

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DES AFFECTIONS AIGUËS ORL DE L'ENFANT EN CONSULTATION

PAIN MANAGEMENT OF ACUTE ENT INFECTION IN CHILDREN

**BADOU KE1, BURAIMA F¹, KOUASSI YM¹, TANON-ANO H MJ¹, YODA M¹,
TIMITE-KONAN M², KOUASSI B¹.**

1- service ORL et Chirurgie Cervico-faciale CHU Yopougon
2- service de pédiatrie médicale CHU Yopougon

Correspondant : Dr BADOU K. Esther

Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale

CHU de Yopougon

09 BP 441 Abidjan 09. E-mail : dr_badou@yahoo.fr

RESUME

Objectif. La douleur de l'enfant semble insuffisamment prise en compte dans notre pratique. Le but de cette étude était d'évaluer l'intensité de la douleur aiguë liée aux affections ORL en consultation et l'efficacité de l'analgésie prescrite.

Patients et méthode. Il s'agissait d'une étude prospective réalisée sur 6 mois dans les services d'ORL et de Pédiatrie médicale du CHU de Yopougon. Soixante enfants de 2 à 12 ans présentant une affection aiguë ORL ont été recrutés.

Résultats. Nous avons recensés 55% de fille et 45% de garçon. L'âge des enfants variait de 2 à 12 ans et le maximum de fréquence (43,33%) était retrouvé dans la tranche d'âge de 2 à 4 ans. Les écoliers représentaient 58,33% de l'effectif. Le sommeil (58,33%), le jeu (63,33%), l'alimentation (58,33%) et la capacité d'aller à l'école (53,57%) étaient perturbés à la consultation. La douleur avait été évaluée à une intensité moyenne dans la majorité des cas 65%. La pharyngite aiguë 48,34% était l'affection la plus incriminée. Le paracétamol et l'ibuprofène ont été administrés dans les mêmes proportions parfois associés à une antibiothérapie (36%). L'efficacité de l'analgésie était bonne pour les médecins (85,72%) et les patients (83,93%).

Conclusion. L'intensité de la douleur est corrélée à l'activité de l'enfant. Le paracétamol et l'ibuprofène ne seraient pas recommandés pour les intensités moyennes à sévères.

Mots clés : Douleur aiguë, Enfants, Evaluation, Traitement, ORL

SUMMARY

Objective. The pain of the child seems insufficiently taken into account in our practice. The purpose of this study was to evaluate the intensity of the acute pain conditions ENT in consultation and the effectiveness of prescribed analgesia.

Patients and method: it is a prospective study on 6 months in ENT and the Yopougon UHC Medical paediatric services. Sixty children from 2 to 12 years old with acute disease ENT were recruited.

Results. We identified girl 55% and 45% of boy. Children age ranged from 2 to 12 years and maximum frequency (43, 33%) was found in the age of 2 to 4 years. Schoolchildren were 58.33% of the workforce. Sleep (58.33%), the game (63, 33%), food (58.33%) and the ability to go to school (53, 57%) were disturbed at the consultation. The pain had been assessed a medium intensity in the majority of the 65%. 48, 34% acute pharyngitis was the more complained disease acetaminophen and ibuprofen were administered in the same proportions sometimes associated with antibiotic therapy (36%). The efficacy of analgesia was good for physicians (85, 72%) and patients (83, 93%).

Conclusion. The intensity of the pain is correlated to the activity of the child. Acetaminophen and ibuprofen are not recommended for average intensities to severe.

Keywords: Acute pain, Children, Assessment, Treatment, ENT

INTRODUCTION

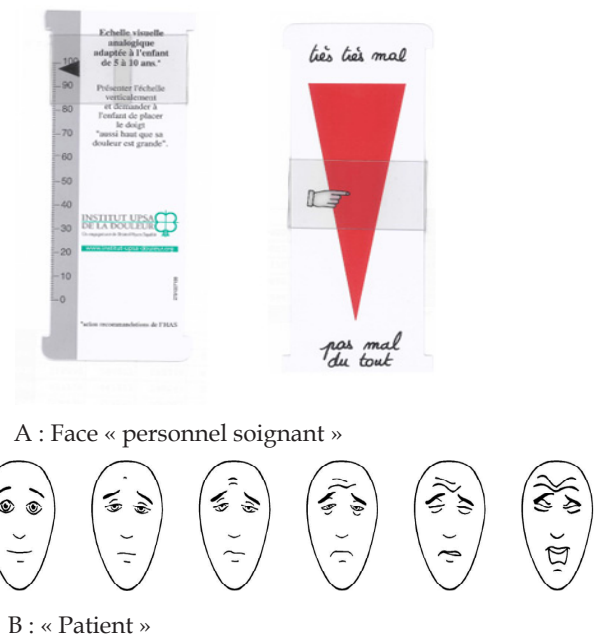
La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes de telle lésion¹. L'évaluation de la douleur chez l'enfant est particulière du fait des difficultés de communication liées à l'âge mais aussi des spécificités comportementales de l'enfant algique². Le but de ce travail était d'évaluer l'intensité de la douleur aiguë liée aux affections ORL en consultation et l'efficacité de l'analgésie prescrite, afin de permettre une prise en charge efficace de la douleur chez l'enfant.

PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude expérimentale prospective, randomisée en double aveugle réalisée dans les services de consultations d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale et de Pédiatrie médicale du Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougon. Etaient inclus, les enfants de 2 à 12 ans ayant une affection aiguë ORL pris en charge dans les services sus cités. Le recueil des données a été fait à partir d'une fiche de collecte. Les patients ont été repartis en deux groupes par randomisation à l'aide d'une table de nombre tiré au hasard : le numéro de randomisation a été attribué aux patients par ordre d'arrivée dans les services. Deux types de médicament ont été sélectionnés pour la réalisation de l'étude : le paracétamol et l'ibuprofène. Ces deux médicaments ont été retenus du fait de leur disponibilité en pharmacie, de leur utilisation fréquente en ORL et en pédiatrie et également dans le souci d'apprécier leur efficacité. La voie d'administration orale a été utilisée.

Le groupe A était constitué de 50% des cas mis sous paracétamol : 60mg/kg/j en 4 prises. Le groupe B était composé 50% des cas mis sous ibuprofène : 10mg/kg/j en 3 prises.

L'évaluation de la douleur a été faite avec l'échelle visuelle analogique EVA (côté de 0 à 10). Une intensité entre 0-3 correspond à une douleur absente ou faible ; entre 3-4 une douleur moyenne ; entre 4-6 une douleur intense et entre 6-10 une douleur sévère à extrême. Lorsque l'EVA ne pouvait pas être utilisée soit en raison du jeune âge ou du refus du patient, une échelle verbale simple a été proposée. Elle consistait à quantifier l'intensité douloureuse : absente, faible, modérée ou intense. L'échelle des six visages faces a été utilisée pour la tranche d'âge de 2 à 6 ans. (Figure 1)



A : Face « personnel soignant »

B : « Patient »

Figure 1 : A = Règlette d'évaluation de la douleur ;
B = Echelle de six visages (Faces Pain Scale - Revised) (FPS-R)

Une première évaluation était réalisée avec l'enfant par le médecin au cours de la consultation, en expliquant le maniement de ces échelles à l'enfant, ou à ses parents s'il n'était pas capable de le comprendre. Le médecin remettait aux parents, après avoir vérifié la bonne compréhension du maniement des échelles, un questionnaire anonyme à renvoyer directement à la prochaine consultation le 4^{ème} jour. Ce questionnaire à remplir à domicile, comportait :

- Une réévaluation de l'intensité de la douleur le soir du 1^{er} jour, après prises d'antalgiques, ainsi que les soirs du 2^{ème} et 3^{ème} jours de traitement ;

- Le retentissement de la douleur sur quatre aspects du comportement de l'enfant : la qualité du sommeil, l'activité de jeu, le retentissement sur l'alimentation et la capacité d'aller à la crèche ou à l'école. Pour chaque item, une cotation à trois niveaux était proposée : « non perturbé », « perturbé » ou « très perturbé ».

- cette évaluation est complétée par l'appréciation globale de l'efficacité du traitement par le malade et le personnel soignant : bonne, insuffisante ou nulle. L'efficacité est jugée bonne lorsque la douleur est absente et que les différents items comportementaux ne sont pas perturbés ; insuffisante lorsque la douleur persiste quelle que soit son intensité mais surtout lorsqu'au moins deux items comportementaux sont perturbés ; nulle lorsque l'intensité douloureuse reste inchangée avec persistance de la perturbation des différents items comportementaux.

Pour l'analyse statistique des différentes variables, les logiciels SPSS 12 for Windows ; EPI INFO version 6.04 ; Microsoft Excel office 2007 ont été utilisés. Le test de chi deux (χ^2) a été utilisé pour les variables qualitatives. Le seuil de significativité admis pour tous les tests statistiques était de 5%.

RÉSULTATS

Données épidémiologiques

Le sexe : les filles représentaient 55% de l'effectif. Le sex ratio était de 1,22.

