

Standards, **O**ptions & **R**ecommendations

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**Cette recommandation professionnelle
a reçu le label HAS**

Standards, Options et Recommandations 2005

Prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions lombaires, osseuses et sanguines chez les patients atteints de cancer

ADULTES ET ENFANTS

Dates de validation du document concernant l'adulte : janvier 2005
et du document concernant l'enfant : octobre 2005

Site Internet des SOR : www.fncfcc.fr



Ces recommandations pour la pratique clinique ont été élaborées en collaboration avec la Société Française des Cancers de l'Enfant (SFCE) ainsi que la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD).

Le projet SOR bénéficie d'un soutien financier :

- des Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC) ;
- du ministère de la Santé et des Solidarités ;
- de la Ligue nationale contre le cancer ;
- de la Fédération hospitalière de France (FHF) ;
- et de l'Institut national du Cancer (INCa).

Les Standards, Options et Recommandations (SOR) sont une œuvre collective créée par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), et protégée par les dispositions du Code de la propriété intellectuelle. La FNCLCC est par conséquent titulaire du droit d'auteur sur cette œuvre et est donc notamment investie des droits patrimoniaux sur les SOR. La FNCLCC peut seule décider de l'existence et des modalités de reproduction, publication, traduction ou diffusion des SOR.

Remerciements

Nous remercions les Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC), le ministère de la Santé et des Solidarités, la Ligue nationale contre le cancer, l'Institut national du Cancer, la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération nationale de Cancérologie des CHRU (FNCCHRU), la Fédération française de Cancérologie des CHG (FFCCHG) et la Société française des cancers de l'enfant (SFCE) ainsi que la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD).

Membres du groupe de travail

◆ SOR pour la prise en charge des douleurs provoquées chez l'adulte

- I. KRAKOWSKI**, Oncologue médical
Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy (coordonnateur)
- T. DELORME**, Médecin généraliste douleur
Institut Curie, Paris
- M. BINHAS**, Anesthésiste réanimateur
Hôpital Henri Mondor, Créteil
- E. COLLIN**, Médecin généraliste douleur
Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
- R. DUCLOS**, Néphrologue
CHG Le Mans
- D. JAULMES**, Hémobiologiste clinicienne
Hôpital Saint-Antoine, Paris
- M. LUU**, Médecine générale
Hôpital Avicenne, Bobigny
- S. ROSTAING-RIGATTIERI**, Anesthésiste réanimateur
Hôpital Saint-Antoine, Paris
- H. ROUSSELOT**, Médecin généraliste douleur - soins palliatifs
Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy
- G. TORLOTING**, Anesthésiste réanimateur
Centre hospitalier du Parc, Sarreguemines
- N. VUILLEMIN**, Médecin généraliste douleur
Centre hospitalier, Mulhouse
- L. BALP**, Anesthésiste réanimateur
CHG Pavillon la Ferté, Lons-le-Saunier
- G. CHVETZOFF**, Oncologue médical
Centre Léon Bérard, Lyon
- M. DE BEAUCHENE**, Anesthésiste réanimateur
Centre Hospitalier, Poissy
- L. GEOFFROIS**, Oncologue médical
Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy
- F. LAKDJA**, Anesthésiste réanimateur
Institut Bergonié, Bordeaux
- P. MAREC-BERARD**, Oncologue pédiatre
Centre Léon Bérard, Lyon
- C. MINELLO**, Anesthésiste réanimateur
Centre G. F Leclerc, Dijon
- C. RICARD**, Anesthésiste réanimateur
CHU Hôpital Lapeyronie, Montpellier
- B. RICHARD**, Interniste
CHU Caremeau, Nîmes
- C. SCHMITT**, Oncologue pédiatre
CHU Hôpital Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy
- S. THEOBALD**, Méthodologiste
Centre Paul-Strauss, Strasbourg
- N. FABRE**, Méthodologiste
FNCLCC, Paris

