



Douleur de la personne âgée

Dr DRAKE Adeline

Algologue – gériatre - CHG de Saint-Nazaire

*Consultation pluridisciplinaire de la douleur chronique
du territoire de Saint-Nazaire*

DU d'oncogériatrie

Lundi 07 décembre 2009

introduction

- Pendant longtemps la douleur a été vécue comme une fatalité. Et pourtant, l'évolution des connaissances nous donne aujourd'hui les moyens de réduire dans des proportions importantes la plupart des douleurs.
- *Mais plus que des connaissances, ce sont les mentalités qui doivent évoluer.*



- La douleur est l'affaire de tous les acteurs de notre système de soins.
- Nous entrons a priori dans une période de transition →développement des formations.
- « *Tout a été dit, mais comme peu de gens écoute, tout est toujours à redire* » (A. Gide)



Pendant longtemps la douleur a été peu ou pas été prise en compte.

La douleur est un phénomène subjectif qui se rencontre dans toutes les disciplines.

Tous ceux qui souffrent ne peuvent penser à rien d'autre.

C'est le symptôme le plus mal vécu par le patient, la famille et les soignants



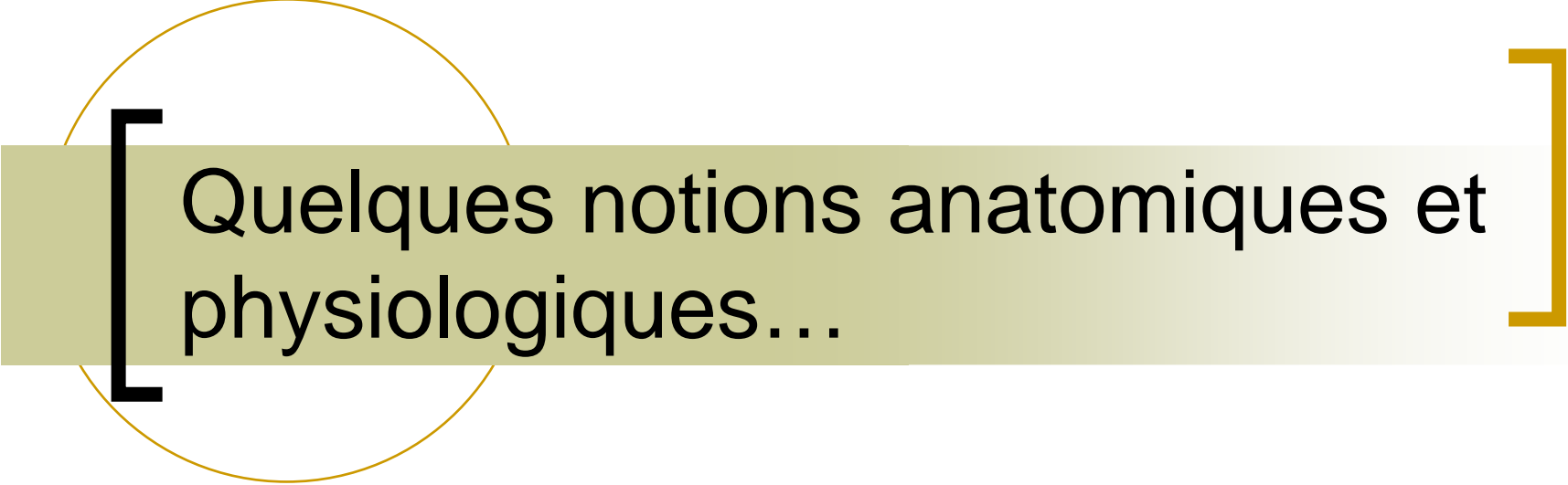
- Le soulagement adéquat de la douleur devrait être obtenu par des prescriptions optimisées, après une évaluation rigoureuse du type et de l'intensité de la douleur.
- \Rightarrow *Recommandation par l'HAS* sur l'évaluation de la douleur chez le sujet âgé.

Définition

Définition officielle (IASP*-1994):

« Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en relation avec une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une lésion . »