L'âge : l'âge des patients était compris entre 2 à 12 ans. La tranche d'âge comprise entre 2 et 4 ans était observée dans 43,33% de notre effectif (figure 2).

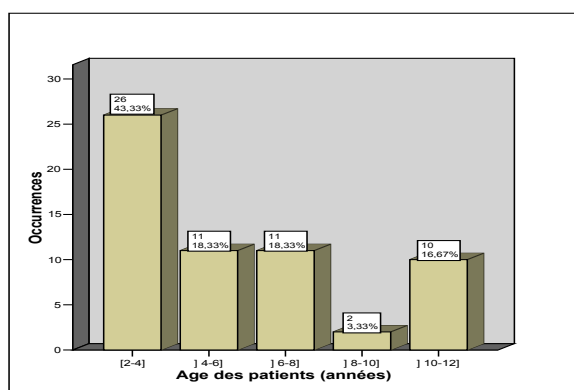


Figure 2 : Distribution de la population selon l'âge

Le niveau scolaire : les écoliers du primaire ont été recensés dans 58,33% suivi du pré scolaire (30%), des collégiens (5%) et les non scolarisés (6,67%).

Données cliniques

Les antécédents : les affections rhinopharyngées représentaient 70,34% des antécédents ORL des patients. (Tableau I)

Tableau I : répartition de la population selon les antécédents ORL

	N	%
Otite moyenne aiguë	01	01,67
Otite moyenne chronique	01	01,67
Corps étrangers	01	01,67
Otite externe	02	03,33
Rhinopharyngite	05	08,33
Pharyngite aiguë	10	16,67
Rhinite à répétition	13	21,67
Angine	16	26,67
Aucun antécédent	11	18,33
Total	60	100

Evaluation de la douleur lors de l'examen clinique : La douleur était moyenne, intense, faible et sévère dans respectivement 65%, 15%, 20% et 0% des cas au cours de l'examen clinique.

Relation entre l'intensité de la douleur et l'âge du patient : Il n'existe aucune relation statistiquement significative entre l'intensité de la douleur et l'âge des patients. L'âge n'a donc aucune influence sur l'intensité de la douleur. (Tableau II).

Tableau II : distribution de l'intensité de la douleur selon l'âge

	[2-4 ans[[4-6 ans[[6-8 ans[[8-10 ans[[10-12 ans[N (%)
Faible	05	04	02	00	01	12 (20)
Moyenne	16	07	08	02	06	39 (65)
Intense	05	00	01	00	03	09 (15)
Sévère	00	00	00	00	00	00 (0)
Total	26	11	11	02	10	60 (100)

Chi²=1,16 ; ddl = 2 ; α = 5% ; p = 0,558712

La relation entre l'intensité de la douleur et le sexe du patient : Il n'existe aucune relation statistiquement significative entre l'intensité de la douleur et le sexe des patients. Le sexe n'a donc aucune influence sur l'intensité de la douleur. (Tableau III)

Tableau III : Distribution de l'intensité de la douleur selon le sexe

	Masculin	Féminin	N (%)
Faible	05	07	12 (20)
Moyenne	20	19	39 (65)
Intense	02	07	09 (15)
Sévère	00	00	00 (0)
Total	27	33	60 (100)

Chi² = 2,56 ; ddl = 2 ; α = 5% ; p = 0,277707

Retentissement de la douleur sur les activités de vie : l'interrogatoire relevait que le jeu, l'alimentation, le sommeil et la capacité d'aller à l'école ou à la crèche étaient perturbés dans respectivement 58,33% (35) ; 63,33% (38) ; 58,33% (35) ; 53,57% (30) des cas. La capacité d'aller à l'école n'a pu être explorée chez quatre patients d'âge scolaire car ceux-ci n'étaient pas scolarisés (Figure 3).

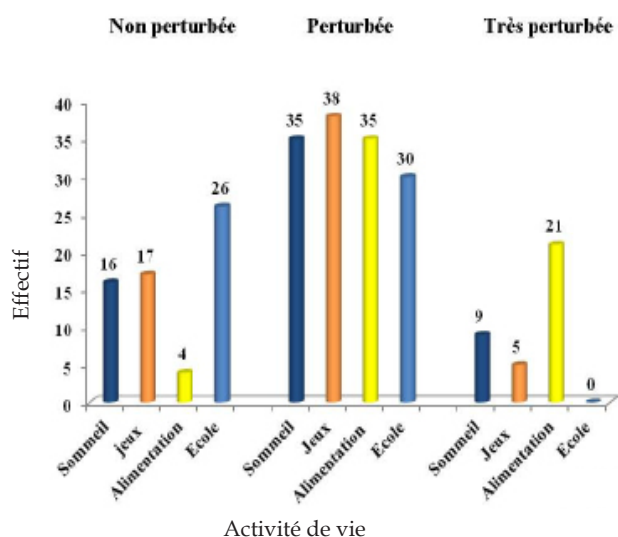


Figure 3 : Répartition des enfants selon le rétablissement de la douleur sur les activités

Influence de l'auto médication sur l'intensité de la douleur à l'admission : 65% des patients ont eu recours à une automédication contre la douleur. Aucune relation statistiquement significative n'a été relevée entre l'intensité douloureuse et l'automédication (Tableau IV).