◆ SOR pour la prise en charge des douleurs provoquées chez l'enfant

C. SCHMITT, Oncologue pédiatre
Hôpital d'enfants, Nancy (coordonnateur)

P. BOUTARD, Oncologue pédiatre
CHRU, Caen

L. MANSUY, Oncologue médical
CHU, Nancy

P. MAREC-BERARD, Oncologue pédiatre
Centre Léon Bérard, Lyon

C. MONVILLERS, anesthésiste réanimateur
CH, Compiègne

M. MUNZER, Oncologue pédiatre
CHRU Hôpital américain, Reims

D. ORBACH, Pédiatre
Institut Curie, Paris

C. SAKIROGLU, Oncologue pédiatre
CTP, Margency

G. TUMERELLE, Cadre de santé
CH, Compiègne

D. ANNEQUIN, Anesthésiste réanimateur
Hôpital Trousseau, Paris

R. CARBAJAL, Responsable CNRD
Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris

M. LUU, Médecine générale
Hôpital Avicenne, Bobigny

C. RICARD, Anesthésiste réanimateur
CHU Hôpital Lapeyronie, Montpellier

G. TORLOTING, Anesthésiste réanimateur
Centre hospitalier du Parc, Sarreguemines

C. WOOD, Pédiatre spécialiste de la douleur
Hôpital Robert Debré, Paris

S. THEOBALD, Méthodologiste
Centre Paul Strauss, Strasbourg

N. FABRE, Méthodologiste
FNCLCC, Paris

C. KASPARIAN, Méthodologiste adjoint
FNCLCC, Paris

C. SEBLAIN, Méthodologiste
FNCLCC, Paris

Comité d'organisation des SOR

T. PHILIP, directeur des SOR, pédiatre, FNCLCC, Paris

B. FERVERS, directeur adjoint des SOR, oncologue médical, FNCLCC,

SOR spécialistes

A. BATAILLARD, coordinatrice, médecin généraliste, FNCLCC, Paris

L. BOSQUET, méthodologiste, FNCLCC, Paris

G. GORY-DELABAERE, méthodologiste, pharmacien, FNCLCC, Paris

D. KASSAB-CHAHMI, méthodologiste, FNCLCC, Paris

S. ROUSMANS, méthodologiste, FNCLCC, Paris

C. SEBLAIN, méthodologiste, FNCLCC, Paris

E. LUPORSI, méthodologiste associé, oncologue médical, FNCLCC, Paris

S. THEOBALD, méthodologiste associé, médecin de santé publique, FNCLCC, Paris

F. FARSI, référent réseau, médecin de santé publique, FNCLCC, Paris

H. CAZENEUVE, chargé de projet, sociologue, FNCLCC, Paris

SOR SAVOIR PATIENT

J. CARRETIER, responsable des SOR SAVOIR PATIENT, méthodologiste, chargé de mission en santé, FNCLCC, Paris

L. LEICHTNAM-DUGARIN, méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris

S. BRUSCO, méthodologiste, FNCLCC, Paris

M. DECHELETTE, méthodologiste, FNCLCC, Paris

V. DELAVIGNE, linguiste, FNCLCC, Paris

Projets internationaux

M. HAUGH, responsable SOR projets internationaux, biochimiste, FNCLCC, Paris

V. MILLOT, assistante de gestion, FNCLCC, Paris

S. ROSEN, assistante de recherche, FNCLCC, Paris

Documentation

S. GUILLO, documentaliste scientifique, FNCLCC, Paris

A.-G. GUY, documentaliste, FNCLCC, Paris

A. JEAN-FRANÇOIS, technicienne documentaliste, FNCLCC, Paris

Service administratif et éditorial

S. DEBUICHE, responsable administrative, FNCLCC, Paris

H. BORGES-PANINHO, chargée de l'édition des documents, FNCLCC, Paris

D. GOUVRIT, assistante de gestion, FNCLCC, Paris

L. PRETET, assistante de gestion, FNCLCC, Paris

E. SABATIER, secrétaire, FNCLCC, Paris

Méthodologie

La méthode d'élaboration et d'actualisation des SOR repose sur l'analyse critique des meilleures données scientifiques disponibles et le jugement argumenté des experts au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire représentatif des modes d'exercice et des disciplines concernées par la prise en charge des patients atteints de cancer. Cette méthode dite « mixte » combine le niveau de preuve scientifique et l'accord d'experts. Les RPC-SOR ne se substituent pas au jugement clinique des médecins.

Une Recommandation est une proposition d'une ou de plusieurs attitudes cliniques pour l'aide à la décision du professionnel de santé, destinée à améliorer la prise en charge du patient atteint de cancer. Lorsque cela est justifié, une des attitudes cliniques proposées peut être d'inclure le patient dans un essai thérapeutique. Les Recommandations sont établies à partir de l'analyse critique des données actuelles de la science, et du jugement argumenté des experts en cancérologie. Il existe deux types de Recommandations : **les Standards et les Options**.

Les Standards, Options et Recommandations

- | | |
|-------------|--|
| ✓ Standards | Un Standard correspond à une attitude clinique reconnue à l'unanimité comme l'attitude clinique de référence par les experts. |
| ✓ Options | Des Options correspondent à plusieurs attitudes cliniques reconnues comme appropriées par les experts.
Une Option peut avoir la préférence des experts. |

La mise en œuvre des Standards et des Options doit tenir compte du contexte organisationnel de soin, de la situation particulière du patient et de l'expression de ses préférences. Les Standards et les Options sont toujours accompagnés de niveaux de preuve. Le niveau de preuve est fonction du type et de la qualité des études disponibles ainsi que de la cohérence ou non de leurs résultats ; il est explicitement spécifié pour chacune des méthodes/interventions considérées selon la classification suivante présentée ci-après.