*IASP: International Association of Study of Pain

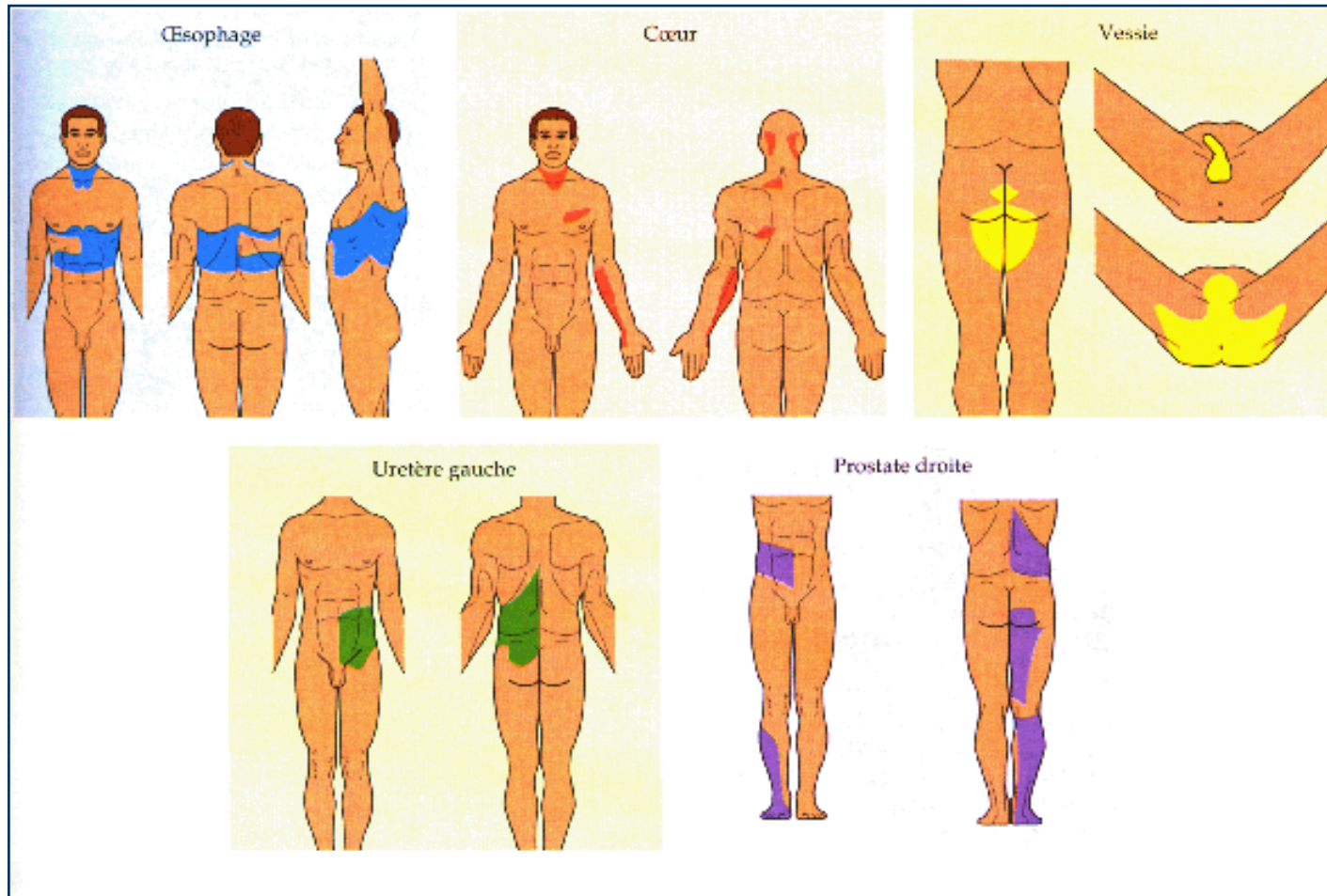


Quelques notions anatomiques et
physiologiques...



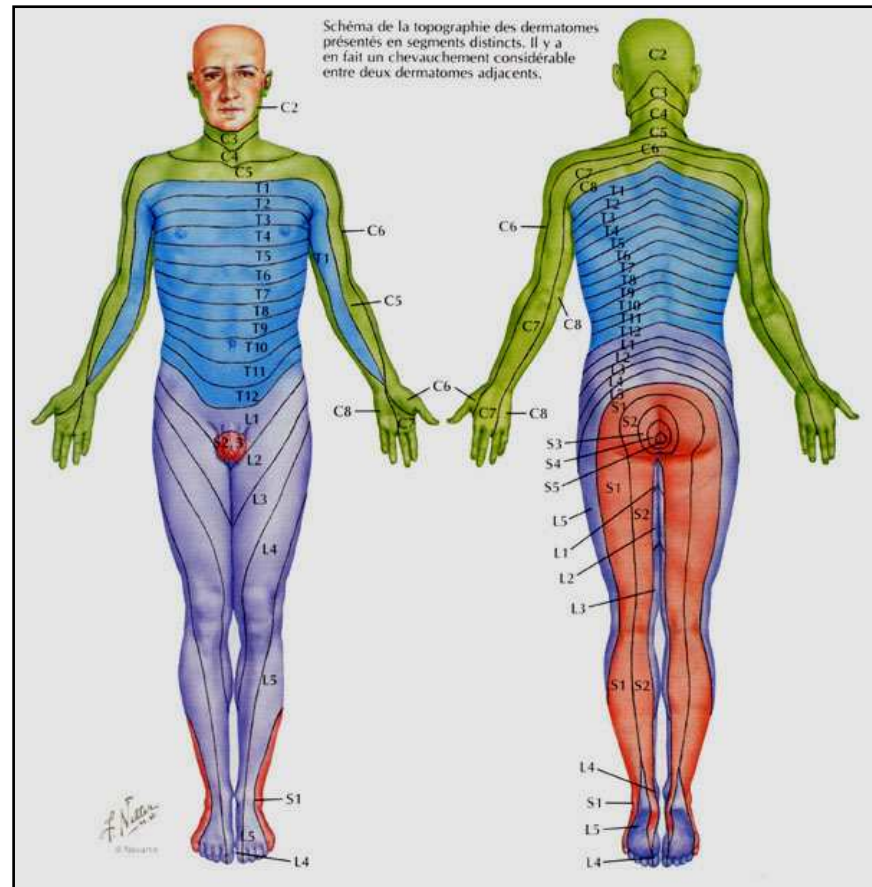
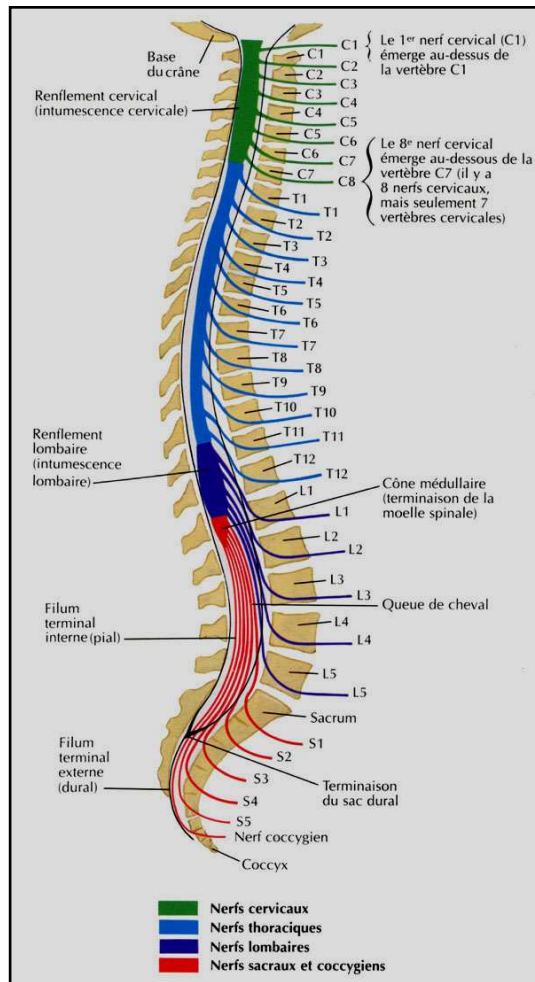
- Les systèmes de régulation sont mis en défaut lorsque:
 - Il y a hyper-excitation périphérique (douleur par excès de nociception)
 - Défaut d'inhibition périphérique ou centrale (douleur neuropathique) / hyperactivité spontanée des voies de la douleur, sans stimulation nociceptive, suite à une lésion des voies de la sensibilité

