes lyophilisées ou des granulés à résorption

sublinguale ou buccale, ou encore la voie intranasale (non utilisable cependant en cas de rhume ou dans les suites immédiates d'une adénoïdectomie).

Enfin, des thérapeutiques non médicamenteuses peuvent être très utiles : ainsi, le lendemain d'une amygdalectomie, encourager l'enfant à mâcher du chewing-gum évite la contracture des muscles masticateurs et humidifie le pharynx. L'ingestion de miel liquide semble également avoir un pouvoir antalgique et cicatrisant. En cas de chirurgie du prépuce, poser délicatement un gel de lidocaïne loco dolenti permet une mobilisation moins douloureuse de prépuce et d'éviter la peur d'uriner...

L'évaluation immédiate

En milieu hospitalier

La première ligne est assurée par l'équipe d'infirmières qui évaluent l'intensité de la douleur et administrent les analgésiques. Les ordres médicaux postopératoires doivent être précis (idéalement, en fonction des seuils prévus pour la ou les échelles utilisées dans le service) et inclure des instructions claires sur

Informations sur les suites de l'amygdalectomie

- * Les soins locaux : sérum physiologique 3 x /jour 2 à 3 gouttes dans le nez pour l'humidifier
- * Le saignement : pour éviter celui-ci, donnez une alimentation froide et molle (glace, yaourt, flan, compote...) les 2 premiers jours, et ensuite une alimentation molle (purée, viande moulue...) pendant une semaine. Aux environs du 7ème jour, un petit saignement peut survenir parfois à la chute d'un caillot ou d'une escarre (croûte), il s'arrêtera le plus souvent spontanément.
- * La douleur : cette opération peut provoquer une intense douleur dans la gorge, irradiant vers les oreilles. Elle peut aller croissant jusqu'au 3ème jour et ne diminuer qu'après une semaine. Votre enfant pourra l'exprimer par des pleurs, cris et agitation, refus de boire ou de manger, troubles du sommeil, mais aussi immobilité ou refus de contact et de jeux. Nous vous recommandons de donner un antidouleur de façon systématique afin d'éviter les « pics » douloureux et de permettre à l'enfant un retour aux activités de base (bouger, boire et manger, jouer, dormir...).
- * La température : une légère augmentation (38°) est fréquente, les médicaments prescrits aideront à la normaliser.
- * Si votre enfant
 - a des nausées, des vomissements, est somnolent, ne boit plus du tout...
 - a des douleurs insuffisamment soulagées...
 - présente de la fièvre au-delà de 38 °C qui persiste plus de 24 h...
 appelez et/ou consultez votre pédiatre ou médecin traitant : une lettre d'information a été rédigée à son attention, donnez-la lui.

la conduite à tenir en cas d'analgésie insuffisante, d'effet secondaire ou de complication. Un médecin doit être joignable rapidement en cas d'analgésie insuffisante (car il faut s'assurer que celle-ci n'est pas un signe clinique d'une complication chirurgicale), de complication grave ou de situation imprévue. Il s'agit d'un véritable travail d'équipe où il importe que le médecin prescripteur écoute et prend en compte l'avis des infirmières et des parents.

À domicile

Dans notre expérience, le contact téléphonique avec les parents le lendemain de l'intervention est un élément primordial. Ce contact est en général réalisé par une infirmière ; il est l'occasion de s'assurer que l'enfant va bien, de la qualité de la première nuit postopératoire, de prodiguer si besoin des conseils pratiques mais aussi d'encourager les parents dans leur prise en charge. Une enquête réalisée aux États-Unis a montré qu'après une amygdalectomie 71 % des enfants recevaient moins de la moitié des doses d'analgésique prescrites bien que leurs parents estimaient qu'ils souffraient d'une douleur sévère [16]. Étant donné que la douleur est souvent la plus sévère au deuxième jour, ce contact téléphonique au lendemain de l'intervention devrait permettre d'améliorer la compliance parentale aux instructions reçues. Enfin, il est nécessaire qu'un médecin soit informé du résultat des contacts téléphoniques du jour afin de détecter une situation possiblement inquiétante ou une

augmentation inhabituelle de la fréquence d'une complication. En cas de problème, il ne faut pas hésiter à rappeler les parents à 48 h.

L'évaluation globale du processus de soins

La prise en charge de la douleur postopératoire doit faire l'objet d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins, ce qui implique (1) la mesure et la collecte d'éléments objectifs ; (2) leur analyse ; (3) le choix d'objectifs à améliorer et les moyens d'y parvenir et (4) de recommencer régulièrement ce cycle. Chaque étape de ce cycle de progrès réclame de la motivation et de l'énergie, mais aussi des moyens humains.

Pour l'enfant hospitalisé, il est intéressant de vérifier régulièrement le nombre d'évaluations de la douleur rapportées dans le dossier infirmier, les modifications qui ont été apportées au traitement initialement prescrit, et enfin quels effets secondaires et complications ont été observés. On peut également demander aux parents de remplir un questionnaire de satisfaction qui inclut des données sur leur perception de la qualité de l'analgésie postopératoire. Il n'est pas rare qu'on observe une discordance entre le vécu des parents et celui de l'équipe : ce qui a été perçu comme un échec ou un cas complexe par les soignants peut être considéré comme une réussite par les parents car on s'est beaucoup occupé de leur enfant. Au contraire, des parents à qui l'on a promis l'absence de douleur

en préopératoire peuvent être déçus car leur enfant a présenté des douleurs modérées. . .