Tableau IV : évaluation de l'intensité de la douleur selon l'usage d'automédication

	Automédication		N	(%)
	Oui	Non		
Faible	08	05	13	(21,67)
Moyenne	27	11	38	(63,33)
Intense	04	05	09	(15)
Sévère	0	0	0	0
Total	39	21	60	(100)

Chi² : 2,35 ; ddl = 2 ; α = 5% P = 0,308520

Diagnostic retenu : une pharyngite aiguë a été diagnostiquée chez 48,34% des enfants. Elle était associée à une parotidite aiguë, une rhino bronchite et une rhinite allergique dans respectivement 7,14% (1) ; 14,29% (2) 28,58% (4) d'enfants. Une amygdalite chronique a été également observée chez 8,33% suivi de l'otite externe et de l'otite moyenne aiguë dans les mêmes proportions 10%.

Relation diagnostic-intensité de la douleur : Il n'existe aucune relation statistiquement significative entre l'intensité de la douleur et le type d'affection aiguë ORL des patients. Le type d'affection aiguë n'a donc aucune influence sur l'intensité de la douleur. Les variations observées sont dues aux simples fluctuations d'échantillonnage. (Tableau V)

Tableau V : Distribution des pathologies selon l'intensité de la douleur

	Faible	Moyenne	Intense	N	(%)
Amygdalite aiguë	03	02	00	05	(08,33)
Otite externe	01	03	02	06	(10)
Otite moyenne	02	03	01	06	(10)
Pathologies* ORL associées	02	09	03	10	(23,33)
Pharyngite aiguë	04	22	03	29	(48,34)
Total	12	39	09	60	100

Chi² = 0,80 ; ddl = 2 ; α = 5% ; p = 0,669424

Données thérapeutiques et évolutives :

Molécules utilisées pour la prise en charge : le paracétamol et l'ibuprofène ont été administrés aux patients dans respectivement 50% des cas. Les antibiotiques étaient associés au paracétamol ou à l'ibuprofène chez respectivement 36,64% (22) et 33,33% (20) des patients. Quatre patients n'avaient pas ramené leur fiche de contrôle thérapeutique.

Evolution de l'intensité de la douleur de J₁ à J₃ : on notait une réduction progressive de la douleur voire une absence de la douleur au troisième jour (Figure 4).

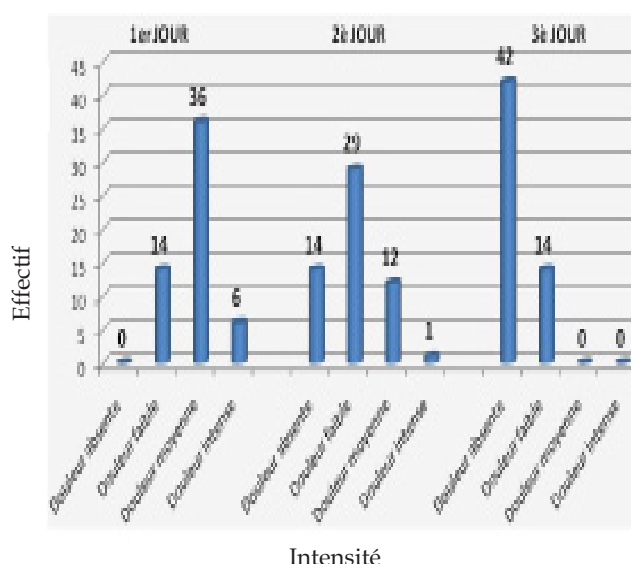


Figure 4 : Evaluation de l'intensité de la douleur de J₁ à J₃
Retentissement de la douleur sur les activités de

l'enfant de J_1 à J_3 : on notait une reprise progressive des activités de jeu, de l'alimentation, de l'école et de la qualité du sommeil avec un retour à la normale au troisième jour. (Figure 5)

