

Schmerz und Analgesie bei Säuglingen und Kleinkindern (Teil 2)

Die Behandlung von Schmerzen bei Säuglingen und Kleinkindern gestaltet sich schwierig. Erstens können Kinder in diesem Alter ihre Schmerzen nicht genau lokalisieren und empfinden diese teilweise auch anders als Erwachsene (z. B. bei Migräne). Zweitens ist die Auswahl an Medikamenten kleiner, da viele der gängigen Analgetika wegen der UAW vermieden werden oder für Kinder nicht zugelassen sind.

Der folgende Artikel gibt einen Überblick über die aktuellen Möglichkeiten der Schmerzbehandlung bei Kindern unter 6 Jahren.

Erfassung von Schmerzen bei Kindern [1–3]

Die Schmerzanamnese und -erfassung gestaltet sich bei kleinen Kindern besonders schwierig. Kinder unter 4 Jahren können den Schmerz nicht genau lokalisieren, auch wenn sie sich sprachlich schon gut ausdrücken können. Oft findet man die Ursache des Schmerzes nicht an der vom Kind angegebenen Stelle. Zudem antworten Kleinkinder auf Suggestivfragen (z. B. «hast Du Ohrenschmerzen?») meist mit «Ja». Hier hilft vielmehr die Beobachtung des Kindes. Häufiges Berühren des Ohres kann ein Hinweis auf Ohrenschmerzen sein, Nahrungsverweigerung könnte auf Angina hindeuten etc.

In der Klinik erfolgt die Schmerzbestimmung bei Kleinkindern, Säuglingen und Frühgeborenen mittels validierter Schmerzerfassungsschemen, für welche ein Schwellenwert festgelegt ist, ab welchem eine Intervention erfolgen soll (z. B. Berner Schmerzscore, KUSS, Hester-Poker-Chip-Scale, Gesichterskala, Visual-Analogue-Scale; siehe <http://verlag.hanshuber.com/bernerdatenbuch/> → Schmerzen → Berner Schmerzscore Neugeborene bzw. Schmerzskalen).

Kleinkinder ab 4 Jahren (beziehungsweise mit der kognitiven Entwicklung eines 4-Jährigen) können verlässliche Angaben über die Schmerzintensität machen. Auch hier werden in der Klinik definierte Schmerzintensitätsskalen verwendet, wobei die Schmerzerfassung während des Auftretens von Schmerzen, vor und nach der Verabreichung von Medikamenten und bis zum Absetzen der Schmerztherapie weitergeführt wird (bei

chronischen Schmerzpatienten bis die Dauertherapie gut eingestellt ist). Das Erfragen der 5 Schmerzdimensionen (Lokalisation, Qualität, Intensität, zeitlicher Ablauf und lindernde/verstärkende Faktoren) sowie Begleitsymptomen können wichtige Hinweise zur Diagnose und zur Unterscheidung zwischen psychosomatischen und somatischen Schmerzen liefern. Letzteres ist besonders dann wichtig, wenn keine Ursache für einen somatischen Schmerz ersichtlich ist, damit eine psychosomatische Schmerzursache nicht nur durch Ausschluss angenommen wird.

Schmerztherapie [1–3]

Die Schmerztherapie ist in der Regel eine Symptomtherapie. Bei starken Schmerzen sollte sie bereits parallel zur weiteren Abklärung der Schmerzursache und deren Behandlung eingeleitet werden. Mittel der Wahl ist Paracetamol (vgl. Tab. 1.), wenn möglich peroral zu verabreichen. Ist eine rektale Verabreichung angezeigt, kann die erste Dosis verdoppelt werden. Paracetamol tritt sehr schnell vom Blut ins Gehirn über und weist auch zentrale Effekte auf.

