

Octobre
Novembre
Décembre 2004



N° 16

N° ISSN 1634 -3506

Le lien entre
les professionnels
de la périnatalité

La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon

Rédacteur en Chef

Dr Françoise Montoya
Pédiatrie II Hôpital Arnaud de Villeneuve
371, Av. du Doyen Giraud 34 295 Montpellier Cdx 5
Tel.: 04 67 33 66 06

Coordination

Directeur de la rédaction et de la publication
Catherine Cecchi – Kinésithérapeute - Cadre supérieur de Santé
Hôpital Arnaud de Villeneuve GEN Languedoc-Roussillon
371, Av. du Doyen Giraud
34 295 Montpellier Cdx 5
Tel.: 04 67 33 81 46,
Fax : 04 67 33 58 27
e-mail : c-cecchi@chu-montpellier.fr

Comité éditorial

Président : Pr J.C. Picaud, pédiatre-néonatalogiste,
P. Culiandez, pédiatre, M. Dedieu, cadre puéricultrice,
I. Giraud, médecin urgentiste, M. Grémy MIRS DRASS,
D. Héve, médecin DIM, M. Hoffet, gynécologue-obstétricien,
J.B. Mariette, pédiatre, G. Masson, gynécologue-obstétricien,
N. Meïer, pédiatre CAMPS, M.C. Passouant URCAM,
F. Pérez, sage-femme, J. Rambaud, médecin-URML.

EDITORIAL

Dr Françoise MONTROYA
Rédacteur en Chef

Les progrès actuels de l'analgésie font que la douleur est un sujet que l'on appréhende moins d'aborder.

La douleur en obstétrique considérée longtemps comme « *le prix à payer au moment de la naissance* », n'est plus à l'heure actuelle le postulat de l'accouchement.

La douleur obstétricale a pendant longtemps été la seule prise en considération, actuellement il est plus juste de parler de douleur périnatale.

Certaines douleurs dont on parle moins qui néanmoins sont très invalidantes et dont les conséquences individuelles et familiales peuvent être importantes, sont les douleurs liées à l'état de grossesse et les douleurs dans le post-partum.

Mieux appréhendées dans leurs mécanismes, elles doivent être recherchées et reconnues. La douleur périnatale ne peut se réduire à la seule composante somatique. Il faut pouvoir et savoir apporter une écoute et une réponse adaptée. C'est le domaine de plusieurs compétences. L'écoute pendant la grossesse, les séances de préparation à la naissance sont le garant d'une prise en charge individualisée et efficace quelque soit l'interlocuteur.

L'analgésie, doit savoir anticiper la douleur avant même qu'elle ne s'exprime. Les professionnels ont des compétences complémentaires pour apporter des solutions personnalisées en évitant le cloisonnement.

Jacques Dubourdieu dans son article sur « Douleur et obstétrique » témoigne de cette ouverture et de cette complémentarité entre les techniques d'analgésie médicamenteuses et les techniques d'analgésie par hypnose, sophrologie ou acupuncture.

De la même façon, les articles « Douleurs liées à l'état de grossesse » et « Douleurs dans le post partum » de l'équipe obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, sont conjointement rédigés par obstétriciens, acupuncteur, rééducateur et ostéopathe.

Parfois la composante relationnelle peut rendre nécessaire le recours aux compétences spécifiques du psychologue ou du psychiatre qui restera en lien avec l'équipe périnatale. La prise en charge de la douleur périnatale est nécessairement dépendante de la personnalité, des désirs et des besoins de la patiente qu'il faut savoir écouter.

Longtemps niée, la douleur chez le nouveau-né et en particulier chez le nouveau-né prématuré est maintenant reconnue ainsi que ses conséquences

potentielles à long terme qui exigent qu'elle soit prise en charge, sujet qu'aborde le docteur Ricardo Carbajal (Centre National des Ressources de Lutte contre la Douleur). Les procédures de soutien comportemental développées dans le cadre des soins individualisés de développement (programme NIDCAP) associées à l'utilisation de solutions sucrées ne doivent pas être réservées aux seuls services de pédiatrie néonatale mais être largement utilisées en maternité.

Le traitement pharmacologique de la douleur du nouveau-né qui est très protocolisé dans les unités de pédiatrie néonatale de niveau III, a aussi sa place dans les unités de niveaux II et I : les protocoles de pédiatrie en maternité réalisés par le groupe des pédiatres du Languedoc Roussillon mis en ligne sur le site de www.perinat-lr.org, en témoignent.