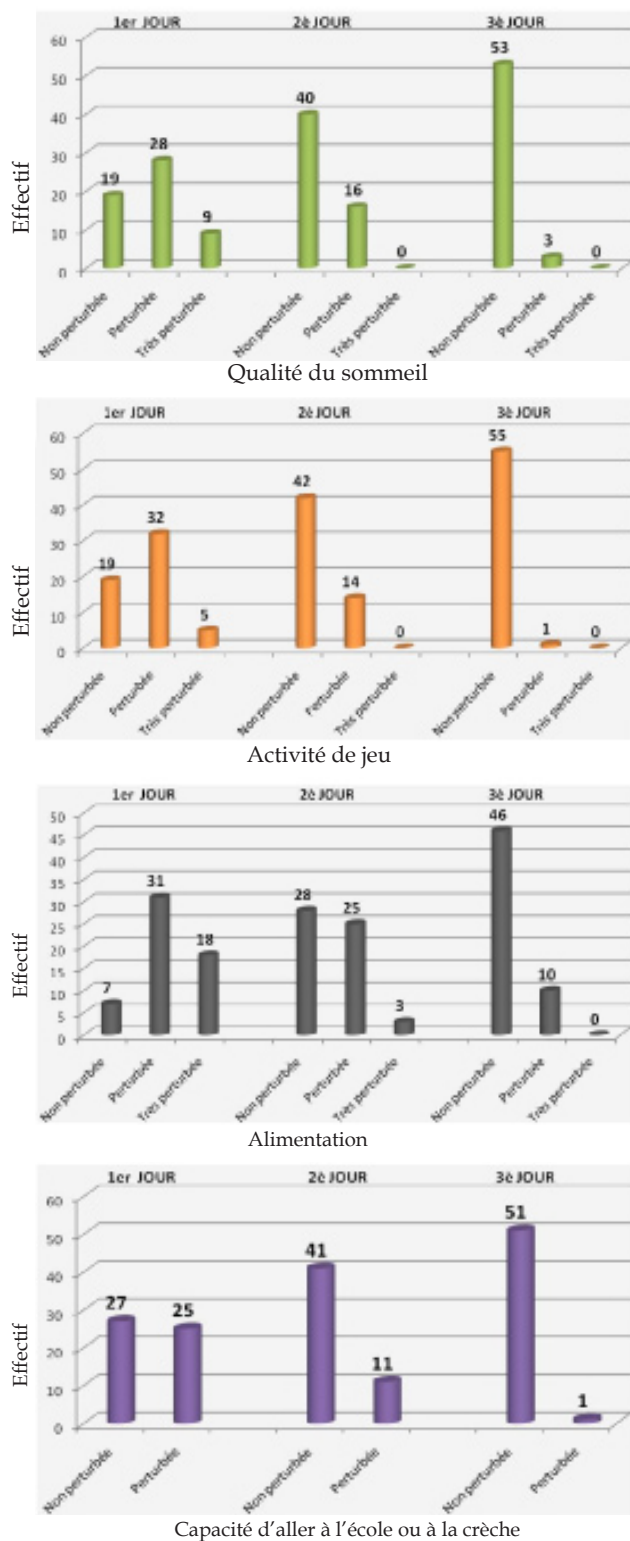


Figure 5 : Rétablissement de la douleur sur les activités de vie de l'enfant de J_1 à J_3

Evaluation de l'intensité de la douleur selon le type d'antalgique utilisé : aucune relation statistiquement significative n'a été relevée entre l'intensité de la douleur et le type d'antalgique utilisé à J_1 , J_2 et J_3 . (Tableaux VI)

J_1 : $\chi^2 = 3,39$; ddl = 2 ; $\alpha = 5\%$; $p = 0,183967$

J_2 : $\chi^2 = 1,38$; ddl = 2 ; $\alpha = 5\%$; $p = 0,500420$

J_3 : $\chi^2 = 1,52$; ddl = 2 ; $\alpha = 5\%$; $p = 0,217044$

Tableau VI : distribution de l'intensité de la douleur selon le type d'antalgique à J_1, J_2, J_3

	1 ^{er} jour	
	P N (%)	Ib N (%)
Absente	0	0
Faible	08 (28,57)	05 (17,86)
Moyenne	19 (67,86)	18 (64,28)
Intense	01 (3,57)	05 (17,86)
Très intense	0	0
Total	28 (100)	28 (100)

P= Paracétamol

Ib = Ibuprofène

	2 ^{ème} jour	
	P N (%)	Ib N (%)
Absente	0	0
Faible	08 (28,57)	05 (17,86)
Moyenne	15 (53,57)	15 (53,57)
Intense	05 (17,86)	08 (28,57)
Très intense	0	0
Total	28 (100)	28 (100)

P= Paracétamol

Ib = Ibuprofène

	3 ^{ème} jour	
	P N (%)	Ib N (%)
Absente	0	0
Faible	23 (82,14)	19 (67,86)
Moyenne	05 (17,86)	09 (32,14)
Intense	0	0
Très intense	0	0
Total	28 (100)	28 (100)

P= Paracétamol

Ib = Ibuprofène

L'appréciation de l'efficacité du traitement :

Selon les médecins et les patients : l'efficacité

était bonne pour les médecins et les patients dans respectivement 85,72% et 83,93% et insuffisante dans 14,28% pour les deux.