Les niveaux de preuve

- | | |
|--------------------|--|
| ✓ Niveau A | Il existe une (des) méta-analyse(s) « de bonne qualité » ou plusieurs essais randomisés « de bonne qualité » dont les résultats sont cohérents. |
| ✓ Niveau B | Il existe des preuves « de qualité correcte » : essais randomisés (B1) ou études prospectives ou rétrospectives (B2).
Les résultats de ces études sont cohérents dans l'ensemble. |
| ✓ Niveau C | Les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique ou leurs résultats ne sont pas cohérents dans l'ensemble. |
| ✓ Niveau D | Il n'existe pas de données ou seulement des séries de cas. |
| ✓ Accord d'experts | Il n'existe pas de données pour la méthode concernée mais l'ensemble des experts est unanime. |

Contexte

Cette brochure présente conjointement les recommandations issues des «Standards, Options et recommandations pour la prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions lombaires, osseuses et sanguines chez l'adulte» et «Standards, Options et recommandations pour la prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions lombaires, osseuses et sanguines chez l'enfant ». Les versions intégrales de ces documents sont disponibles sur internet (www.fnclcc.fr).

Objectifs

L'objectif de ces recommandations pour la pratique clinique est de déterminer les règles de prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions sanguines, lombaires ou osseuses chez l'adulte et l'enfant atteints de cancer. Elles visent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients en fournissant aux praticiens une aide à la décision facilement utilisable et actualisée.

Les changements organisationnels qui pourraient être nécessaires pour appliquer les recommandations ne sont pas abordés dans les SOR. Ils doivent faire l'objet d'une discussion au niveau locorégional, notamment au sein des réseaux de soins en cancérologie.

Les considérations médico-économiques ne sont pas abordées dans les SOR.

Chez l'enfant atteint de cancer, ces recommandations concernent la douleur immédiate des gestes invasifs énumérés ci-dessus. La prise en charge des céphalées post-ponctions lombaires en cancérologie n'est pas traitée. De même, la prise en charge de la douleur liée à la canulation veineuse ou artérielle en cancérologie, qui implique l'utilisation d'un matériel différent, n'est pas abordée.

Ces recommandations ne sont pas spécifiques d'un type de cancer. Elles concernent les enfants y compris les nouveau-nés. Néanmoins, les nouveau-nés prématurés (âge < 37 semaines) sont exclus de l'étude. Ces recommandations s'adressent aux spécialistes concernés par la prise en charge des nouveau-nés et des enfants atteints de cancer.

Chez l'adulte atteint de cancer, la prise en charge de la douleur liée à la canulation veineuse, à la canulation artérielle, à l'injection d'un produit ou à la prise en charge des céphalées post-ponctions lombaires n'est pas abordée dans ce travail. Ces recommandations s'adressent aux spécialistes concernés par la prise en charge des personnes atteintes de cancer.

Recommandations de bonne pratique

◆ Adulte

Ces recommandations de bonne pratique, qui relèvent de l'opinion d'experts cliniciens, s'ajoutent à l'ensemble des recommandations de pratique clinique présentées pour chaque geste invasif :

- il faut systématiquement évaluer la nécessité d'effectuer un geste invasif douloureux ;
- tout geste invasif doit être exécuté par une personne formée utilisant un matériel adapté ;
- avant l'exécution du geste, le patient doit être informé de son caractère douloureux et doit pouvoir exprimer ses préférences quant au choix d'une stratégie antalgique ;
- la mise en œuvre d'une intervention à visée antalgique doit impérativement respecter le délai d'action et tenir compte de la durée d'action de l'intervention retenue - la mise en œuvre d'une intervention à visée antalgique doit impérativement respecter le délai d'action et tenir compte de la durée d'action de l'intervention retenue (cf. libellés d'AMM sur www.theriaque.org) ;
- la mise en œuvre d'une intervention à visée anxiolytique répond aux mêmes principes. Des molécules à durée d'action courte doivent être privilégiées dans ce contexte ;
- une évaluation systématique de la pénibilité du geste pour le patient doit être effectuée. Le résultat de chaque évaluation devra orienter le praticien sur la nécessité éventuelle de reconsidérer la stratégie antalgique à proposer au patient pour le geste suivant.