Tab. 1: Analgetika für Kinder (adaptiert aus [1])

| Wirkstoff | Route | Einzel-dosis | Dosis-intervall | Wirk-Eintritt | Wirk-Max. | Alter | Bemerkungen |
|-------------|----------------|--|-----------------|----------------------|-----------|-----------|---|
| Paracetamol | p.o. rektal | 20 mg/kg MTD = 60 mg/kg | 8 h | 30 min 60–120 min | 2,5 h | 0–3 Mon. | Rektal loading dose Nach 72 h Dosisreduktion bei Fieber, Dehydratation, Mangelernährung KI: Leberinsuffizienz |
| | p.o. rektal | 15 - 20 mg/kg MTD = 90 mg/kg | 4–6 h | 30 min 60–120 min | 2,5 h | > 3 Mon. | |
| | p.o. | 20 mg/kg MTD = 80 (-90) mg/kg | 6 h | 30 min | 2,5 h | > 6 Mon. | |
| | rektal | 1. Dosis: 40 mg/kg ab 2. Dosis: 20–25 mg/kg | 6 h | 60–120 min | 2,5 h | > 6 Mon. | |
| | i.v. | 15 mg/kg MTD = 60 mg/kg | 6 h | 15 min | 2–3 h | > 6 Mon. | |
| Ibuprofen | p.o. rektal | 10 mg/kg MED = 800 mg MTD = 2400 mg | 6 h | 60 min | – | > 6 Mon. | KI: Hypovolämie, Niereninsuffizienz, Gerinnungsstörung, Thrombozytopenie Vorsicht bei Asthma, Varizelleninfektion |
| Diclofenac | p.o. rektal | 1 mg/kg MTD = 150 mg | 8 h | 60 min | – | > 12 Mon. | KI: Hypovolämie, Niereninsuffizienz, Gerinnungsstörung, Thrombozytopenie Vorsicht bei Asthma, Varizelleninfektion |

MTD: maximale Tagesdosis, MED: maximale Einzeldosis

6 Die analgetische Wirkung von NSAR ist stärker, jedoch v.a. peripher. Die Kombination mit Paracetamol ist günstig und führt nicht zu einer Zunahme unerwünschter Wirkungen. Die Verträglichkeit von NSAR bei Säuglingen unter 6 Monaten ist jedoch schlecht dokumentiert. In dieser Altersgruppe werden sie v.a. zur Fiebersenkung eingesetzt. Säuglinge unter 3 Monaten sollen nicht mit NSAR behandelt werden.

Beachte

Bei Bauchschmerzen mit der Abgabe von Analgetika zurückhaltend sein, da die Gefahr einer Verschleierung besteht. Meningitis, Appendicitis, eitrige Arthritis, Ileus, Volvulus (ganze Darmschlinge dreht sich), Leistenhernie und Hodentorsion (Genitalschmerz) sind schmerzhafte Notfälle, welche meist mit Erbrechen und schlechtem Allgemeinzustand einhergehen und eine sofortige Intervention erfordern.

Bei starken Schmerzen kann Paracetamol oder ein NSAR mit Opioiden kombiniert werden (vgl. Tab. 2.). Noch heute werden Opiode bei Kindern nur mit grosser Zurückhaltung eingesetzt. Säuglinge bis 3 Monate und schwerkranke Kinder brauchen zwar eine Dosisanpassung und eine intensive Überwachung, dürfen aber

Beachte

Die Dosierung der Analgetika/Antipyretika zur Schmerztherapie (insbesondere die Kombination von Paracetamol und NSAR) unterscheidet sich teilweise von der Behandlung von Fieber. Weiterführende Angaben sind im pharmActual-Heft 3, 2011 oder unter <http://verlag.hanshuber.com/bernerdatenbuch/> → Schmerzen bzw. Fieber zu finden.

pharmActual Heft «Häufige Erkrankungen bei Säuglingen und Kindern unter 6 Jahren (Teil I)»

Dieser Artikel ist ein gekürzter Zweitabdruck des Kapitels Schmerzen aus dem pharmActual-Heft 3, 2011.

Dieses Heft griff ebenfalls die folgenden Themen auf: «Fieber», «Schlafstörungen», «Zahnen und Pflege der Milchzähne» und «Haut».

Interessiert? Einzelne pharmActual Hefte können nachbestellt werden.

Mit einem pharmActual-Abonnement profitieren Sie zudem von verschiedenen Leistungen und Vorteilen.

Weitere Informationen finden Sie auf:

www.pharmaSuisse.org unter Dienstleistungen → pharmActual



nicht generell von einer Opioidtherapie ausgeschlossen werden. Kinder, welche eine solche Behandlung benötigen, werden aber in der Regel stationär behandelt.

Ein wichtiger Aspekt der Schmerztherapie ist auch die Verhinderung einer Sensibilisierung und der damit verbundenen Veränderungen im Zentralnervensystem. Die periphere Sensibilisierung verschwindet meist nach der Abheilung wieder, während die zentrale Sensibilisierung zu chronischen Schmerzen und einer erhöhten Schmerzempfindlichkeit führen kann. Insbesondere Säuglinge reagieren aufgrund der noch grossen Plastizität des Gehirns besonders empfindlich auf eine ungenügende Schmerztherapie.