Douleurs projetées

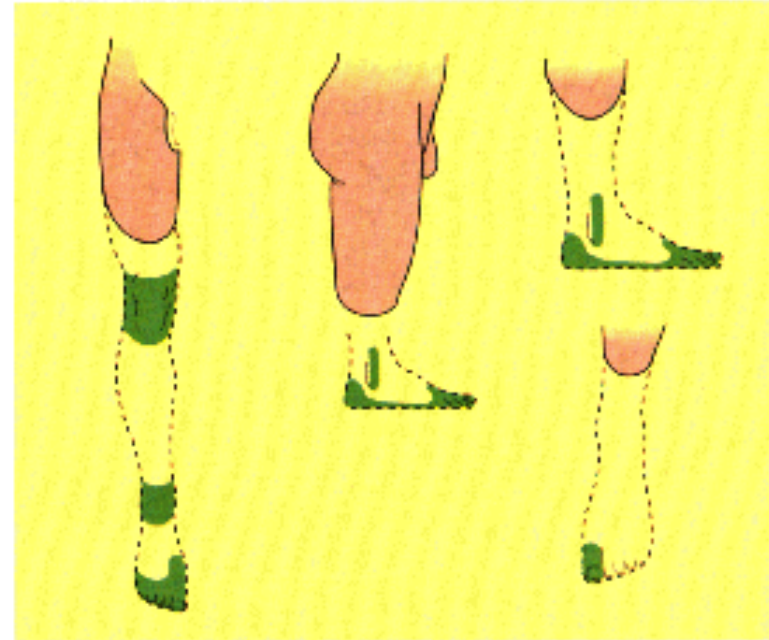
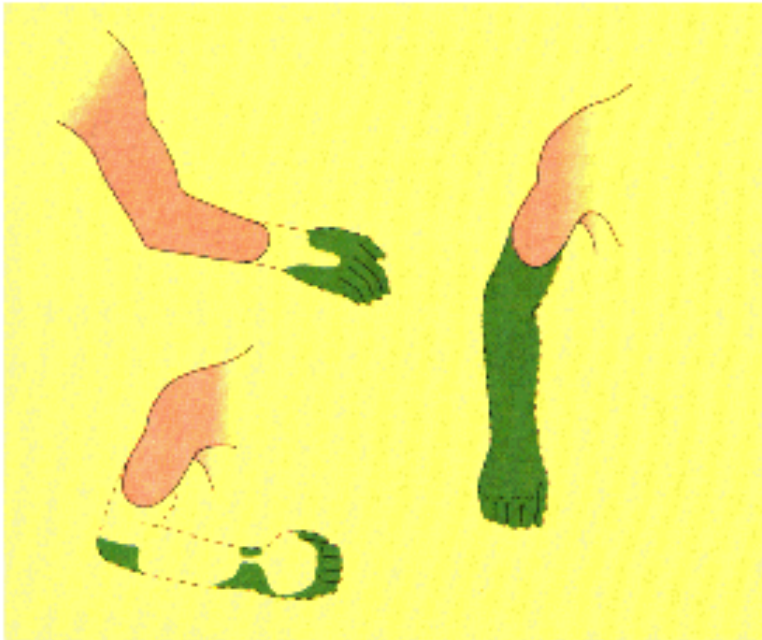


Douleurs d'origine viscérale et projetées sur une région cutanée.

Metameric disposition DEJERINE



Membre fantôme



Membres fantômes d'après des descriptions de patients.
Les parties qui sont ressenties les plus vivement sont en couleur.

Les différents types de douleur

-Selon le mode évolutif:

- Aigu
- chronique

-Selon le mécanisme:

- Par excès de nociception
- Neuropathiques)
- psychogène

[Selon le mode évolutif (1)]

Douleur aiguë:

- Signal d'alarme → fonction de protection → cause
- Entraîne une réaction comportementale d'apprentissage s'associant à une anxiété.
- Bonne réaction au traitement médical → curatif

[Selon le mode évolutif (2)]

Douleur chronique:

- >6 mois
- Inutile et destructrice
- Composante affective ++ → dépression réactionnelle
- Mécanisme plurifactoriel → traitement médical + approche comportementale dont le but est réadaptatif

[Selon le mécanisme]

- Par excès de nociception
- Neuropathique

Douleurs nociceptives neuropathiques

- Douleurs secondaires à une stimulation des nocicepteurs en l'absence de lésion du système nerveux / douleur de la vie courante
- De type mécanique (aggravée par le mouvement) ou inflammatoire (aggravation souvent nocturne)
- Topo locale ou régionale sans caractère neurologique systématisé


Douleurs

- Douleurs liées à une lésion du système nerveux périphérique ou central en l'absence de stimulation directe des nocicepteurs – en général séquellaires
- Douleurs spontanées survenant sans stimulus (fond douloureux permanent / paroxysmes) douleurs provoquées sensations non douloureuses anormales
- Topo neurologique systématisée dans le territoire d'innervation sensitive de la structure nerveuse lésée