Chaque professionnel doit être renseigné par rapport aux différentes techniques proposées et existantes. Il doit savoir s'informer auprès des personnes ressources en région.

La prise en charge de la douleur de la mère et du nouveau-né concerne chacun des acteurs de santé de la périnatalité, pluridisciplinarité et formation sont indispensables.

Douleurs liées à l'état de Grossesse

G. Masson, P. Mares (Gynécologie Obstétrique), D. Prat (Anatomie et Acupuncture), B. Joubert (Rééducation fonctionnelle, thérapie manuelle et ostéopathie), D. Bonneau (Médecine manuelle - ostéopathie) - CHU de NIMES

La grossesse est un état naturel, physiologique, mais qui s'accompagne très souvent de phénomènes douloureux, en particulier ostéo-ligamentaires, dont on explique la survenue par l'imprégnation hormonale de la femme enceinte, responsable d'une hyper laxité ligamentaire et des modifications dans les contraintes articulaires.

- douleurs thoraciques, douleurs lombaires (plus ou moins sciatalgies)
- douleurs pelviennes, algies pubiennes (plus ou moins difficultés à la marche)
- douleurs articulaires / hanches et genoux surtout
- troubles associés : digestifs, urinaires mictionnelles (pollakiurie, urgences, rétention..).

Leur fréquence varie de 21 à 54 %, mais s'agissant dans l'ensemble de pathologies bénignes, elles sont souvent négligées, soit parce qu'elles sont jugées comme normales, soit parce qu'elles sont difficiles à traiter, en raison des nombreuses contre-indications thérapeutiques liées à la grossesse.

Pourtant l'importance de ces douleurs ne devrait pas laisser indifférent.

Leurs causes sont multiples :

- Modifications de la statique du rachis : attitude "asthénique" (Augmentation de la cyphose dorsale et lordose lombaire) avec enroulement des épaules
- Bascule du bassin en antéversion, majorée par l'hypertonie des psoas et le déplacement en avant du centre de gravité (présence du fœtus et relâchement des muscles de la paroi abdominale plus ou moins aggravé par un diastasis des droits, chez la multipare)
- Surpoids au niveau des articulations. (coxo-fémorale, genou, voûte plantaire = autant de points d'appel)
- Perturbations neurovégétative et vasculaire, sources d'algodystrophies.

Toutes ces modifications sont directement source de douleurs, mais peuvent induire des troubles digestifs ou urinaires par leurs effets sur les plexus sympathiques et parasympathiques.

De plus la stase veineuse pelvienne, avec répercussions au niveau musculaire et nerveux, est une autre source de douleurs.

Différents tableaux cliniques

Syndrome douloureux rachidien : apparaît au 3^{ème} Trimestre

Deux formes de gravité différente :

Lombalgies communes (30 % des grossesses)

En rapport avec la saillie discale liée à l'hyperlordose, l'insuffisance musculaire, et le relâchement ligamentaire

Elles siègent dans la région lombaire basse, exagérées par la station debout prolongée et diminuent avec le décubitus, différentes du Syndrome douloureux pelvien par leur exagération aux manœuvres de flexion antérieure, latérale et d'hyper extension du rachis. On retrouve un point algique à la pression de la région L4-L5 ou L5-S1, mais pas de douleur au TV, ni de tension douloureuse de la corde du releveur de l'anus. Ces lombalgies peuvent se compliquer de radiculalgies de topographie L5 ou S1, exceptionnellement de névralgie crurale.

Dans certains cas les lombalgies sont en rapport avec des troubles de la statique rachidienne, tels que cyphose dorsale, scoliose ou spondylolisthésis, portant dans 90 % des cas sur L5 et dont le signe clinique essentiel est le décalage épineux marqué

par un sillon médian au-dessus de L5, avec dépression particulière à la palpation.

Syndromes douloureux abdomino-pelviens : du banal syndrome ligamentaire au vrai syndrome ostéo-musculo-articulaire de Lacomme (relâchement des symphyses)

Douleur typique abdominale basse avec pesanteur pelvienne et tiraillement de la région inguinale, associée à une douleur lombosacrée fessière, sans sciatique vraie. **La marche est difficile** et la patiente a du mal à s'étendre sur le lit, à se relever et même à se retourner quand elle est couchée.