Recommandations de bonne pratique

◆ Enfant

Remarques préalables

Ces recommandations de bonne pratique, qui relèvent de l'opinion d'experts cliniciens, s'ajoutent à l'ensemble des recommandations de pratique clinique présentées pour chaque geste invasif :

- il faut systématiquement évaluer la nécessité d'effectuer un geste invasif douloureux et se demander s'il n'existe pas une alternative à celui-ci ;
- tout geste invasif doit être exécuté par une personne compétente utilisant un matériel adapté ;
- le geste doit être accompli dans un endroit calme. L'enfant doit être installé confortablement, dans un climat de confiance ;
- lorsque l'indication du geste est posée, les parents et l'enfant (en fonction de son développement cognitif) doivent être informés du geste lui-même (but, déroulement) et de son caractère douloureux. Ils doivent pouvoir exprimer leurs préférences quant au choix d'une stratégie antalgique. Il est en revanche déconseillé d'insister sur l'aspect douloureux du geste au moment exact de son exécution afin d'éviter une anticipation de la douleur ;
- la présence des parents lors de l'exécution du geste est une mesure majeure qui diminue la détresse ressentie par l'enfant et qui doit donc être proposée systématiquement. Si cette participation est acceptée par les parents et par l'enfant, il est recommandé de conseiller aux parents de garder un contact physique et/ou verbal rassurant avec leur enfant. Il n'est en revanche pas souhaitable de demander aux parents de maintenir leur enfant pour l'immobiliser pendant le geste ;
- la mise en œuvre d'une intervention à visée antalgique ne doit jamais entraîner de retard de prise en charge de l'enfant, en cas d'urgence vitale ;
- la mise en œuvre d'une stratégie à visée antalgique doit impérativement respecter le délai d'action et tenir compte de la durée d'action de l'intervention retenue (cf. libellés d'AMM sur www.theriaque.org) ;
- la mise en œuvre d'une stratégie à visée anxiolytique répond aux mêmes principes. Des molécules à durée d'action courte doivent être privilégiées dans ce contexte ;

- une évaluation systématique de la pénibilité et/ou de la douleur du geste pour l'enfant doit être effectuée après le geste. Le résultat de chaque évaluation devra orienter le praticien sur la nécessité éventuelle de reconsidérer la stratégie antalgique à proposer à l'enfant pour le geste suivant. En pédiatrie, les experts recommandent la tenue d'une fiche de suivi de l'analgésie propre aux gestes douloureux subis par l'enfant. Cette fiche de suivi devra faire partie du dossier de soins.

Techniques non pharmacologiques

Les techniques non pharmacologiques doivent être proposées à l'enfant en tant qu'adjuvant des techniques pharmacologiques.

La mise en œuvre de techniques non pharmacologiques telles que la distraction, la relaxation, l'imagerie mentale ou hypnose doit être encouragée :

- la distraction est une technique simple qui doit être systématiquement mise en œuvre ;
- la relaxation, l'imagerie mentale ou l'hypnose sont plus difficiles à mettre en œuvre car elles se heurtent souvent à des difficultés organisationnelles au sein des établissements de soins et requièrent un personnel formé ;
- les techniques physiques permettent à l'enfant de détourner son attention de la « zone douleur ». Si au moment où l'enfant vit une situation désagréable, il est massé ou caressé sur une zone éloignée, il pourra entendre un peu plus la caresse et sera moins à l'écoute de la « zone douleur ». Exemples : caresses, massages, toucher l'objet favori ou le « doudou », caresser une peluche, jouer avec la tétine, bercement, balancement...

Les techniques de distraction peuvent également détourner l'écoute que l'enfant a de la « zone douleur ». Il est possible d'orienter son attention vers un autre élément et de l'accompagner dans cette direction. Exemples : faire « comme si », souffler des bulles, souffler jusqu'aux pieds, regarder la télé, prendre un livre, caresser le « doudou », jouer avec une console de jeu, etc.

Il est possible également, lors de soins ou de crises, de modifier l'écoute que l'enfant porte à la « zone douleur » en l'aidant à se plonger dans son monde imaginaire par des techniques d'imagerie visuelle. Exemples : endroit ou activité favori(te), regarder les nuages, entendre une musique, être sur un tapis volant, respiration...

Selon l'âge de l'enfant, certaines techniques sont plus appropriées que d'autres :

- chez les jeunes enfants de 0 et 4 ans, les techniques physiques sont à privilégier ;
- entre 4 et 7 ans, les techniques de distraction sont appréciées des enfants ;
- après 7 ans, l'imagerie visuelle a toute sa place.



Schéma d'après Wood C, Leblanc V, Duprac-Allegria N. Sanofi-Aventis, éd. « Mieux vivre avec une Douleur » : Même pas mal. Techniques de relaxation et d'hypno-analgésie pour votre enfant [CD-ROM]. Éditions Scientifiques LC; 2004.

Recommandations pour la prise en charge de la douleur provoquée par les ponctions lombaires

◆ Adulte

Le standard est l'apposition d'un pansement de lidocaïne/prilocaine 120 minutes avant la ponction (accord d'experts).

L'administration de MEOPA peut être proposée en option (accord d'experts).

Il est recommandé d'utiliser des aiguilles fines à section atraumatique de type *sprotte rounded*, ou *whitacre pencil-point* (accord d'experts).

D'autre part la surveillance de la sédation en cas d'administration de MEOPA pour un patient sous opioïde doit être accrue (accord d'experts).