Douleurs nociceptives neuropathiques

Douleurs

- Examen neurologique normal
- Sensibilité aux antalgiques usuels
- Troubles objectifs de la sensibilité
- Résistance aux antalgiques usuels / traitement pharmacologique par psychotropes

- 
- Hyperalgésie : réponse exagérée à une stimulation normalement douloureuse.
 - Hyperesthésie cutanée ou hyperpathie : réponse retardée ou exagérée à un stimulus répétitif .
 - Allodynie : réponse à un stimulus normalement non douloureux..
 - Dyesthésies : sensations cutanées anormales et désagréables spontanées ou provoquées
 - Paresthésie : sensations cutanées anormales, mais non désagréables spontanées ou provoquées (fourmillements, picotements, engourdissement)

Prévalence de la douleur chez le sujet âgé

- Les occasions de souffrir sont nombreuses aux âges élevés.
- Affections gériatriques réputées douloureuses : zona, artérite temporale, PPR, chondrocalcinose, artérite des MI, tassements vertébraux
- Les maladies ostéo-articulaires / l'arthrose atteint 80% des + de 65 ans
- Les situations de fin de vie

Les différents types de douleur

-Selon le mode évolutif:

- Aigu
- chronique

-Selon le mécanisme:

- Par excès de nociception
- Neuropathiques)
- psychogène

[Selon le mode évolutif (1)]

Douleur aiguë:

- Signal d'alarme → fonction de protection → cause
- Entraîne une réaction comportementale d'apprentissage s'associant à une anxiété.
- Bonne réaction au traitement médical → curatif

[Selon le mode évolutif (2)]

Douleur chronique:

- >6 mois
- Inutile et destructrice
- Composante affective ++ → dépression réactionnelle
- Mécanisme plurifactoriel → traitement médical + approche comportementale dont le but est réadaptatif

[Selon le mécanisme]

- Par excès de nociception
- Neuropathique

Douleurs nociceptives neuropathiques

- Douleurs secondaires à une stimulation des nocicepteurs en l'absence de lésion du système nerveux / douleur de la vie courante
- De type mécanique (aggravée par le mouvement) ou inflammatoire (aggravation souvent nocturne)
- Topo locale ou régionale sans caractère neurologique systématisé


Douleurs

- Douleurs liées à une lésion du système nerveux périphérique ou central en l'absence de stimulation directe des nocicepteurs – en général séquellaires
- Douleurs spontanées survenant sans stimulus (fond douloureux permanent / paroxysmes)
douleurs provoquées
sensations non douloureuses anormales
- Topo neurologique systématisée dans le territoire d'innervation sensitive de la structure nerveuse lésée

Douleurs nociceptives neuropathiques

Douleurs

- Examen neurologique normal
- Sensibilité aux antalgiques usuels
- Troubles objectifs de la sensibilité
- Résistance aux antalgiques usuels / traitement pharmacologique par psychotropes

- 
- Hyperalgésie : réponse exagérée à une stimulation normalement douloureuse.
 - Hyperesthésie cutanée ou hyperpathie : réponse retardée ou exagérée à un stimulus répétitif .
 - Allodynie : réponse à un stimulus normalement non douloureux..
 - Dysesthésies : sensations cutanées anormales et désagréables spontanées ou provoquées
 - Paresthésie : sensations cutanées anormales, mais non désagréables spontanées ou provoquées (fourmillements, picotements, engourdissement)

Prévalence de la douleur chez le sujet âgé

- Les occasions de souffrir sont nombreuses aux âges élevés.
- Affections gériatriques réputées douloureuses : zona, artérite temporale, PPR, chondrocalcinose, artérite des MI, tassements vertébraux
- Les maladies ostéo-articulaires / l'arthrose atteint 80% des + de 65 ans
- Les situations de fin de vie



■ **Les cancers, dont l'incidence augmente avec l'âge :**

- 68% des décès par cancer chez les hommes et 75% chez les femmes surviennent après l'âge de 65 ans.
- K de la prostate : incidence à 80-84 ans 10 x sup qu'à 55-59 ans
- K du poumon : incidence à 70-74 ans 8x sup qu'à 40-44 ans
- K colo-rectal : incidence à 80-84 ans 19 x sup qu'à 40-44 ans

Douleur et grand âge

- Méconnue, oubliée, passée sous silence pendant de longues années, qu'elle soit aiguë, chronique, nociceptive, neuropathique ou mixte, la douleur de la p. a. reste un champ négligé, mal connu, voire méprisé.
 - *Trop souvent* :
 - elle n'est même pas identifiée en tant que telle ,
 - elle n'est pas appréciée à sa juste intensité,
 - elle n'est pas traitée ou insuffisamment ou de façon inadaptée
- ⇒ ***les causes de ces méconnaissances sont graves et multiples***

Pourquoi cette méconnaissance?(1)

- La p.a. a souvent un comportement souvent plus stoïque ou plus fataliste vis-à-vis de la douleur qu'elle considère comme une conséquence normale du vieillissement, de la maladie, de la fin de vie.
- Elle peut éviter d'en parler par crainte de déranger, par peur du diagnostic, des investigations ou des traitements, ou parce-que la douleur traduit une aggravation de leur maladie et de leur mort prochaine...
- La plainte douloureuse peut être noyée dans toute une série de plaintes chroniques diverses.