A l'examen : douleur vive bilatérale à la pression rétro-pubienne, latéro-symphysaire et sur la surface quadrilatère de l'os iliaque et au TV une douleur élective à la mise en tension du levator ani. Toutes les formes cliniques existent de la plus discrète à la plus trompeuse pouvant donner un tableau pseudo-appendiculaire, pseudo-néphritique... (risque d'erreurs diagnostiques).

Syndrome douloureux costal

déclenché par la position assise irradiant dans l'hypochondre, le long du rebord costal, calmé par la station debout et le décubitus.

Syndrome du canal tarsien

Douleurs, paresthésies, sensations de brûlures plantaires et des orteils, à nocturne, irradiant vers le mollet ou la cuisse, ne pas confondre avec des sciatalgies ou une phlébite surtout si associées à une stase veineuse gravidique.

Syndrome du canal carpien :

Douleurs, paresthésies, sensations de "doigts morts", prédominance le matin au lever, nécessitant parfois des infiltrations locales de corticoïdes.

Autres types de douleurs :

Crampes musculaires nocturnes par hypomagnasémie, hypokaliémie (?)

Syndrome du muscle pyramidal

Douleurs sacro-iliaques et des ligaments ilio-lombaires

Myalgie tensionnelle du plancher pelvien (tension musculaire continue des pubo-coccygiens)

Compressions ou étirements neurologiques (Nerfs abdomino-génital, génito-crural, pubendal).

Quelles thérapeutiques ?

Elles sont limitées par l'état de grossesse et sont de plusieurs types :

Repos et traitements symptomatiques : (paracétamol, magnésium plus ou moins vit B6, (Uteplex*, Ossopan* éventuellement AINS sur des périodes courtes, seulement au 2^{ème} trimestre), acupuncture, ceintures de maintien, thérapie manuelle et ostéopathique, kinésithérapie. ■

L'essentiel devant des douleurs pendant la grossesse peut se résumer ainsi

Faire un bilan pour préciser au mieux le diagnostic par la clinique

Faire le diagnostic différentiel avec des pathologies graves liées ou non à état gravidique

- . Contractions utérines douloureuses / MAP , HRP
- . Syndromes chirurgicaux pelviens ou pelvi-abdominaux
- . AVTE
- . Hernie discale, compression du plexus lombo-sacré
- . Ostéo nécrose de la tête fémorale
- . Fracture sans déplacement

Préciser les implications socioprofessionnelles et la qualité de vie

Proposer une prise en charge et à défaut un accompagnement de ces douleurs

Toute douleur peut être prise en charge et soulagée

Douleurs dans le Post-Partum

G. Masson, P. Mares (Gynécologie Obstétrique), D. Prat (Anatomie et Acupuncture), B. Joubert (Rééducation fonctionnelle, thérapie manuelle et ostéopathie), D. Bonneau (Médecine manuelle - ostéopathie) - CHU de NIMES

Très fréquentes, liées directement à l'accouchement et aux gestes qu'il a impliqués, alors que les douleurs liées à une grossesse vont en grande partie s'estomper.

Les lombalgies radiculaires se corrigent progressivement.

Leur persistance ou leur récurrence impose donc un bilan très complet., qui recherchera :

une ostéose iliaque condensante, fréquemment bilatérale (et qui peut être d'ailleurs asymptomatique).

une spondylarthrite ankylosante débutante, etc..

Par contre une coccygodynie est souvent présente dans le post-partum immédiat, et va rapidement disparaître, sauf en cas de **fracture coccygienne**.

Au niveau symphysaire, on peut retrouver une disjonction modérée, avec gêne douloureuse à la marche et pas traînant, parfois associées à des douleurs fessières avec sciatalgies tronquées (participation sacro-iliaque).

La rupture de la symphyse pubienne est rare (1/10000 à 300000 accouchements) avec impotence fonctionnelle complète et douleurs importantes irradiant à la face interne des cuisses. La radiographie confirme le diagnostic et permet d'éliminer une ostéite pubienne.

Les douleurs pelvi-abdominales:

musculo-aponévrotiques liées aux efforts expulsifs, rapidement résolutive ou à une cicatrice de césarienne, moins longues avec la technique de Cohen, qu'après section musculaire mais traitements antalgiques actuellement bien codifiés.

utérines : contractions persistantes ("tranchées") plus fréquentes chez la multipare et lors des mises au sein.