Pour l'enfant à domicile, outre l'appel téléphonique du premier jour, qui peut être en partie standardisé pour faciliter la collecte des indices de qualité choisis, un second appel au 7ème jour, un questionnaire papier à renvoyer dans une enveloppe prépayée ou à remplir sur internet sont des moyens de collecter des données, même si le taux de réponses n'est pas très élevé. On peut également demander au chirurgien qu'il interroge les parents à ce sujet lors de la consultation de contrôle postopératoire.

Les points essentiels à collecter sont : les scores de douleur (repos et au mouvement), les effets secondaires (nausées et vomissements), la compliance à la prescription reçue (et les causes de non-compliance : mythes et croyances parentaux, refus de l'enfant, autre avis médical etc), les complications (réadmission, déshydratation, rétention urinaire, infection, appel du médecin à domicile, troubles du comportement). Sur base des chiffres ainsi obtenus, on peut comparer la performance du service par rapport aux données de la littérature et, après quelques mois, aux données précédentes du service pour vérifier si la situation s'améliore, stagne ou se dégrade.

La mise en place et la continuité de ce processus d'amélioration de la qualité des soins requièrent un leadership pour maintenir la motivation de toutes les personnes concernées mais aussi un soutien institutionnel. Il est également important de présenter régulièrement le résultat du processus à toutes les personnes concernées.

Conclusion

La prise en charge efficiente de la douleur postopératoire de l'enfant est une entreprise humaine valorisante mais difficile, qui ressemble parfois au mythe de Sisyphe. Outre un esprit d'équipe, elle nécessite de la motivation, un enseignement continu, une évaluation régulière de son efficacité, une actualisation des protocoles et la lutte à la fois contre la résistance au changement et l'érosion de l'enthousiasme initial. C'est aussi une école d'humilité quand il faut en gérer les échecs. La gestion efficace de la douleur aiguë permet également d'éviter l'apparition de douleurs chroniques postopératoires et de phobie médicale chez les futurs adultes que nous prenons en charge.

Déclaration de liens d'intérêts : L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Stewart DW, Ragg PG, Sheppard S, Chalkiadis GA. The severity and duration of postoperative pain and analgesia requirements in children after tonsillectomy, orchidopexy, or inguinal hernia repair. *Ped Anesth* 2012;22:136-43.
- [2] Alm F, Stalfors J, Nerfeldt P, Ericsson E. Patient reported pain-related outcome measures after tonsil surgery: an analysis of 32,225 children from the National Tonsil Surgery Registry in Sweden 2009-2016. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2017;274:3711-22.
- [3] Kost-Byerly S, Chalkiadis GA. Developing a pediatric pain service. *Ped Anesth* 2012;22:1016-24.
- [4] <https://www.pediadol.org>. *Pediadol*. Spécificités de la douleur post-opératoire chez l'enfant.
- [5] <https://www.pediadol.org>. La douleur de l'enfant : l'essentiel. Ouvrage collectif consultable en ligne et disponible via Sparadrap.
- [6] APAGBI. Good practice in postoperative and procedural pain management. 2nd edition. *Pediatr Anesth* 2012;22(S1):1-79.
- [7] <https://www.pediadol.org>. HAS – prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant: alternatives à la codéine.
- [8] Fuzier R, Belbachir A, Gall O, Keita H. Analgésie postopératoire en « situations particulières ». *Recommandations pratiques*. *Ann Fr Anesth Reanim* 2008;27:966-8.
- [9] Lauder G, Emmott A. Confronting the challenges of effective pain management in children following tonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014;78:1813-27.
- [10] Aveline C, Le Hetet H, Le Roux A, Bonnet F. A survey of the administration of prednisolone versus ibuprofen analgesic protocols after ambulatory tonsillectomy. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2015;34:281-7.
- [11] Tan GX, Tunkel DE. Control of pain after tonsillectomy in children – a review. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery* 2017. <http://dx.doi.org/10.1001/jamaoto.2017.0845>.
- [12] Orliaguet G, Hamza J, Couloigner V, Denoyelle F, Lorient MA, Broly F, et al. A case of respiratory depression in a child with ultrarapid CYP2D6 metabolism after tramadol. *Pediatrics* 2015;135:e753-5.
- [13] Anderson BJ, Thomas J, Ottaway K, Chalkiadis GA. Tramadol: keep calm and carry on. *Pediatr Anesth* 2017;27:785-8.
- [14] Kelly LE, Sommer DD, Ramakrishna J, Hoffbauer S, Arbab-Tafti S, Reid D, et al. Morphine or ibuprofen for post-tonsillectomy analgesia: a randomized trial. *Pediatrics* 2015;135:307-13.
- [15] Monitto CL, Hsu A, Gao S, Vozzo PT, Park PS, Roter D, et al. Opioid prescribing for the treatment of acute pain in children on hospital discharge. *Anesth Analg* 2017;125:2113-22.
- [16] Fortier MA, MacLaren JE, Martin SR, Perret-Karimi D, Kain ZN. Pediatric pain after ambulatory surgery: where is the medication? *Pediatrics* 2008;124:e588-95.