Pourquoi cette méconnaissance?(2)

- Les troubles du langage, la confusion, les troubles cognitifs, les troubles sensoriels empêchent la personne d'exprimer verbalement sa douleur et gênent son évaluation.
- La douleur peut se manifester par des comportements atypiques qu'il faut savoir rattacher à la douleur.
- *⇒ avoir la lucidité de reconnaître le peu de considération que nous avons encore pour les hommes et les femmes âgés et très âgées au sein de notre système de santé et de notre société en général, a fortiori s'ils sont très malades, dépendants, déments et en institution.*

Conséquences des syndromes douloureux du sujet âgé

Nombreuses, intriquées et pouvant être graves.

- Anorexie, dénutrition
- Troubles du sommeil et dépression peuvent aggraver la douleur
- Modification du comportement
- Diminution des activités de la vie quotidiennes
- Perte d'autonomie →immobilisation→complications

[Douleur et grand âge]

- Méconnue, oubliée, passée sous silence pendant de longues années, qu'elle soit aiguë, chronique, nociceptive, neuropathique ou mixte, la douleur de la p. a. reste un champ négligé, mal connu, voire méprisé.
 - *Trop souvent :*
 - elle n'est même pas identifiée en tant que telle ,
 - elle n'est pas appréciée à sa juste intensité,
 - elle n'est pas traitée ou insuffisamment ou de façon inadaptée
- ⇒ ***les causes de ces méconnaissances sont graves et multiples***

Douleurs chroniques et PA

- **Les PA sont surtout plus exposés à des pathologies pourvoyeuses de douleur :**
- Affections ostéo-articulaires
 - Arthrose
 - Polyarthrite rhumatoïde à début tardif
 - Goutte
 - Chondrocalcinose (pseudo-goutte)
 - Polyarthrite pseudorhizomélique
 - Maladie de Horton

[Douleurs chroniques et PA]

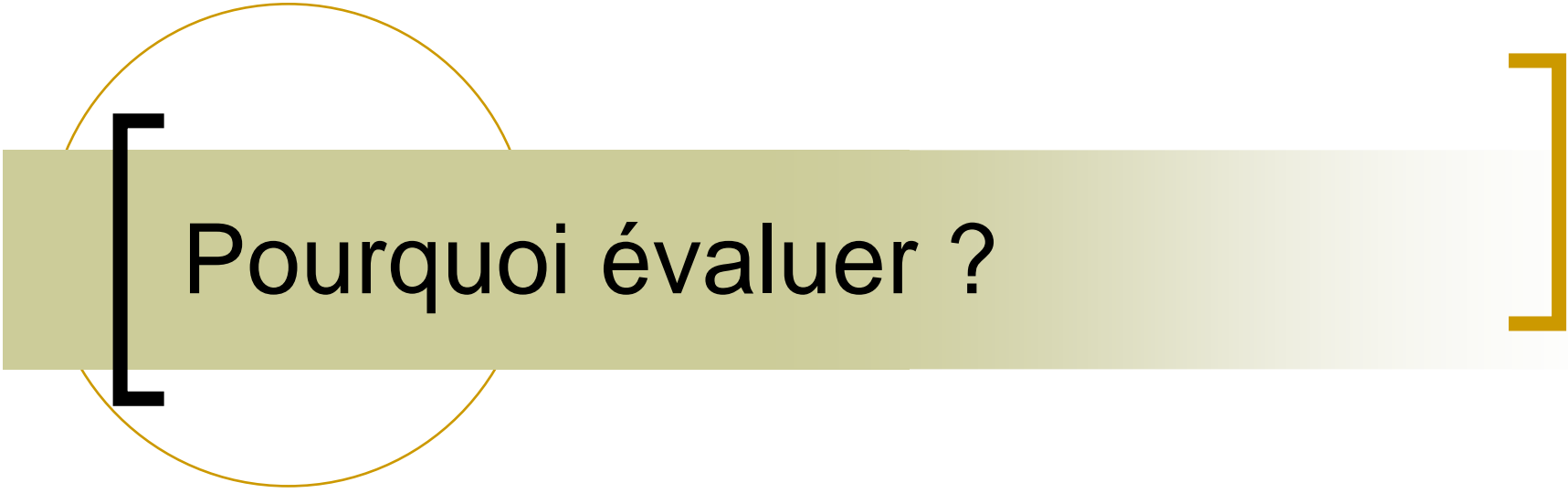
- Maladies non articulaires
 - Déchirure coiffe des rotateurs
 - Tendinite biceps
 - Capsulite rétractile
 - Syndrome épaule-main
 - Canal carpien
 - Bursite trochantérienne

[Douleurs chroniques et PA]

- Fractures- tassements ostéoporotiques
- Métastases osseuses - Myélome
- Douleurs viscérales cancéreuses
- Douleurs neurologiques
 - Migraines / Névralgies
 - Douleurs thalamiques (AVC)
 - Douleurs post-zostériennes
- Escarres

[Douleurs liées aux soins]

- Prises de sang répétées sur un réseau veineux précaire / Gaz du sang
- Perfusions déplacées
- Soins d'escarre ou d'ulcère de jambe
- Attaches au lit
- Mobilisations en fin de vie
- Transports en ambulance / Brancardage
- Angoisse de mort et d'abandon



Pourquoi évaluer ?

Pourquoi évaluer ?

