

	Guide clinique de pratique
	Unité néonatale et cliniques externes
Titre : Prise en charge de la douleur lors d'une frénotomie chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 3 mois de vie	

Catégorie : Prévention de la douleur

Professionnels concernés : Infirmiers, infirmiers auxiliaires, consultants en lactation, pédiatres, dentistes, hygiénistes dentaires et oto-rhino-laryngologues

Objectifs du guide clinique

Ce guide clinique a été élaboré par une équipe multidisciplinaire afin d'uniformiser et standardiser le soulagement de la douleur lors d'une frénotomie chez un nouveau-né ou un nourrisson jusqu'à l'âge de 3 mois.

Mise en contexte

La frénotomie (ablation du frein de la langue) est l'une des nombreuses procédures dont les nouveau-nés peuvent avoir besoin afin de corriger l'ankyloglossie (frein de la langue court). Au CHU Sainte-Justine, la frénotomie est réalisée en clinique externe par un(e) dentiste ou bien un(e) oto-rhino-laryngologiste. En 2022, la majorité des procédures, soit 103, ont été effectuées par l'équipe de dentisterie.

Une revue de la littérature a été effectuée afin de déterminer la meilleure méthode de soulagement de la douleur. Une équipe multidisciplinaire s'est rencontrée afin de discuter des données probantes et déterminer quelles interventions seraient cliniquement appropriées.

Seulement deux (2) études randomisées contrôlées ont été identifiées. La première compare le gel de benzocaïne à aucune anesthésie (Ovental et al. 2014) et la deuxième compare le gel de tétracaïne au gel de benzocaïne (Shavit et al., 2017). Les deux études ont mesuré la durée des pleurs afin d'évaluer la douleur. Dans la première étude, la durée des pleurs était plus longue dans le groupe ayant reçu un anesthésiant topique. Dans la deuxième étude, la durée des pleurs était comparable, soit environ une minute.

Un consensus d'expert sur l'ankyloglossie (Messner et al., 2020) ne recommande pas l'utilisation d'anesthésiants topiques ou d'injection anesthésiante, mais recommande plutôt l'utilisation de sucrose chez les enfants de moins d'un an.

Finalement, il est à noter que [Santé Canada](#) ne recommande pas l'utilisation de benzocaïne chez les enfants de moins de 2 ans dû au risque de méthémoglobinémie.

Recommandations

1. L'utilisation de mesures non pharmacologiques est essentielle (Pillai Riddell et al., 2015)
 - Favoriser un environnement calme et tamiser les lumières, si possible
 - Encourager la présence parentale
 - Regrouper ou emmailloter le patient avec une couverture afin de favoriser une flexion physiologique des membres
2. L'utilisation du [sucrose](#) est fortement recommandée (Stevens et al., 2016)
3. Offrir de [l'acétaminophène](#) 30 à 60 minutes avant la procédure, puis après la procédure au besoin. Il est à noter que l'acétaminophène administré avant la frénotomie n'offrira pas d'analgésie significative pour la procédure, mais sera efficace pour la douleur après la procédure. Il est donc important d'optimiser les autres interventions proposées.
4. Encourager l'allaitement ou la succion non-nutritive avec la suce immédiatement après la procédure.

Considération spéciale

Bien que l'utilisation d'anesthésiants topiques ou d'injections anesthésiantes pourraient être considérés dans certains cas selon le jugement du professionnel, ce guide clinique n'appuie pas leur utilisation vu l'absence de données probantes, les risques associés à leur utilisation et la position de Santé Canada.

Responsable(s) : Sophie Bélanger, MScInf, IPSNN; Sophie-Camille Hogue, Pharm.D., M.Sc.; Dre Marie-Joelle Doré Bergeron, pédiatre; Dre Marie-Eve Asselin, dentiste; Audrey Charpentier Demers, ergothérapeute; Marie-Eve Savard, ergothérapeute; Julie Paquette, infirmière; Dre Carol Nanh, ORL; Dre Kathryn DeKoven, anesthésiste.
Collaboratrice : Audrey Larone Juneau, MScInf, CCSI

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} août 2023

Date de mise à jour et mise à jour par qui : 1^{er} août 2027 par Sophie Bélanger

Références

Carbajal, R., Rousset, A., Danan, C., Coquery, S., Nolent, P., Ducrocq, S., Saizou, C., Lapillonne, A., Granier, M., Durand, P., Lenclen, R., Coursol, A., Hubert, P., de Saint Blanquat, L., Boëlle, P., Annequin, D., Cimerman, P., Anand, K. J. & Bréart, G. (2008). Epidemiology and Treatment of Painful Procedures in Neonates in Intensive Care Units. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 300 (1), 60-70.

Kassab, Alhassan, Alzoubi & Khader (2019). Number and Frequency of Routinely Applied Painful Procedures in University Neonatal Intensive Care Unit. *Clinical Nursing Research*, 28(4):488-501.

Messner, Walsh, Rosenfeld, Schwartz, Ishman, Baldassari, Satterfield *et al.* (2020). Clinical consensus statement: ankyloglossia in children. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 162(5), 597-611.

Ovental, Marom, Botzer, Batscha & Dollberg (2014). Using topical benzocaine before lingual frenotomy did not reduce crying and should be discouraged. *Acta Paediatr*, 103(7):780-2.

Pillai Riddell, Racine, Turcotte, Uman, Horton, Din Osmun, Gerwitz-Stern *et al.* (2012). Cochrane Review: Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7(6), 1905-2121.

Rowan-Legg (2015). Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health*. 20(4):209-18.

Shavit, Peri-Front, Rosen-Walther, Grunau, Neuman, Nachmani, Koren & Aizenbud (2017). A Randomized Trial to Evaluate the Effect of Two Topical Anesthetics on Pain Response During Frenotomy in Young Infants. *Pain Medicine*, 18(2), 356-362.

Stevens, Yamada, Ohlsson, Haliburton & Shorkey (2016). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane database of systematic reviews*, (7).