Kopfschmerzen: wann ein Notfall? [4-6]

Auch im Vorschulalter können Kinder bereits von Kopfschmerzen betroffen sein. Bei kleinen Kindern ist das Erkennen von Kopfschmerzen aber oft schwierig. Hinweise können sein, wenn sich ein Kind häufig an den Kopf greift, in den Haaren zaust oder auffällig seine Stirn runzelt. Im Kindesalter ist die Trennung zwischen

Spannungskopfschmerz und Migräne unscharf. Wichtig ist aber die Abgrenzung zwischen primären und sekundären Kopfschmerzen, um grundlegende Erkrankungen ausschliessen zu können (z.B. Hirntumor: erhöhtes Risiko bei lateralem Kopfschmerz und Schiefhals).

Kinder mit Migräne klagen im Unterschied zu Erwachsenen meist über bilaterale Kopfschmerzen, welche sie mehrheitlich als Druckschmerz empfinden und nicht als den typisch pulsierenden Schmerz. Die Attacken sind meist kürzer als bei Erwachsenen und werden häufiger von Erbrechen sowie Abdominalschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen begleitet. Bei Kleinkindern (zwischen 6 Monaten und 4 Jahren) stehen oft unspezifische Symptome wie Reizbarkeit, Emesis, Bauchschmerzen oder Schlafstörungen im Vordergrund. Nur zwei Drittel der Patienten beklagt sich über Kopfschmerzen. Spannungskopfschmerzen bei Kindern werden ebenfalls bilateral und als drückender Schmerz empfunden.

Kinder können häufig die Schmerzcharakteristik und die Zusatzsymptome nicht beschreiben; sie unterbrechen das Spiel, ziehen sich zurück oder legen sich in

Tab. 2: Bei Kindern eingesetzte Opiode (adaptiert aus [1])

| Wirkstoff | Route | Einzel-dosis | Dosis-intervall | Wirk-Eintritt | Wirk-Max. | Alter | Bemerkungen |
|----------------------------------|------------------------|---|-----------------|-----------------------|----------------|---------------|---|
| Tramadol | p.o. rektal i.v. | 1-2 mg/kg MTD = 400 mg | 4-6 h | 60 min 15 min | 2-4 h 1-2 h | >12 Monate | Kürzere HWZ im Vergleich zu Erwachsenen! KI: MAO-Hemmer, Selegilin |
| Codein | p.o. | 1,0-1,5 mg MED = 100 mg MTD = 3 mg/kg | 4 h | 20 min | 1-2 h | > 6 Monate | Reiner Agonist, UAW wie Morphin Wegen Polymorphismus sehr gefährlich, da Überdosierungen möglich Non-Responder bekannt |
| Morphin-Sulfat (Sevredol®) | p.o. rektal | 0,15-0,3 mg/kg | 4 h | 20 min 20 - 40 min | - | > 6 Monate | Zulassung ab 3 Jahren Reiner Agonist UAW: Atemdepression, Sedation, Erbrechen, Harnverhalten, Juckreiz, Obstipation |
| Morphin-Sulfat (MST continuous®) | p.o. rektal | 0,3-0,6 mg | 8 (-12) h | 60 min | - | > 6 Monate | UAW wie oben Langwirkend Zulassung ab 1 Jahr |

ein dunkles Zimmer. Wenn die Eltern den Kindern die Kopfschmerzen durch solche Verhaltensänderungen anmerken, deutet dies eher auf eine Migräne hin. Im Gegensatz dazu schränken Spannungskopfschmerzen das Kind in seinen Aktivitäten nicht ein und das Kopfweh ist für die Eltern nicht «sichtbar» («es tut einfach weh»).

Bei einer Migräne ohne Aura oder bei Spannungskopfschmerzen sind in der Regel keine zusätzlichen Laboruntersuchungen oder bildgebenden Verfahren notwendig.

Treten Kopfschmerzen erstmalig, plötzlich (innerhalb von ein bis zwei

Stunden) und heftig auf, muss an einen Notfall gedacht werden, wie z.B. an eine intrakranielle Blutung.