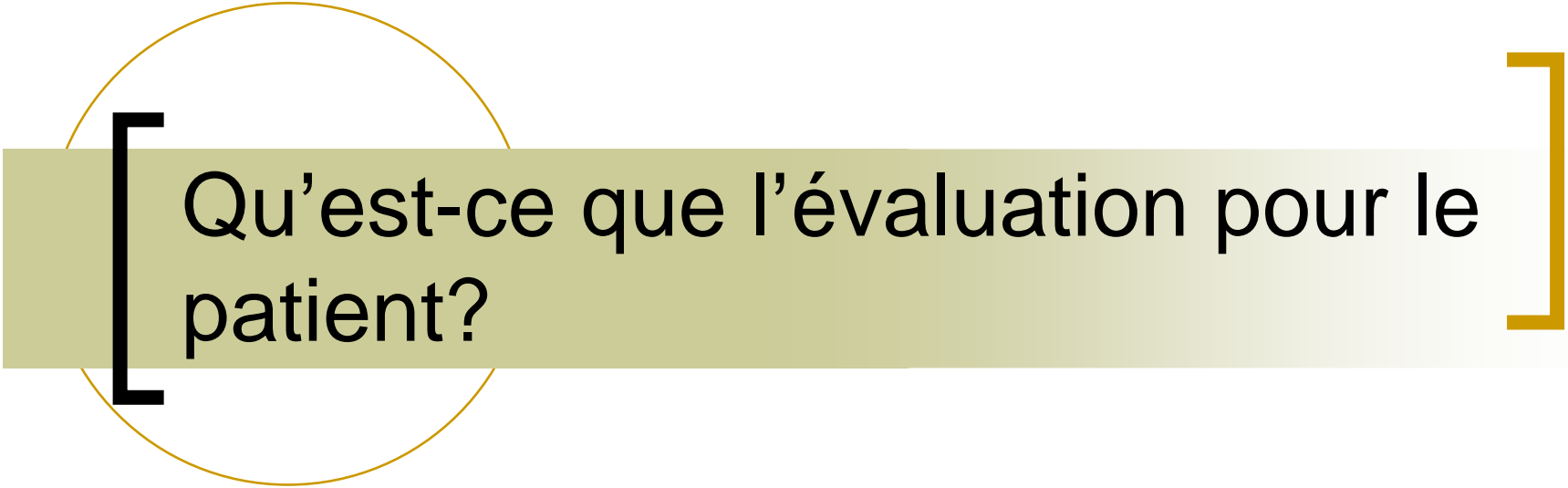
- Car la douleur est un symptôme fréquent,
- Car la douleur est un symptôme complexe,
- Car la douleur est mal ou non prise en charge,
- Pour aider le soignant à soigner,
- Pour aider le patient à être soigné et à se soigner.



Qu'est-ce que l'évaluation pour le soignant?

Evaluer, pour le soignant c'est:

- Croire la personne et le montrer
- Avoir un repère
- Utiliser ce support pour le dialogue
- Organiser et fixer des objectifs communs (douleur → gêne)
- Discriminer (grand problème → petits problèmes), prioriser



Qu'est-ce que l'évaluation pour le patient?

[Evaluer, pour le patient c'est:]

- Être cru et pris au sérieux,
- Se *décentrer* du problème vers des *solutions*,
- Quitter le pourquoi et aller vers le comment,
- Doser ses attentes et ses déceptions, ses efforts, ...

Dépistage de la douleur chez la personne démente

- Tout changement de comportement, spontané ou survenant pendant un soin, chez une personne démente doit faire évoquer la possibilité d'un état douloureux et le faire rechercher.
- Cela peut se traduire par : une agressivité, un syndrome confusionnel, une agitation, une déambulation excessive...

Dépistage de la douleur en gériatrie

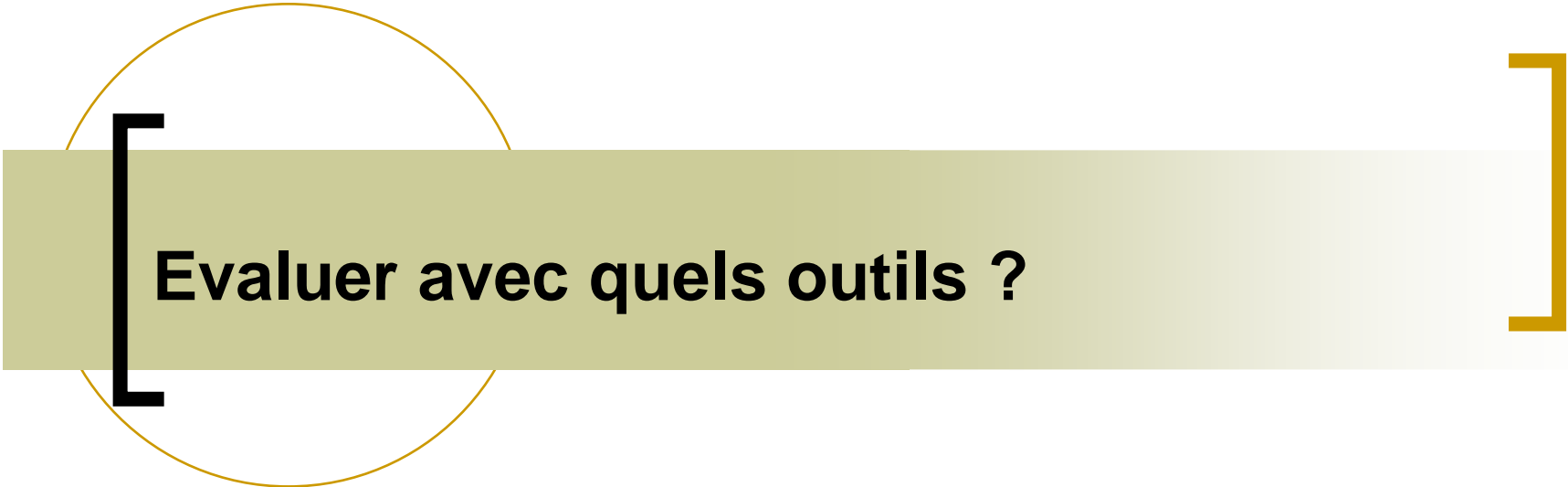
- Sa recherche est systématique
- Toute modification du comportement doit alerter y compris une majoration des troubles de la mémoire et du comportement.
- Rechercher des signes indirects (perte de poids, anorexie) et des symptômes témoins de douleur (confusion, vomissements,...);
- Examen clinique.
- Surveillance d'un traitement antalgique déjà institué→évaluation dont la périodicité est définie par un protocole.