Selon le type de produits utilisés : l'efficacité était bonne chez 85% des enfants mis sous ibuprofène et chez 78% des enfants mis sous paracétamol (Figure 7). Aucune relation statistiquement significative n'a été relevée entre l'efficacité du paracétamol et de l'ibuprofène par les médecins et les patients. $\chi^2 = 0.51$, $ddl = 3$, $\alpha = 5\%$, $p = 0.91700327$.

DISCUSSION

Méthodologie :

Le choix de l'âge des enfants de 2-12 ans est basé sur l'usage d'outils d'évaluation de la douleur. En effet, en dessous de 2 ans, l'évaluation de la douleur fait appel à des échelles d'hétéro-évaluation basées sur l'association de comportements évocateurs⁴. Au delà de 12 ans, l'enfant peut identifier la douleur comme chez l'adulte.

Deux types d'échelle ont été utilisés : l'EVA pour les enfants de 6 à 12 ans et l'échelle des six visages pour les enfants de moins de 6 ans. Cette dernière échelle n'est pas directement corrélée à la douleur mais aux émotions qui l'accompagnent. Elle semble plus adapter chez l'enfant de moins de 5 ans [4]. L'enfant n'est pas en mesure d'utiliser ces échelles d'évaluation ; les parents sont alors sollicités. La douleur étant un phénomène subjectif, il existe alors un biais lié au type d'échelle d'évaluation et à la personne qui l'utilisent.

La voie d'administration orale a été choisie parce qu'elle garantit l'observance du traitement ; l'évaluation se faisant à domicile.

Le choix des items comportementaux « manger, dormir, jouer et aller à l'école » est basé sur le fait qu'il s'agit de besoins fondamentaux. L'augmentation des items comportementaux va favoriser les biais. Malgré, les biais que pourrait comporter l'étude elle permettra le recueil de données objectives sur la douleur de l'enfant en vue d'une meilleure prise en charge.

Données épidémiologiques

Une légère prédominance féminine a été notée avec 33 filles et 27 garçons. L'étude de SCHACHTEL et al.³ aux Etats-Unis relève également cette légère prédominance féminine avec 59 filles et 57 garçons. Quant à NARCY et al.⁴ en France, il note une nette prédominance

masculine 127G/104 F. Pour LANDER et al.⁵, les filles seraient plus expressives que les garçons en ce qui concerne la composante émotionnelle de la douleur. Cette hypothèse est discutable et la réalité de telles différences reste sujette au controverse. Dans notre société, on observe une certaine pression culturelle qui valorise la notion de courage face à la douleur chez le jeune garçon. Ceci aboutit au déni de la douleur alors que celle-ci est évidente.

La majorité des patients avait un âge compris entre 2 et 4 ans (43,33%). La composante émotionnelle est prédominante chez les jeunes enfants alors qu'elle l'est moins chez les plus grands. Ainsi, l'enfant semble parfois totalement indifférent, ce qui peut laisser croire que la douleur n'est pas intense.

On notait une prédominance du groupe ethnique KWA. La prédominance de ce groupe ethnique pourrait s'expliquer par le fait que les KWA constituent la composante la plus importante de la population ivoirienne [6]. Néanmoins, le vécu de la douleur et son expression clinique sont intimement liés aux racines culturelles de l'enfant. Les différences reposant sur l'origine ethnique des patients ont été constatées par Thomas⁷.

La plupart des enfants étaient des écoliers (58,33%). Il s'agit donc d'enfants pouvant s'exprimer facilement, comprendre les échelles d'évaluation avec une bonne application de celle-ci permettant une meilleure prise en charge. Le niveau intellectuel des enfants a été un atout dans la réalisation de ce travail. En effet, les patients ont compris la méthode d'évaluation de la douleur. Cela a facilité la progression du protocole d'étude.

Données cliniques :

Les antécédents ORL étaient dominés par les affections rhinopharyngées. Ces affections entrent dans le cadre des pathologies d'adaptation chez l'enfant⁸.