Die Therapie von Migräne gestaltet sich im Kindesalter schwierig, da Triptane erst für Kinder ab 12 Jahren zugelassen sind. Auch zur medikamentösen Prophylaxe bei Kindern liegen noch sehr wenige Daten vor.

Eine akute Migräneattacke soll frühzeitig mit Paracetamol oder Ibuprofen behandelt werden, wobei darauf geachtet werden muss, dass die tägliche Maximaldosis nicht überschritten wird (vgl. Tab. 1). Bei Übelkeit kann Domperidon (1 Tropfen/kg; CAVE neurologische UAW) verabreicht werden. Bei Spannungskopfschmerzen sollten Medikamente wenn möglich vermieden werden, allenfalls Paracetamol oder Ibuprofen kurzzeitig einsetzen. ■

Immer Konsultation mit Pädiater empfohlen!

Bei folgenden Befunden ist eine sofortige Konsultation beim Pädiater empfohlen:

- Plötzliche heftige Kopfschmerzen
- Sich rasch verschlechternde Kopfschmerzen
- Kopfschmerzen mit nächtlichem Aufwachen und/oder Erbrechen
- Kopfschmerzen mit begleitenden neurologischen Störungen
- Starke Kopfschmerzen mit Fieber

Weitere Beratungstipps

- Regelmässige Ess- und Schlafzeiten.
- Genügend trinken! Viel Bewegung an der frischen Luft.
- Ruhezeiten im Alltag einbauen.

Referenzen (vollständige Liste im pharmActual)

- [1] Kraemer R, Schöni MH, Berner Datenbuch Pädiatrie, Verlag Hans Huber, 7. Auflage, 2007
- [2] Mamie C, Habre W, Schmerzen beim Kind nach ambulanter Chirurgie: Wie bewerten? Wie behandeln?, Pädiatrica, 2008, Vol. 19, No. 5, Seite 34–37
- [3] Möllmann C, Weinmann W, Cavellius C, Krüger M, Schmerztherapie in der Pädiatrie, Standards und spezielle Aspekte der medikamentösen Therapie, Medizinische Monatszeitschrift für Pharmazeuten, 2011, Vol. 34(1), Seite 17–25
- [4] Lütsch J, Primäre Kopfschmerzen im Kindesalter: Diagnose und Therapie, Pädiatrica, 2007, Vol. 18, No. 5, Seite 33–38
- [5] Kaufmann M, Migräne und Kopfschmerzen in der pädiatrischen Praxis, Forum News, Sommer 2007, Seite 20–23
- [6] Schmid R, Kopfschmerzen ernst nehmen, Forum News, Winter 2004, Seite 30–32

Korrespondenzadresse

Dr. sc. nat. Barbara Lardi-Studler
Apothekerstrasse 16
8610 Uster
E-Mail: barbara.lardi@gmail.com

Traitement des enfants

Douleur et analgésie chez les nourrissons et les petits enfants (partie 2)

Le traitement des douleurs chez les nourrissons et les petits enfants s'avère difficile pour deux raisons. Premièrement, les enfants de cet âge ne parviennent pas à localiser précisément leurs douleurs et les perçoivent parfois différemment des adultes (p. ex. en cas de migraine). Deuxièmement, les médicaments disponibles sont moins nombreux dans la mesure où de nombreux analgésiques ne sont pas autorisés pour les enfants ou sont évités en raison de leurs effets indésirables.

L'article ci-après montre les différentes possibilités actuellement disponibles pour traiter les douleurs des enfants de moins de six ans.

Comment évaluer la douleur chez l'enfant [1–3]

L'anamnèse et l'évaluation de la douleur sont particulièrement difficiles chez les enfants en bas âge. L'enfant de moins de quatre ans est incapable de localiser précisément la douleur, même s'il peut déjà

bien s'exprimer. Elle se situe souvent à un autre endroit que celui indiqué par l'enfant. De plus, les enfants répondent généralement par l'affirmative aux questions suggestives (p. ex. «tu as mal aux oreilles?»). C'est donc plutôt l'observation du comportement de l'enfant qui renseigne sur sa douleur. Se toucher l'oreille peut être le signe qu'il a mal, le refus de s'alimenter le signe d'une angine, etc.