Comment évaluer?

Cadre de l'évaluation

- Volonté du soignant,
- Planification,
- Notion d'équipe,
- Notion de temps,
- Projet de soins personnalisés,
- Implication du patient.



Evaluer avec quels outils ?

- évaluer l'intensité douloureuse
- évaluer le type de douleur
- évaluer le retentissement de la douleur

Evaluation de la douleur en gériatrie

- ***Evaluation de l'intensité*** par des échelles d'auto ou d'hétéro-évaluation:
 - Echelles d'auto-évaluation
 - Echelles d'hétéro-évaluation: utilisées en cas de non-communication ou de réponses trop discordantes aux échelles d'auto-évaluation. Les principes reposent sur l'observation du comportement.

Echelles d'auto-évaluation(1)

- **Echelle visuelle analogique (EVA):**

Réglette avec une ligne de 10 cm allant de « absence de douleur » à « douleur maximale »-Coté de 0 à 10-

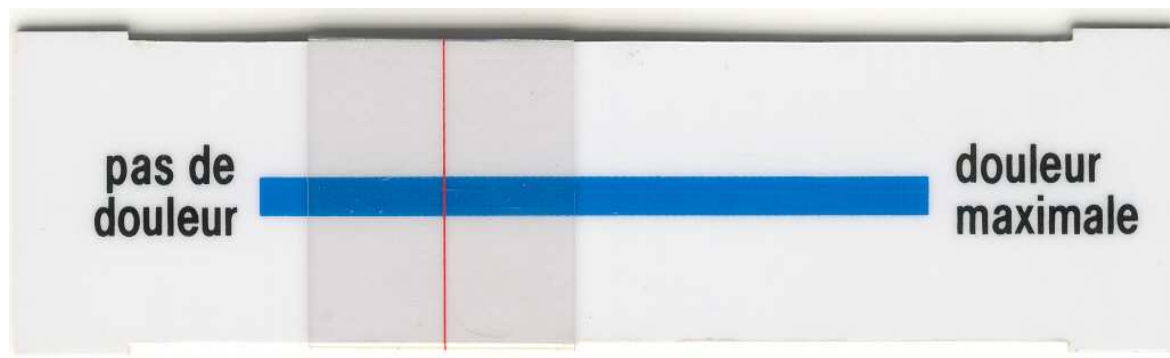
- **Echelle numérique (EN):**

Réglette – note de 0 (absence de douleur) à 10 (douleur maximale).

- **Echelle verbale simple (EVS):**

le patient quantifie sa douleur selon une série de qualificatifs hiérarchisés et chiffrés: nulle(0)-faible(1)-moyenne(2)-intense(3)-extrêmement intense(4).

[Réglette d'échelle visuelle analogique]



Face
présentée
au patient

[Echelles d'auto-évaluation(2)]

- L'EVA semble d'un maniement trop difficile pour les personnes âgées.
- L'EVS ou l'EN sont en général correctement utilisées par les personnes âgées qu'elles soient atteintes d'une démence modérée ou non (MMS >24 ou compris entre 18 et 23).

[Echelles d'hétéro-évaluation(1)]

- Quand l'évaluation n'est pas réalisable par le patient lui-même.
- Par les soignants / échelles comportementales qui quantifient la douleur au travers ses manifestations observables.
- 2 échelles sont référencées et validées par l'HAS: DOLOPLUS et ECPA.
- Tant que cela est possible, le médecin prescripteur de l'antalgie évitera de coter lui-même la douleur.

[Echelles d'hétéro-évaluation(1)]

- L'observation comportementale doit être systématique :
 - Pendant les soins et lors des mobilisations,
 - Lors de l'examen clinique,
 - Avant la prise des antalgiques ou/et après une interdose.

- Fréquence des réévaluations selon le protocole.

Echelle Doloplus

Observation comportementale

1 - Retentissement somatique

Plaintes somatiques
Positions antalgiques au repos
Protection des zones douloureuses
Mimique
Sommeil

Score de 0 à 3 pour chaque item

2 - Retentissement psycho-moteur

- Toilette / habillage
- Mouvement

3 - Retentissement psychosocial

- Communication
- Vie sociale
- Troubles du comportement

Score 0 à 3 pour chaque item - Score total / 30

ECPA

Echelle Comportementale Personnes Agées non communicantes

- A partir de l'échelle DEGR validée chez les enfants
- Valorisation de la compétence des soignants
- Observation avant les soins
- Observation pendant les soins
- 8 items - 5 modalités de réponse pour chaque item
0--4
- Score total 0 - 32

ECPA



Observation avant les soins

- 1 - Expression visage (regard- mimique)
- 2 - Position spontanée au repos
- 3 - Mobilité du patient dans et hors du lit
- 4 - Relation à autrui

Observation pendant les soins

- 5 - Anticipation anxieuse aux soins
- 5 - Réactions pendant la mobilisation
- 6 - Réactions pendant les soins des zones douloureuses
- 7 - Plaintes exprimées pendant les soins

D.N.4 (*pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique*):

Q1: la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes? : brûlure, sensation de froid douloureux, décharge électrique

Q2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants? : fourmillements, picotements, engourdissements, démangeaisons.

Q3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence: hypoesthésie au tact , à la piqure.