Les douleurs périnéales restent les plus fréquentes

au niveau du périnée postérieur

plus intenses les premiers jours, après épisiotomie ou déchirure accentuées en cas d'œdème, d'hématome voire de thrombus vaginal.

Elles vont, en général, petit à petit disparaître. Cette rémission peut être accélérée par une rééducation périnéale précoce.

Elles peuvent persister plus ou moins longtemps, avec dyspareunie superficielle et / ou profonde en cas de :

- étirement du nerf pubendal
- syndrome de Masters et Allen
- mauvaise réfection chirurgicale (asymétrie, sténose...)
- mauvaise cicatrisation (surtout si infection locale surajoutée) favorisant des névromes cicatriciels.

- au niveau du périnée antérieur :

brûlures mictionnelles dues à des éraillures vulvaires à une uréthrite post-sondage ou à une infection urinaire

Les voies de la douleur mises en jeu au cours du travail obstétrical sont de nos jours parfaitement connues et les progrès dans le domaine de l'analgésie péridurale ont été considérables au cours de cette dernière décennie :

- généralisation de la présence d'un anesthésiste dans les maternités par le biais de textes visant à améliorer la sécurité maternelle,
- amélioration des moyens matériels,
- amélioration des techniques avec apparition de la périrachi-analgésie séquentielle, de l'analgésie péridurale auto contrôlée par la patiente, de la péridurale ambulatoire,
- amélioration des protocoles pharmacologiques résultant de nombreuses études sur l'association de différentes classes de produits et grâce à l'apparition de nouvelles molécules répondant aux impératifs liés à l'obstétrique,
- diminution des contre-indications d'origine maternelle à l'analgésie péridurale par un meilleur dépistage et une prise en charge des grossesses à risque plus performante grâce au fonctionnement en réseau.

Ainsi la majorité des femmes peut bénéficier d'une technique sûre, n'interférant peu ou pas sur la mécanique obstétricale, permettant d'obtenir des scores de douleur, sur une échelle visuelle analogique, proche de zéro.

Cependant la douleur, surtout en obstétrique, ne peut se réduire à sa composante somatique tant dans sa signification que dans son approche thérapeutique. Son expression, son intensité et son vécu dépendent de nombreux facteurs propres à l'histoire de chaque femme comme par exemple :

- des facteurs sociaux, culturels, parfois religieux,
- du mode de relation à l'autre : avec l'enfant à naître, avec sa propre mère, avec son compagnon en temps que futur père mais aussi en temps que partenaire,
- de la résurgence d'expériences traumatiques anciennes,
- de la mobilisation de douleurs somatiques survenues par le passé dans des contextes avoisinants (hospitalisation, événements chirurgicaux gynécologiques, etc) ou des circonstances toute autre (accident de la voie publique, maladie chronique, etc)

Prendre en compte cette complexité visant à améliorer la prise en charge de la douleur en

obstétrique au vu des connaissances actuelles va passer par offrir la possibilité à la parturiente -au couple- d'anticiper une place plus active dans les moyens à notre disposition :

- en mobilisant leur capacité propre à réagir à la douleur aidé des moyens cités ci-dessus (personnelle et du couple),
- en facilitant l'expression du contenu émotionnel que cette souffrance physique peut véhiculer.

Dans ce sens, **les séances de préparation à l'accouchement** ont une place privilégiée. Trop souvent dans les représentations que les futures mères en ont, elles se résument à une succession d'acquis théoriques les renvoyant "à l'insu des professionnels" à leur sentiment d'ignorance dans le domaine et dans leur future capacité de maternage. Ceci appuie pour les plus fragiles d'entre elles sur leur manque de confiance, ce d'autant plus que tout le système scolaire actuel est basé sur la mémorisation d'acquis théoriques ne privilégiant pas la dimension interactive des apprentissages. Par la-même, le sentiment de confiance en soi et de différenciation par rapport à l'autre est fragilisé dans notre société, l'accompagnement de la naissance pourrait-il devenir une opportunité de changer le cours des choses ?

A l'occasion de ce temps d'apprentissage certes et d'entraînement à des techniques permettant à la patiente d'être active sur la douleur, peut-on enrayer les conditions de survenue d'un sentiment d'échec à l'origine d'une culpabilité envahissante ? Eviter ainsi qu'elle ne se laisse submerger sans ne plus pouvoir rien maîtriser en personnalisant chaque type de préparation, en groupe ou individuelle, utilisant des "outils relationnels" repérant : hypnose, haptonomie, sophrologie, relaxation,...