Dans la clinique, on évalue la douleur chez les jeunes enfants, les nourrissons et les nouveau-nés à l'aide de protocoles va-

lidés d'évaluation de la douleur (p. ex. Berner Schmerzscore, KUSS, Hester-Poker-Chip-Scale, échelle des visages, Visual-Analogue-Scale; cf. <http://verlag.hanshuber.com/bernerdatenbuch/> → Schmerzen → Berner Schmerzscore Neugeborene resp. Schmerzskalen).

Les enfants à partir de quatre ans (ou de l'âge mental d'un enfant de quatre ans) sont capables de donner des indications fiables sur l'intensité de leur douleur. On utilise ici aussi des échelles d'évaluation de la douleur définies dans la clinique, qui permettent d'évaluer l'intensité de la douleur depuis le départ, avant et après la prise de médicament et jusqu'à l'arrêt du traitement antidouleur (pour les patients souffrant de douleurs chroniques jusqu'à ce que le traitement de longue durée ait fait ses preuves). Les réponses aux questions relatives aux cinq dimen-

8 sions de la douleur (localisation, qualité, intensité, évolution dans le temps et facteurs aggravants/atténuants) et aux symptômes concomitants peuvent fournir des indications précieuses pour poser le diagnostic et différencier les douleurs psychosomatiques et somatiques. Ce dernier point est particulièrement important tant que la cause d'une douleur somatique n'a pas été identifiée pour ne pas risquer de passer à côté d'une cause psychosomatique.

Traitement de la douleur [1-3]

Le traitement de la douleur est généralement symptomatique. En cas de fortes douleurs, il sera initié parallèlement aux investigations relatives à la cause et au traitement de la douleur. Le médicament de première intention est le paracétamol (cf. tableau 1), si possible sous forme orale. Si la voie rectale s'impose, on doublera la première dose. Le paracétamol passe très rapidement du sang au cerveau et agit également sur le système nerveux central.

L'effet analgésique des AINS est plus puissant, en particulier l'effet périphérique. Leur association avec le paracétamol est bénéfique et n'augmente pas les effets indésirables. La tolérance des AINS par les nourrissons de moins de six mois n'a toutefois pas été suffisamment documentée. Dans ce groupe d'âge, on les prescrit surtout pour faire baisser la fièvre. Il ne faut jamais donner des AINS

Cahier pharmActuel «Les maladies les plus courantes du nourrisson et de l'enfant de moins de 6 ans»

Cet article «Douleur et analgésie chez les nourrissons et les petits enfants» est une deuxième publication abrégée du chapitre «Douleurs» du cahier pharmActuel 3/2011 «Les maladies les plus courantes du nourrisson et de l'enfant de moins de 6 ans (1^{re} partie)». Ce cahier aborde également les sujets suivants: «Fièvre», «Troubles du sommeil», «Les dents et l'entretien des dents de lait» et «Peau».

Si vous êtes intéressé, vous avez la possibilité de commander ce cahier. En tant qu'abonné pharmActuel, vous profitez par ailleurs de diverses prestations et avantages.

Pour plus d'informations, consulter le site www.pharmaSuisse.org
→ Prestations → pharmActuel.



à un nourrisson âgé de moins de trois mois.

Dans les douleurs aiguës, on peut associer le paracétamol ou un AINS avec des opioïdes (cf. tableau 2). Jusqu'à maintenant, on utilise les opioïdes avec la plus extrême prudence chez l'enfant. Un traitement opiacé ne doit pas être systématiquement exclu chez les nourrissons de moins de trois mois et les enfants atteints de maladies graves, à condition d'adapter la dose et d'assurer un suivi intensif. Dans ce cas, les enfants seront traités à l'hôpital.

Attention

En cas de maux d'estomac, utiliser les analgésiques avec modération étant donné le risque d'aggravation.

La méningite, l'appendicite, l'arthrite purulente, l'iléus, le volvulus (torsion de l'intestin), l'hernie inguinale et la torsion testiculaire sont des urgences douloureuses, le plus souvent accompagnées de vomissements et d'une dégradation de l'état général. Elles nécessitent une prise en charge immédiate.

Attention

La dose d'analgésiques/antipyrétiques pour le traitement des douleurs (tout particulièrement en association avec le paracétamol et les AINS) diffère en partie de celle pour le traitement de la fièvre. Vous trouverez de plus amples informations dans le cahier pharmActuel 3/2011 ou sur le site <http://verlag.hanshuber.com/bernerdatenbuch/> → Schmerzen resp. Fieber.