Un contact verbal avec le patient durant l'exécution du geste en cas d'administration de MEOPA doit être maintenu (accord d'experts).

Les anxiolytiques et les techniques non médicamenteuses (contrôle cognitif de la douleur, relaxation, hypnose) doivent être envisagés au cas par cas, notamment en cas d'anxiété majeure, pour des actes répétés, si l'antalgie était jugée insuffisante avec les moyens définis (accord d'experts).

Développement de la recherche clinique pour ces interventions (accord d'experts).

Recommandations pour la prise en charge de la douleur provoquée par les ponctions lombaires

◆ **Enfant**

Ces recommandations viennent compléter les techniques non pharmacologiques à mettre en œuvre systématiquement.

Chez l'enfant d'âge inférieur à 8 semaines, le standard est l'administration d'une solution sucrée (glucose ou saccharose) à 0,3 mL/kg donnée 1 à 2 minutes avant le prélèvement + moyen de succion active (seringue, tétine, allaitement maternel) à maintenir pendant toute la durée du geste.

En option, il peut être proposé d'ajouter un mélange de lidocaïne/prilocaïne 60 minutes avant le prélèvement.

La durée d'action d'une solution sucrée n'excédant pas 5 minutes, il est recommandé de renouveler la dose aussi souvent que nécessaire.

Chez l'enfant d'âge supérieur à 8 semaines, il n'existe pas de standard.

En revanche, plusieurs options peuvent être proposées :

- l'administration d'un mélange de lidocaïne/prilocaïne + MEOPA ;
- l'administration d'un mélange de lidocaïne/prilocaïne +/- benzodiazépine (exemple : midazolam) par voie intraveineuse (IV) ou voie rectale.

Par voie IV : pour les enfants de 6 mois à 5 ans, dose initiale : 0,05 à 0,1 mg/kg (dose totale : < 6 mg) ; pour les enfants de 6 à 12 ans, dose initiale : 0,025 à 0,05 mg/kg, (dose totale : < 10 mg).

Par voie rectale : pour les enfants de plus de 6 mois : de 0,3 à 0,5 mg/kg.

Pour les enfants jusqu'à 6 mois, mélange de lidocaïne/prilocaïne +/- solution sucrée (glucose ou saccharose) à 0,3 mL/kg donnée 1 à 2 minutes avant le prélèvement en association +/- moyen de succion active (seringue, tétine, allaitement maternel) à maintenir durant toute la durée du geste.

La durée d'action d'une solution sucrée n'excédant pas 5 minutes, il est recommandé de renouveler la dose aussi souvent que nécessaire et de maintenir un moyen de succion active durant tout le geste.

Recommandations pour la prise en charge de la douleur provoquée par les ponctions osseuses

◆ Adulte

Il n'existe pas de standard.

Trois options sont proposées :

- administration de MEOPA avec infiltration d'un anesthésique local (accord d'experts) ;
- application topique d'un mélange de lidocaïne/prilocaine 120 minutes avant le geste et administration d'un opioïde et infiltration d'un anesthésique local +/- anxiolytique (patient anxieux) (accord d'experts) ;
- anesthésie générale (notamment en cas de ponctions osseuses répétées, de possibilité de regrouper plusieurs gestes invasifs...) (accord d'experts).

Pour l'administration de MEOPA, il est recommandé de surveiller de manière accrue la sédation pour un patient sous opioïde (accord d'experts) et de maintenir un contact verbal avec le patient durant l'exécution du geste (accord d'experts).

Pour l'administration d'un opioïde, un opioïde de niveau 3 à libération immédiate par voie orale est recommandé si le patient est sans traitement antalgique ou sous traitement antalgique de niveaux 1 ou 2 (accord d'experts). Si le patient est déjà sous opioïde, il s'agit d'une interdose avec un délai suffisant selon la voie d'administration (accord d'experts).

Pour l'administration d'un anxiolytique, il est recommandé d'utiliser une molécule de durée d'action courte donnée dans un délai suffisant (accord d'experts).

Pour l'anesthésie générale, il est recommandé d'étudier de manière approfondie la balance bénéfique/risque et de recueillir les préférences du patient (accord d'experts).

Pour des ponctions osseuses répétées, en cas d'échec antalgique révélé lors de la dernière ponction, il est recommandé de proposer au patient une des options antalgiques alternatives pour le(s) geste(s) suivant(s) (accord d'experts).

Enfin les experts recommandent le développement de la recherche clinique.

Recommandations pour la prise en charge de la douleur provoquée par les ponctions osseuses

◆ Enfant

Ces recommandations viennent compléter les moyens non pharmacologiques à mettre en œuvre systématiquement.

Concernant la biopsie osseuse et le myélogramme (BOM), il n'existe pas de standard.