L'approche par **l'hypnose** présente, dans le domaine de l'obstétrique, est particulièrement intéressante car elle rassemble plusieurs axes de travail visant à redonner une place active à la future mère dont on peut supposer les effets positifs sur les premiers liens mère-enfant et sur le réaménagement des places familiales à venir - père, grands-parents, fratrie -.

La technique en elle-même est assez facilement transmissible et utilisable. Les quelques points ci-dessous permettent une lecture approximative des objectifs :

- la patiente apprend et s'entraîne à l'auto hypnose, à l'hypno-analgésie par le biais de dissociations et de métaphores. L'efficacité est vérifiée par l'étude du ressenti par la patiente de stimulus douloureux en état modifié de conscience et en état de conscience normal.

- le sujet soumis à une douleur aiguë se trouve d'emblée en état modifié de conscience. Sur cette base, l'état d'auto hypnose et les informations enregistrées pendant la préparation seront d'autant plus facilement retrouvés en cours de travail puisque l'intensité de la douleur se prête à modifier l'état de conscience.

- des phénomènes d'amnésie et de distorsion du temps très bénéfiques peuvent apparaître en cas de phénomène douloureux.

Chez les patientes (avec ou sans antécédent obstétricaux) dont la peur d'accoucher est peu mobilisable par les techniques classiques (psychothérapie, consultations obstétricales rapprochées, sage-femme à domicile...), certaines techniques utilisées en hypnose ont un effet très favorable - si très reliées aux autres prises en charge - mais malheureusement peu reconnues dans notre culture médicale.

En salle de naissance, la sage femme a une place relationnelle dans l'accompagnement de la parturiente en s'appuyant sur une technique bien balisée, semblable en de nombreux points à une relation hypnotique (focalisation de l'attention par la voix et le regard, utilisation de suggestions, proximité corporelle et dans le temps, etc...).

La sage femme peut solliciter la patiente à avoir une certaine autonomie dans le choix du déroulement du travail en s'intéressant aux méthodes apprises en cours de préparation - même dans l'urgence- et en l'encourageant à les utiliser ainsi que des moyens simples (déambuler de façon prolongée, utiliser des positions antalgiques différentes jusqu'à trouver "la bonne", favoriser l'utilisation d'accessoires,...) Le recours à l'acupuncture si l'équipe s'y est formée peut également être d'un grand soulagement pour chacun. Il n'en demeure pas moins de garder la capacité d'être à l'écoute d'une demande d'analgésie péridurale, mais peut-être s'interdire d'en être l'initiatrice en l'absence de raisons médicales.

Le bon vécu de l'accouchement et par là "la bonne prise en charge de la douleur" n'est pas lié à des scores de douleur bas sur une

échelle visuelle analogique, c'est ce qui découle du témoignage des jeunes mères dans le post-partum. A contrario ceci explique les réactions parfois déconcertantes de patientes déçues après la pose d'une analgésie péridurale de "ne plus rien sentir du tout".

L'évolution actuelle de nos structures, qui tendent à être de plus en plus grandes avec un nombre minimum de sages-femmes, ne facilite malheureusement pas l'instauration de ce type de relation ni la continuité de l'anténatal au post natal. Trop souvent la prise en charge de la douleur ne se résume ou ne débute qu'au moment de la pose d'une analgésie péridurale.

De jeunes sages-femmes, comme beaucoup d'autres professionnels de santé, se retrouvent démunies face à leur patiente qui revendique le droit de ne pas souffrir. L'amélioration de la prise en charge de la douleur passera aussi par un renforcement de l'enseignement, dispensé en formation initiale (école de sage-femme) et en formation continue en s'efforçant d'ouvrir les vastes horizons que cette thématique englobe (professionnels extra et intra hospitaliers, aspects culturels et sociologiques, collaborations avec le champ pédiopsychiatrique, place de toutes les techniques, etc...). Elle ne peut donc se résumer à l'analgésie par péridurale même si celle-ci y joue un rôle majeur. Cette technique doit s'intégrer dans un ensemble de moyens

mis à la disposition des parturientes par l'équipe soignante pour leur permettre d'avoir un rôle actif sur le vécu de leur travail, les parents et leur devenir revenant au centre des préoccupations.