Un des aspects importants du traitement de la douleur est de prévenir une sensibilisation et les atteintes au système nerveux central qui y sont liées. La sensibilisation périphérique disparaît générale-

Tableau 1: Prescription pédiatrique d'analgésiques (adapté de [1])

| Principe actif | Voie d'administration | Dose par prise | Intervalle entre les prises | Délai d'action | Pic d'action | Age | Remarques |
|----------------|-----------------------|---|-----------------------------|------------------------|--------------|-----------|---|
| Paracétamol | p.o. rectale | 20 mg/kg DJM = 60 mg/kg | 8 h | 30 min. 60–120 min. | 2,5 h | 0–3 mois | Rectal loading dose. Après 72 h, réduction de la dose en cas de fièvre, déshydratation, alimentation insuffisante. |
| | p.o. rectale | 15–20 mg/kg DJM = 90 mg/kg | 4–6 h | 30 min. 60–120 min. | 2,5 h | > 3 mois | Cl: insuffisance hépatique. |
| | p.o. | 20 mg/kg DJM = 80 (- 90) mg/kg | 6 h | 30 min. | 2,5 h | > 6 mois | |
| | rectale | 1 ^{re} dose: 40 mg/kg 2 ^e dose et doses suivantes: 20–25 mg/kg | 6 h | 60–120 min. | 2,5 h | > 6 mois | |
| | i.v. | 15 mg/kg DJM = 60 mg/kg | 6 h | 15 min. | 2–3 h | > 6 mois | Généralement max. 48 h. AMM à partir de 10 kg (vers 1 an). |
| Ibuprofène | p.o. rectale | 10 mg/kg DMP = 800 mg DJM = 2400 mg | 6 h | 60 min. | – | > 6 mois | Cl: hypovolémie, insuffisance rénale, troubles de la coagulation, thrombocytopenie. Prudence en cas d'asthme et de varicelle. |
| Diclofénac | p.o. rectale | 1 mg/kg DJM = 150 mg | 8 h | 60 min. | – | > 12 mois | Cl: hypovolémie, insuffisance rénale, troubles de la coagulation, thrombocytopenie. Prudence en cas d'asthme et de varicelle. |

DJM: dose journalière maximale, DMP: dose maximale par prise

ment à la guérison alors que la sensibilisation centrale peut conduire à des douleurs chroniques et à une sensibilité accrue à la douleur. Les nourrissons réagissent plus que les adultes à un traitement insuffisant de la douleur en raison de la forte plasticité de leur cerveau.

Céphalées: quand constituent-elles une urgence? [4–6]

Alors que les enfants peuvent souffrir de céphalées avant l'âge scolaire, elles sont difficiles à identifier chez les enfants en bas âge. Se toucher la tête, se passer la main dans les cheveux ou plisser fréquemment le front peuvent être des indicateurs. Durant l'enfance, la distinction entre céphalées de tension et migraine est souvent difficile. Le plus important est d'identifier les céphalées primaires et secondaires pour pouvoir exclure des maladies sous-jacentes (p.ex. tumeur du cerveau: risque accru en cas de céphalée latente et de torticolis).

Contrairement aux adultes, les enfants migraineux souffrent le plus souvent d'une céphalée bilatérale généralement ressentie comme une douleur pressante et non comme une douleur pulsative. Les crises sont plus brèves que chez l'adulte et plus souvent associées à des vomissements ainsi qu'à des douleurs abdominales, des étourdissements et des troubles du sommeil. Chez le jeune enfant (entre six mois et quatre ans), on observe une prédominance de symptômes non spécifiques, comme une irritabilité, des vomissements, des maux d'estomac ou des troubles du sommeil. Deux tiers seulement des patients se plaignant de céphalées. Chez les enfants, les céphalées de tension sont également bilatérales et res-

senties comme des douleurs pressantes.

Les enfants ont du mal à caractériser leur douleur et les symptômes concomitants. Ils réagissent en interrompant leurs jeux, en se mettant en retrait ou en allant s'allonger dans une pièce obscure. Face à un tel comportement, les parents doivent aussitôt penser à une migraine. En revanche, l'enfant ne modifiant pas son comportement en cas de céphalée de tension, celle-ci n'est pas «perceptible» par les parents («ça fait seulement mal»).

En règle générale, les examens de laboratoire ou les procédés d'imagerie médicale sont inutiles dans les migraines sans aura ou les céphalées de tension.