L'option proposée est l'anesthésie générale ou une sédation profonde effectuée par un anesthésiste pour les BOM au-dessous de 8 semaines et pour les biopsies osseuses au-dessus de 8 semaines.

Pour les myélogrammes au-delà de 8 semaines plusieurs options sont proposées :

- administration d'un mélange de lidocaïne/prilocaine avec MEOPA +/- xylocaïne +/- opioïde fort (par exemple, morphine orale à 0,4-0,5 mg/kg, 45 minutes avant le geste, ou nalbuphine intraveineuse à 0,2 mg/kg, ou nalbuphine intrarectale à 0,3-0,4 mg/kg) ;
- en cas d'échec antérieur du MEOPA ou de refus du masque : administration de benzodiazépine (par exemple midazolam) par voie IV ou par voie rectale.

Par voie IV : pour l'enfant de 6 mois à 5 ans, dose initiale : 0,05 à 0,1 mg/kg (dose totale : < 6 mg) ; pour l'enfant de 6 à 12 ans, dose initiale : 0,025 à 0,05 mg/kg (dose totale : < 10 mg).

Par voie rectale : pour l'enfant de plus de 6 mois : de 0,3 à 0,5 mg/kg ;

- en cas de gestes multiples, la stratégie est celle proposée pour les biopsies osseuses.

Recommandations pour la prise en charge de la douleur provoquée par les prélèvements sanguins

◆ Adulte

Concernant la mesure des gaz du sang, le standard est de limiter les indications de ponctions de l'artère radiale au profit d'oxymétries transcutanées aussi souvent que possible, c'est-à-dire chaque fois que la mesure de la PCO₂ n'est pas indispensable (accord d'experts).

En cas d'impossibilité de ponction de l'artère radiale, pour une mesure de la PCO₂, l'option est de réaliser une ponction capillaire au lobe de l'oreille après application d'un produit rubéfiant (accord d'experts).

Concernant la prise en charge des douleurs liées aux ponctions de l'artère pour la mesure des gaz du sang, il n'existe pas de standard.

Plusieurs options sont proposées : l'injection d'un anesthésique local de type lidocaïne en regard de la gouttière radiale avant la ponction (accord d'experts) ou l'application d'un mélange lidocaïne/prilocaïne en regard de la gouttière radiale 120 minutes avant la ponction (accord d'experts).

Il est recommandé d'évaluer l'efficacité du mélange lidocaïne/prilocaïne dans ce contexte car cela pourrait éviter une piqûre au patient (accord d'experts).

Concernant la prise en charge de la douleur liée aux ponctions veineuses, il n'existe pas de standard.

Les options sont l'utilisation de lidocaïne/prilocaïne 60 à 120 minutes avant la ponction (accord d'experts) ou ne rien faire (accord d'experts).

Il est recommandé de proposer au patient un mélange de lidocaïne/prilocaïne 60 à 120 minutes avant le geste prévu et pour chaque geste suivant : le patient doit participer à la décision thérapeutique (accord d'experts).

Enfin les experts recommandent le développement de la recherche clinique (accord d'experts).

Recommandations pour la prise en charge de la douleur provoquée par les prélèvements sanguins

◆ Enfant

Chez l'enfant, les recommandations sur la prise en charge de la douleur liée aux ponctions veineuses viennent compléter les moyens non pharmacologiques à mettre en œuvre systématiquement.

Lors d'une ponction veineuse chez l'enfant d'âge inférieur à 8 semaines, le standard est l'administration d'un moyen de succion active (seringue, tétine, allaitement maternel) à maintenir pendant toute la durée du geste et/ou d'une solution sucrée (30 % de glucose ou saccharose) à 0,3 mL/kg donnée 1 à 2 minutes avant le prélèvement.

L'option proposée est d'ajouter un mélange de lidocaïne/prilocaïne. Les experts recommandent à cet âge, de ne pas utiliser de pansement adhésif : l'anesthésique topique doit être appliqué sous forme de crème, avec un dispositif évitant la diffusion de la crème (exemple d'une tétine coupée) ; l'ensemble de ce dispositif sera maintenu à l'aide d'un film plastique non adhésif.

D'autre part, la durée d'action d'une solution sucrée n'excédant pas 5 minutes, il est recommandé de renouveler la dose si besoin.

Les experts jugent que ces recommandations sont aussi applicables aux prélèvements effectués sur chambres implantables.

Lors d'une ponction veineuse chez l'enfant d'âge supérieur à 8 semaines, le standard est l'administration d'un mélange de lidocaïne/prilocaïne crème ou patch avant le prélèvement pour tous les enfants.

Plusieurs options sont proposées :

- ne rien faire, uniquement si c'est le souhait de l'enfant, lorsqu'il peut l'exprimer ;
- une administration de MEOPA s'il existe une urgence à effectuer le prélèvement ;
- associer un anesthésique topique au MEOPA en cas d'échec révélé de l'anesthésique topique seul, si l'enfant est difficile à piquer, ou si l'enfant présente une phobie du geste ;
- sédation ou anesthésie générale en cas d'échec révélé de l'association anesthésique topique + MEOPA.