L'âge des patients ne semble pas influencer l'intensité de la douleur de même que le sexe. L'intensité de la douleur est liée à la pathologie elle-même. Nous n'avons pas noté de différence entre l'intensité de la douleur et le diagnostic retenu. Bertin⁹ note également qu'il n'y a pas de différence significative entre l'intensité de la douleur, l'âge et le sexe des patients.

L'intensité était moyenne et intense chez respectivement 65% et 15% des enfants à la

consultation. Le jeu, l'alimentation, le sommeil et la capacité d'aller à l'école ou à la crèche étaient perturbés dans respectivement 63,33% ; 58,3% ; 58,3% ; 53,57% à l'admission. La douleur a été sous estimée par les patients. Il existe une bonne corrélation entre l'intensité de la douleur et les perturbations des items comportementaux chez l'enfant^{3,4,9}.

Soixante cinq pour cent des patients avaient eu recours à une automédication contre la douleur avant la consultation. L'intensité de la douleur n'était pas différente au cours de l'examen clinique selon que les enfants aient reçu ou non une automédication préalable. Narcy et al.³ et Gareil¹⁰ avaient fait les mêmes constats dans leurs travaux. Cela pourrait s'expliquer par l'inefficacité de l'antalgique utilisé par les parents qui n'ont pas reçu de consignes adaptées (dosage et rythme d'administration).

Données thérapeutiques et évolutives :

Parmi les 60 patients sélectionnés, seul quatre ne sont pas revenus au contrôle avec leur fiche de suivi. Ainsi, nous avons constaté quatre patients perdus de vue induisant un biais dans la sélection des cas.

Du 1^{er} jour au 3^{ème} jour, 65% des enfants présentaient toujours une douleur d'intensité moyenne le soir du premier jour après la prise d'antalgique. L'analgésie utilisée devrait être insuffisante pour les intensités douloureuses intenses voire moyenne le premier jour. L'intensité douloureuse a été probablement sous estimée par les patients. Ce constat a déjà été fait dans l'étude de Schachtel et al.³ qui observe une persistance de la douleur modérée à intense sous ibuprofène et paracétamol au cours de l'angine.

Le niveau élevé de la douleur est confirmé par un retentissement important sur le comportement de l'enfant. Il existe donc une excellente corrélation entre l'altération des quatre items comportementaux et l'intensité de la douleur ressentie par les enfants. Cela confirme la validité de l'auto-évaluation de la douleur à l'aide des échelles utilisées par les enfants ou les parents. Il est donc possible d'utiliser ces outils d'évaluation en pratique courante, notamment pour adapter la posologie des antalgiques prescrits en ambulatoire. Ainsi, la référence au comportement des enfants (manger, jouer, dormir, bouger) est fiable pour évaluer la douleur et peut pallier si nécessaire le défaut d'emploi d'outils d'évaluation par le parent ou le médecin. Cela avait été déjà préconisé par les experts de l'ANAES¹ en 2000.

Le soir du 2^{ème} jour, la douleur était moyenne, faible chez respectivement 21,43% et 51,7% des patients. Les quatre items comportementaux étaient très perturbés pour les douleurs très intenses et ces items redevenaient normaux pour des douleurs faibles voire absentes. Ainsi, un comportement normal peut cacher une douleur faible à moyenne. L'enfant doit bénéficier d'un traitement dans ce cas même si l'activité de l'enfant nous paraît normale.

Le soir du 3^{ème} jour, la douleur est légère dans 25% des cas voire absente dans le 75% des cas. On notait une diminution progressive et régulière de la douleur qui disparaissait totalement le 3^{ème} jour. Ce constat a été fait également par Bertin et al.⁹ sur des effectifs plus élevés. La persistance de la douleur légère le soir du 3^{ème} jour pourrait s'expliquer par le fait que la douleur a été probablement sous estimée à la consultation. Mais aussi par le fait que certains patients ne respectaient pas toujours le nombre de prise et les doses d'antalgiques.

Une satisfaction globale a été notée quant à l'efficacité du traitement par les patients et les médecins dans respectivement 83,93% et 85,72%. Néanmoins, l'efficacité a été jugée insuffisante chez 14,28% des enfants. Cela pourrait être dû à une sous estimation de la douleur ou à une mauvaise observance du traitement.