Les céphalées violentes survenant pour la première fois de manière soudaine (en une à deux heures) sont le signe d'une urgence, comme une hémorragie intracrânienne par exemple.

Les cas d'urgence médicale

Les patients présentant les symptômes suivants doivent consulter un pédiatre d'urgence:

- Céphalées soudaines et violentes;
- Céphalées qui s'aggravent rapidement;
- Céphalées avec réveil nocturne et/ou vomissements;
- Céphalées avec troubles neurologiques concomitants;
- Céphalées violentes avec fièvre.

Le traitement de la migraine est difficile à mettre en place chez l'enfant puisque les triptans ne peuvent pas être administrés avant l'âge de 12 ans. Par ailleurs, très peu de données sont disponibles sur la prophylaxie médicamenteuse chez l'enfant.

Une crise migraineuse aiguë doit se traiter le plus tôt possible par le paracétamol ou l'ibuprofène en veillant à ne pas

dépassez la dose maximale journalière (cf. tableau 1). En cas de nausées, on administrera du dompéridon (1 goutte/kg; ATTENTION: EI neurologiques). Dans les céphalées de tension, éviter dans la mesure du possible les médicaments ou donner uniquement du paracétamol ou de l'ibuprofène sur une courte durée. ■

Conseils pour limiter les céphalées

- Heures de repas et de coucher régulières.
- Boire des quantités suffisantes de liquides!
- Beaucoup d'activités physiques au grand air.
- Prévoir des pauses au calme tout au long de la journée.

Références (liste complète dans le cahier pharmActual 3/2011)

- [1] Kraemer R, Schöni MH, Berner Datenbuch Pädiatrie, Verlag Hans Huber, 7. Auflage, 2007
- [2] Mamie C, Habre W, Schmerzen beim Kind nach ambulanter Chirurgie: Wie bewerten? Wie behandeln?, Pädiatrica, 2008, Vol. 19, No. 5, pages 34–37
- [3] Möllmann C, Weinmann W, Cavellius C, Krüger M, Schmerztherapie in der Pädiatrie, Standards und spezielle Aspekte der medikamentösen Therapie, Medizinische Monatszeitschrift für Pharmazeuten, 2011, Vol. 34 (1), pages 17–25
- [4] Lüttsch J, Primäre Kopfschmerzen im Kindesalter: Diagnose und Therapie, Pädiatrica, 2007, Vol. 18, No. 5, Seite 33–38
- [5] Kaufmann M, Migräne und Kopfschmerzen in der pädiatrischen Praxis, Forum News, Sommer 2007, pages 20–23
- [6] Schmid R, Kopfschmerzen ernst nehmen, Forum News, Winter 2004, pages 30–32

Adresse de correspondance

Dr sc. nat. Barbara Lardi-Studler
Apothekerstrasse 16
8610 Uster
E-mail: barbara.lardi@gmail.com

Tableau 2: Prescription pédiatrique d'opioïdes (adapté de [1])

| Principe actif | Voie d'administration | Dose par prise | Intervalle entre les prises | Délai d'action | Pic d'action | Age | Remarques |
|---------------------------------------|-----------------------|---|-----------------------------|-----------------------|----------------|----------|---|
| Tramadol | p.o. rectale i.v. | 1–2 mg/kg DJM = 400 mg | 4–6 h | 60 min. 15 min. | 2–4 h 1–2 h | >12 mois | Demi-vie plus brève que chez l'adulte! CI: inhibiteurs de la MAO, sélétiline. |
| Codéine | p.o. | 1,0–1,5 mg DMP = 100 mg DJM = 3 mg/kg | 4 h | 20 min. | 1–2 h | >6 mois | Pur agoniste, EI identiques à la morphine. Très dangereuse en raison de son polymorphisme, possibilité de surdosages, non-répondeurs connus. |
| Sulfate de morphine (Sevredol®) | p.o. rectale | 0,15–0,3 mg/kg | 4 h | 20 min. 20–40 min. | – | >6 mois | AMM pour enfants âgés de plus de 3 ans. Pur agoniste. EI: dépression respiratoire, sédation, vomissements, rétention d'urine, prurit, constipation. |
| Sulfate de morphine (MST continuous®) | p.o. rectale | 0,3–0,6 mg | 8 (–12) h | 60 min. | – | >6 mois | AMM pour enfants âgés de plus d'un an. EI comme ci-dessus. Action de longue durée. |