Jusqu'à 6 mois, mélange de lidocaïne/prilocaïne +/- moyen de succion active (seringue, tétine, allaitement maternel) à maintenir pendant toute la durée du geste +/- solution sucrée (glucose ou saccharose) à 0,3 mL/kg donnée 1 à 2 minutes avant le prélèvement en association

Si les veines sont peu visibles, il est recommandé de faciliter le prélèvement en retirant le mélange lidocaïne/prilocaïne (crème ou patch) 15 à 20 minutes avant la ponction veineuse ou en plongeant l'avant-bras de l'enfant dans l'eau chaude (température < 38° C) afin d'entraîner une vasodilatation.

Les experts jugent que ces recommandations sont aussi applicables aux prélèvements effectués sur chambres implantables.

Contributeurs

◆ SOR pour la prise en charge des douleurs provoquées chez l'adulte

A. AUBREGE, Médecin généraliste, Cabinet Médical, Villers-Lès-Nancy ; **A. BABIN-BOILLETOT**, Oncologue pédiatre, CHU Strasbourg, Strasbourg ; **M. BLANC**, Hématologue, CH de Chambéry, Chambéry ; **H. BOURGEOIS**, Oncologue médical, CHU La Milettrie, Poitiers ; **J.-B. CAILLET**, Anesthésiste réanimateur, Hôpital Louis Pradel, Bron ; **J. CAZABAN-MAZEROLLES**, Anesthésiste réanimateur, Centre Hospitalier Jean Rougier, Cahors ; **J. CHALENCON**, Infirmière coordinatrice soins à domicile, Centre Léon Bérard, Lyon ; **P. COLOMBAT**, Hématologue, CHRU de Tours, Tours ; **S. DONNADIEU**, Anesthésiste réanimateur, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris ; **G. DUCABLE**, Anesthésiste réanimateur, Hôpital Charles Nicolle CHU Rouen, Rouen ; **M. FILBET**, Médecin soins palliatifs, Hôpital Gériatrique du Val d'Azergues, Alix ; **A. FLOQUET**, Oncologue médical, Institut Bergonie, Bordeaux ; **J.-G. FUZIBET**, Hématologue, Hôpital de l'Archet II, Nice ; **M.-T. GATT**, Médecin douleur chronique, Hôpital Avicenne, Bobigny ; **J.-M. GOMAS**, Médecin soins palliatifs, Centre Hospitalier Sainte-Perrine, Paris ; **S. HELFRE**, Oncologue radiothérapeute, Institut Curie, Paris ; **B. HOERNI**, Oncologue médical, Institut Bergonie, Bordeaux ; **N. IFAH**, Hématologue, CHU d'Angers, Angers ; **L. LACCOURREY**, Chirurgien ORL, Centre Paul Papin, Angers ; **J.-M. LASSAUNIERE**, Médecin soins palliatifs, Hôpital Hôtel-Dieu, Paris ; **M. MAGNET**, Oncologue médical, Soins et santé HAD de Lyon, Caluire-et-Cuire ; **A. MARGOT-DUCLOS**, Médecin généraliste douleur, Fondation ophtalmologique Rothschild, Paris ; **N. MEMRAN-POURCHET**, Anesthésiste, Hôpital Pasteur, Nice ; **A. MULLER**, Anesthésiste réanimateur, CHU Strasbourg, Strasbourg ; **J.-N. MUNCK**, Oncologue médical, Institut Jean Godinot, Reims ; **M.-L. NAVEZ**, Anesthésiste réanimateur, Hôpital de Bellevue, Saint-Étienne ; **J. POUYMAYOU**, Anesthésiste réanimateur, Centre Claudius Regaud, Toulouse ; **A. RAVAUD**, Oncologue médical, Hôpital Saint-André, Bordeaux ; **P. REBATTU**, Oncologue médical, Centre Léon Bérard, Lyon ; **N. ROBINSON**, Infirmière anesthésiste référente douleur, CHU Pellegrin, Bordeaux ; **A. SERRIE**, Anesthésiste réanimateur, Hôpital Lariboisière, Paris ; **A. SUC**, Oncologue pédiatre, Hôpital des Enfants, Toulouse ; **M. SUPPIOT**, Cadre infirmier, EMSP Centre Hospitalier Montélimar, Montélimar ; **G. VILLOT**, Médecin soins palliatifs, Centre Médical Social Prax Coutant, Plateau d'Assy ; **J.-P. WAGNER**, Oncologue radiothérapeute, Pôle de Cancérologie Privé Strasbourgeois, Strasbourg ; **C. WOOD**, Oncologue pédiatre, Hôpital Robert Debré, Paris.