La douleur avait disparu chez 85% d'enfant mis sous ibuprofène et chez 78% des enfants mis sous paracétamol. Ces résultats sont superposables à ceux de BERTIN et al.⁹ et SCHACHTEL et al.³. En effet, BERTIN et al note une absence de douleur chez les enfants mis sous ibuprofène dans 90% des cas contre 70% pour ceux mis sous paracétamol et SCHACHTEL et al note une disparition de la douleur chez 80% des enfants sous ibuprofène contre 70% des enfants sous paracétamol et 55% des enfants sous placebo. Cette différence n'est pas significative comme dans notre étude. On peut donc proposer au moins 48 heures d'administration systématique d'analgésiques chez les enfants atteints d'affections ORL aiguës. La constatation du score élevé de douleur chez les enfants qui avaient reçu des antalgiques de niveau I devrait amener les médecins à prescrire d'emblée une association de deux voire trois antalgiques. Selon les recommandations françaises, l'objectif du traitement est de ramener le score de la douleur en dessous de 3/10 pour permettre un retour aux activités de base de l'enfant, en respectant les règles générales de prescription suivantes pour toute douleur aiguë¹.

Pour une douleur légère : prescrire une abstention thérapeutique ou un antalgique de palier I.

Pour une douleur modérée : administrer une association d'antalgique de palier I et II ou un antalgique de palier III.

Pour une douleur intense : prescrire un antalgique de palier III en choisissant une voie d'administration rapide.

En pratique, l'idéal est de délivrer aux parents une ordonnance évolutive :

En cas de douleur intense ou très intense d'emblée : prescrire une association d'antalgique de niveau II (codéine) et d'antalgique de niveau I (paracétamol ou ibuprofène), ou une association de deux antalgiques de niveau I (paracétamol + ibuprofène) ou un antalgique de palier III (morphine).

En cas de douleur légère ou modérée initialement : administrer un antalgique de palier I (paracétamol) seul en première intention ; en cas de persistance de la douleur ou d'un comportement altéré après une ou deux prises d'antalgique de palier I, l'association à un palier II (codéine) ou à un anti inflammatoire non stéroïdien (ibuprofène) est préconisé.

CONCLUSION

La douleur est le plus souvent sous-estimé et insuffisamment traitée, puisque les enfants présentant une douleur intense n'ont reçu que des antalgiques de palier I. ces enfants auraient dû bénéficier d'emblée d'une association de paracétamol avec un antalgique de palier II ou d'une AINS et paracétamol. Des études d'efficacité de ces associations thérapeutiques restent à faire.

RÉFÉRENCE :

- 1-ANAES. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Rev Prat Med Gen. 2001 ; 527 (15) : 355-64.
- 2-WOOD C. La douleur chez l'enfant : l'évaluation. In : NARCY P. COULOIGNIER V. eds. La douleur en ORL. Les cahiers d'ORL. Paris ; T.XXXVII-n°3. 2002 ; 159-61.
- 3-SCHACHTEL BP. JHODEN WR. A placebo-controlled model for assaying systemic analgesics in children. Clin Pharmacol Ther ; 1993. 53(5): 593-601.

4-NARCY P. REINEKT P. OLIVE G. ALBERT FA. FOURRIER CHARRIERE E. Evaluation et prise en charge de la douleur des otites et pharyngites aiguës chez l'enfant. Etude multicentrique Française « Gavroche ». Treizième journée de pédiatrie. La douleur de l'enfant, quelles réponses ? 8 décembre 2006. www.pediadol.org [consulté le 23-02- 2008]

5-LANDER J. FOWLER-KERRY S. HARGREAVES A. Gender effects in pain perception. Percept Mot Skills. 1989 Jun; 68 (3Pt 2): 1088-90.

6-LOUKOU JN. Les ethnies de Côte d'Ivoire et leurs régions. In: Ethnies d'Afrique. 3^{ème} Ed. Abidjan: NEI: 1999.

7-THOMAS VJ., ROSE FD. Ethnic differences in the experience of pain. Soc Sci Med. 1991. 32 (9): 1063-6.

8-TRIGLIA J-M., NICOLLAS R. Maladies inflammatoires et infectieuses : rhinopharyngites de l'enfant. In : GARABEDIEN E-N., BOBIN S., MONTEIL J-P., TRIGLIA J-M., eds. ORL de l'enfant. 2^{ème} Ed. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2006 ; P106-11.

9-BERTIN L. PONS GMD. P.D'ATHIS PD. LASFARGUES G. MANDELONDE MDC. DUHAMEL J-F et Al. A randomized, double blind, multicenter controlled trial of ibuprofen versus acetaminophen and placebo for symptoms of acute otitis media in children. Fundam Clin Pharmacol. 1996; 10: 387-92.

10-GAREL L. Place de l'automédication dans la prise en charge de la douleur aiguë de l'enfant de 6 à 15 ans. Rôle du médecin généraliste ? [thèse Méd]. Rennes : faculté de médecine ; 2004. 75p.