Soulager la douleur "à tout prix tout de suite" peut masquer nombre de distorsions relationnelles à venir si on ne prend pas soin de s'intéresser au contexte dans lequel la douleur se vit. Redonner à la femme une place centrale dans le déroulement du travail permettra que se poursuive l'amélioration de la prise en charge de la douleur en obstétrique, et au delà de la santé psychique des familles et de notre société à venir...

LA DOULEUR CHEZ LE NOUVEAU-NE

Dr. Ricardo CARBAJAL - Centre National de Ressources de Lutte Contre la Douleur.
Hôpital d'enfants Armand Trousseau. Paris

Introduction

Il a fallu un temps terriblement long à la communauté médicale pour réaliser que le nouveau-né était capable de ressentir la douleur. Les raisons avancées pour justifier la vieille notion de l'insensibilité du nouveau-né à la douleur comportaient, entre autres, une myélinisation incomplète, l'immaturité des récepteurs, et une transmission de l'influx nociceptif dans un système nerveux immature.

En plus de ces suppositions non fondées, d'autres raisons ont contribué au sous-traitement de la douleur du nouveau-né.

Parmi celles-ci on compte la complexité de l'évaluation de la douleur chez les enfants en âge pré-verbal, la peur des effets secondaires des traitements médicamenteux et la formation inadéquate du personnel médical et paramédical.

Malgré des avancées importantes obtenues durant les 15 dernières années, nous n'avons pas encore tendance au « sous-traitement » car nous ne disposons pas encore de tous les moyens nécessaires pour prévenir et traiter la douleur de tous les enfants dans toutes les situations cliniques.

Hypersensibilité à la douleur chez le nouveau-né prématuré.

Plusieurs arguments plaident en faveur d'une hypersensibilité du nouveau-né à la douleur. Fitzgerald et al. ont étudié, à différents stades de développement, les changements du seuil d'obtention du réflexe de retrait en flexion, dont les réponses correspondent au seuil de la douleur selon cet auteur, le seuil du réflexe de retrait en flexion est d'autant plus bas que le nouveau-né est prématuré.

D'autre part, les systèmes inhibiteurs descendants sont immatures à la naissance. Les seuils plus bas à la douleur et l'absence des systèmes inhibiteurs plaident en faveur d'une hypersensibilité à la douleur chez les nouveau-nés les plus immatures.

Conséquences à long terme de la douleur chez le nouveau-né

Des données récentes suggèrent que la douleur répétée et prolongée pourrait modifier le développement ultérieur du système de la douleur et probablement contribuer à l'apparition des altérations du développement et du comportement à long-terme chez les nouveau-nés prématurés.

Une étude des réponses douloureuses à la vaccination a bien montré que la réponse à la douleur peut être modifiée

plusieurs mois plus tard par une douleur intense ressentie pendant la période néonatale. Cette sorte de « mémoire de la douleur » est confirmée par une autre étude qui a montré que des nouveau-nés à terme ayant subi des ponctions au talon répétées durant les premières 24 à 36 heures de vie apprenaient à anticiper la douleur et montraient des réponses de douleur plus intenses que des enfants témoins lors d'une ponction veineuse ultérieure.

La douleur et la détresse précoces pourraient avoir des conséquences néfastes sur le développement neurologique à long terme chez les enfants de très faible poids à la naissance.

Evaluation de la douleur

Les buts spécifiques de l'évaluation sont de décrire la douleur et les facteurs qui l'influencent, d'aider à diagnostiquer la douleur, de prédire la nécessité d'un traitement, d'homogénéiser les pratiques, d'évaluer l'efficacité des traitements et de déterminer l'impact des interventions sur le devenir de l'enfant.

Afin d'atteindre ces objectifs, de nombreuses échelles de mesures ont été développées et publiées mais l'évaluation de la douleur chez le nouveau-né reste très complexe et ces outils ne donnent qu'une approximation

du phénomène. D'une manière succincte on distingue des échelles pour la mesure de la douleur ponctuelle d'un geste (DAN, PIPP, NIPS, etc.) et celles qui évaluent la douleur prolongée (EDIN).

Traitement non pharmacologique

Ces moyens, qui peuvent être de nature environnementale ou comportementale, ont une place importante dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né soit seuls soit en combinaison avec des moyens pharmacologiques. Ces moyens ne sont pas forcément des substituts ou des alternatives aux traitements pharmacologiques mais plutôt des solutions complémentaires.