◆ SOR pour la prise en charge des douleurs provoquées chez l'enfant

J.-P. ALIBEU, Anesthésiste réanimateur, CHU Michalon, Grenoble ; **F. AUBIER**, Oncologue pédiatre, Croix Rouge française, Margency ; **A. AUBREGE**, Médecin généraliste, Cabinet médical, Villers-lès-Nancy ; **P. BACHMANN**, Anesthésiste réanimateur, Centre Léon Bérard, Lyon ; **L. BALP**, Anesthésiste réanimateur, CH, Lons-le-Saunier ; **P. BEY**, Oncologue radiothérapeute, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy ; **G. BOLLINI**, Chirurgien pédiatre, Hôpital la Timone enfants, Marseille ; **J. CAMERLO**, Oncologue médical, Institut Paoli Calmette, Marseille ; **J. CAZABAN-MAZEROLLES**, Anesthésiste réanimateur, Centre hospitalier Jean Rougier, Cahors ; **J. CHALENCON**, Infirmière coordinatrice soins à domicile, Centre Léon Bérard, Lyon ; **P. COCHAT**, Néphrologue pédiatre, Hôpital Édouard Herriot, Lyon ; **O. COLLARD**, Oncologue médical, Institut de Cancérologie de la Loire, Saint-Étienne ; **P. COLOMBAT**, Hématologue, CHRU, Tours ; **S. DONNADIEU**, Anesthésiste réanimateur, Hôpital européen Georges Pompidou, Paris ; **F. DOZ**, Oncologue pédiatre, Institut Curie, Paris ; **M. DURAND**, Oncologue médical, Institut Bergonié, Bordeaux ; **J.-G. FUZIBET**, Hématologue, hôpital de l'Archet, Nice ; **M.-T. GATT**, Anesthésiste réanimateur, Hôpital Avicenne, Bobigny ; **J.-C. GENTET**, Pédiatre, Hôpital la Timone adultes, Marseille ; **P. GINIES**, Anesthésiste réanimateur, Hôpital Saint-Éloi, CHU, Montpellier ; **C. HOMMET**, Pédiatre, CHRU Bretonneau, Tours ; **R. KOHLER**, Chirurgien pédiatre, Hôpital Édouard Herriot, Lyon ; **C. LACROIX-FICHTER**, Médecin généraliste, Centre hospitalier, Valence ; **F. LASSAUGE**, Anesthésiste réanimateur, CHU Jean Minjoz, Besançon ; **D. LEFEBVRE**, Anesthésiste réanimateur, Centre Oscar Lambret, Lille ; **G. LEVERGER**, Oncologue pédiatre, Hôpital Trousseau, Paris ; **M. MAGNET**, Oncologue médical, Soins et santé HAD de Lyon, Caluire-et-Cuire ; **T. MOREAUX**, Infirmier anesthésiste, puériculteur, ressource douleur, Hôpital Robert Debré, Paris ; **A. MULLER**, Anesthésiste réanimateur, CHU, Strasbourg ; **J. POUYMAYOU**, Anesthésiste réanimateur, Institut Claudius Regaud, Toulouse ; **P. QUENEAU**, Thérapeute, Hôpital de Bellevue, Saint-Étienne ; **N. ROBINSON**, Infirmière anesthésiste référent douleur, CHU Pellegrin, Bordeaux ; **P. ROHRRLICH**, Oncologue pédiatre, CHU Jean Minjoz, Besançon ; **A. SERRIE**, Anesthésiste réanimateur, Hôpital Lariboisière, Paris ; **A. SUC**, Oncologue pédiatre, Hôpital des enfants CHU, Toulouse ; **M.-D. TABONE-MONNET**, Pédiatre, Hôpital Trousseau, Paris ; **C. TERRE**, Anesthésiste réanimateur, CH intercommunal du Val d'Ariège, Foix ; **P. THIBAUT**, Cadre supérieur infirmier, CNRD, Paris ; **N. VUILLEMIN**, Algologue, CH du Moenchsberg-Émile Muller, Mulhouse.

Le rapport intégral RPC – SOR 2005
**Prise en charge des douleurs provoquées
lors des ponctions lombaires, osseuses et sanguines
chez l'adulte atteint de cancer**

et le rapport intégral RPC – SOR 2005
**Prise en charge des douleurs provoquées
lors des ponctions lombaires, osseuses et sanguines
chez l'enfant atteint de cancer**

sont téléchargeables gratuitement sur le site internet des SOR
<http://www.fnclcc.fr/sor.htm>

**Fédération nationale
des centres de lutte contre le cancer
Standards, Options, Recommandations**

101, rue de Tolbiac
75654 Paris cedex 13
Tél. : 01 44 23 04 04 – Fax : 01 44 23 04 17

Site internet : <http://www.fnclcc.fr/sor.htm>
Courriel : sor@fnclcc.fr