Les moyens non pharmacologiques peuvent réduire la douleur du nouveau-né indirectement en diminuant le fardeau total de stimulation nociceptive à laquelle ces bébés sont exposés, et directement, par l'activation des voies inhibitrices descendantes ou par l'activation des systèmes de veille et d'attention qui modulent la perception douloureuse. Les moyens les plus efficaces sont les solutions sucrées, à base de saccharose ou de glucose (associées ou non à une succion), le contact peau à peau ainsi que l'allaitement maternel.

En pratique :

Chez des nouveau-nés à terme ou pesant plus de 2500 g, l'administration de 1 à 2 ml d'une solution de saccharose ou de glucose à 30% suivie de la succion non nutritive d'une tétine peut être proposée pour des gestes douloureux légers. L'efficacité analgésique du saccharose et du glucose semble comparable.

Chez l'enfant prématuré, on peut proposer 0,5 ml de cette solution pour les enfants pesant entre 2500g et 1500g et 0,3 ml pour ceux qui pèsent moins de 1500g. L'effet synergique de solutions

La douleur et la détresse précoces pourraient avoir des conséquences néfastes sur le développement neurologique à long terme chez les enfants de très faible poids à la naissance.

sucrées et de la succion d'une tétine a été clairement montré et justifie leur association en pratique.

Pour les enfants à terme qui sont allaités, on peut proposer des prélèvements lors de l'allaitement. Tous ces moyens peuvent être suffisants pour l'analgésie des gestes mineurs. En revanche, lors de la réalisation des gestes plus douloureux, d'autres moyens analgésiques plus importants doivent être utilisés.

Traitement pharmacologique

Le traitement pharmacologique de la douleur du nouveau-né peut comporter notamment des morphiniques, de la kétamine ou de la crème Emla®. Les morphiniques sont les analgésiques les plus utilisés chez le nouveau-né gravement malade.

La morphine est le chef de file de cette catégorie de médicaments mais plusieurs morphiniques synthétiques et semi-synthétiques sont actuellement disponibles et utilisés chez le nouveau-né.

Parmi les avantages des morphiniques, on compte leur puissance analgésique sans effet plafond, leur effet sédatif chez les patients ventilés, leur effet faible à modéré sur la stabilité hémodynamique

(même chez les enfants dont l'état clinique est instable), et une longue expérience d'utilisation chez le nouveau-né à terme ou prématuré. Une titration pour obtenir un effet analgésique efficace est indispensable.

L'utilisation conjointe des morphiniques et des médicaments non morphiniques améliore l'efficacité analgésique et diminue les doses des morphiniques chez les nouveau-nés qui, en raison d'une douleur sévère ou le développement d'une tolérance, auraient besoin de fortes doses de ces médicaments. Les analgésiques non morphiniques les plus utilisés chez le nouveau-né sont le paracétamol et la kétamine.

La kétamine est largement utilisée en réanimation néonatale pour la sédation et l'analgésie du nouveau-né.

Elle possède une excellente action analgésique et peut être administré par voie intraveineuse ou entérale. Outre son efficacité analgésique, la kétamine présente l'avantage de maintenir une stabilité des fonctions cardiovasculaires et respiratoires. La kétamine un excellent choix pour le soulagement de la douleur consécutives aux gestes.

En conclusion

Il existe actuellement des moyens pour prévenir et soulager la douleur du nouveau-né tant lors d'une douleur aiguë et ponctuelle, induite par les gestes, que lors d'une douleur prolongée. La distance existant entre les données déjà publiées sur le sujet et les modifications de la pratique clinique quotidienne n'est pas admissible. Le traitement de la douleur doit être la priorité de l'ensemble des soignants qui prennent en charge des nouveaux-nés ■

Des compléments d'information sont en ligne sur le portail professionnel sécurisé du site officiel de la périnatalité en Languedoc Roussillon
<http://www.perinat-lr.org>

L'incidence des émotions en périnatalité
7 - 8 avril 2005 Palais des Congrès

XV^{ème} Congrès National de Périnatalité -
BEZIERS

Renseignements et inscriptions :
Tél : 04 67 49 87 05
E-mail : perinatalite@gailhac.com



*La Lettre des Actualités
Périnatales du Languedoc-
Roussillon*

*est financée par la DRASS, l'URCAM, l'Union
Régionale des Médecins Libéraux du Languedoc-
Roussillon et le CHU de Montpellier*

N° ISSN 1634-3306