Q4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par : le frottement

[algoplus]

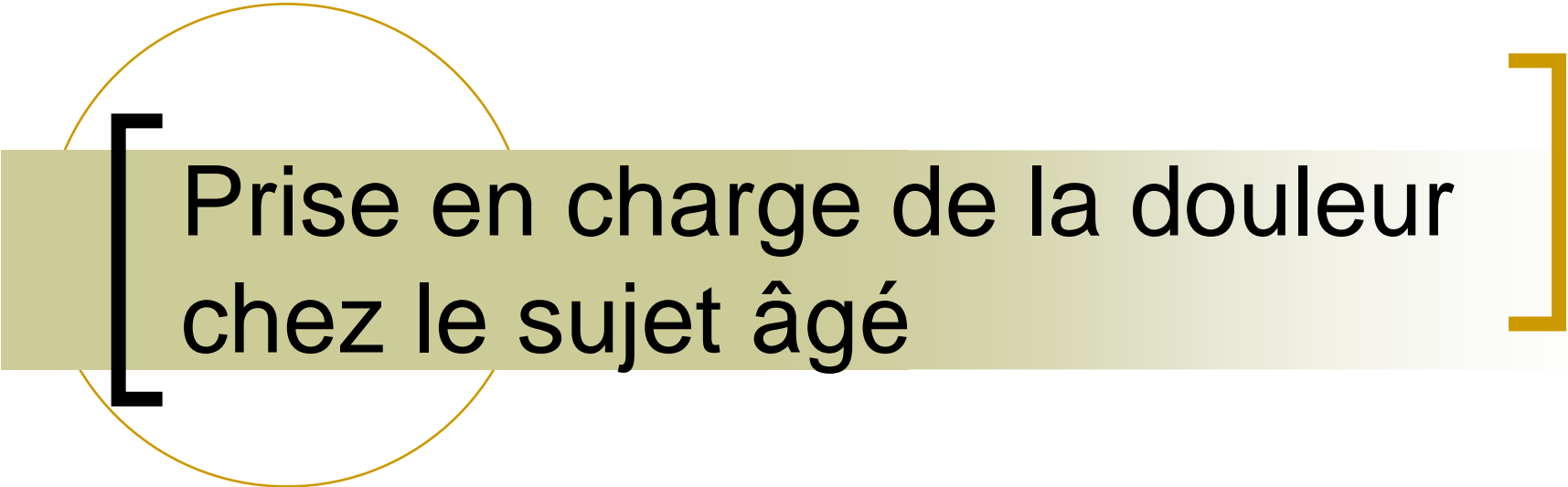
- Spécifiquement développée pour évaluer les douleurs aiguës chez un patient âgé présentant des troubles de la communication verbale.
- Particulièrement recommandée pour le dépistage et l'évaluation des:
 - Pathologies douloureuses aiguës
 - Accès douloureux transitoire
 - Douleurs provoquées par les soins ou actes médicaux
- Score ≥ 2 : douleur (Se.:87% et Spé.:80%)



- 1- VISAGE: OUI/NON
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.
- 2- REGARD: OUI/NON
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.
- 3- PLAINTE: OUI/NON
« aïe », « ouille », « j'ai mal », gémissements, cris.
- 4-CORPS: OUI/NON
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.
- 5-COMPORTEMENT: OUI/NON
Agitation

Évaluation du *retentissement* de la douleur

- Le sommeil
- L'appétit
- L'humeur
- La relation aux autres...



Prise en charge de la douleur
chez le sujet âgé

Bonnes règles de traitement

- Evaluer la douleur de façon adaptée, précise et répétitive
- Chercher l'étiologie pour proposer un traitement adapté
- Traiter rapidement la douleur
- **Ne pas oublier les thérapeutiques non médicamenteuses**
- Faire participer le sujet à son traitement
- Prescrire les antalgiques en fonction de l'évaluation de l'intensité de la douleur
- Les médicaments doivent être prescrits à la bonne dose et dans le bon intervalle de temps en tenant compte des modifications de la pharmacocinétique liée à l'âge **et à l'état cérébral**
- **Les co-analgésiques doivent être utilisés avec prudence.** Une posologie prudente est la règle
- Réévaluation régulière / Préserver l'autonomie et la qualité de vie

Quelques principes...

- L'aspect non médicamenteux de la prise en charge ne doit pas être négligée.
- La stratégie antalgique progressive à 3 paliers doit utiliser des doses certes mesurées mais suffisantes.
- Les morphiniques doivent être débutés à plus faibles doses et être l'objet d'une surveillance extrêmement attentive.

[Les traitements médicamenteux(1)]

- Antalgiques de palier 1 :
 - Doivent être utilisés en première intention aux poso. efficaces sauf si l'intensité de la douleur justifie d'emblée un recours aux antalgiques de palier 2.
 - Sujet âgé : paracétamol → 4g/j (en 3 à 6 prises)
 - Autres : aspirine - AINS

[Les traitements médicamenteux(2)]

- Antalgiques de palier 2:
 - Codéïne (alcaloïde de l'opium):
 - 6 à 10 x (-) puissant que la morphine
 - Action : 4 h.
 - Synergie antalgique avec le paracétamol
 - Effets indésirables:constipation, nausées, somnolence

[Les traitements médicamenteux(3)]

- Antalgiques de palier 2 (suite):
 - Lamaline* (paracétamol-opium-caféïne)

 - Dextropropoxyphène (se fixe sur les R. opiacés) :
 - 10 à 15 x (-) puissant que la morphine
 - Action : 4h.
 - associé au paracétamol (Diantalvic*)
 - 6 gélules / j. maxi
 - Sort du marché début 2010

[Les traitements médicamenteux(4)]

- Antalgiques de palier 2 (suite):
 - Chlorhydrate de tramadol (analgésique central opioïde):
 - Forme à action brève (4 à 6 h.) : Topalgic*50 – Zamudol*-contramal*
 - Formes LP (12 h.):idem
 - Effets indésirables : nausées, vomissements, constipation, somnolence, vertiges, voire confusion.
 - Doses initiales plus faibles chez le sujet âgé .
 - Synergie antalgique avec le paracétamol (Ixxprim*)

[Les traitements médicamenteux(5)]

- Antalgiques de palier 3= morphiniques forts:
 - Les plus spécifiques et les plus puissants de la douleur nociceptive
 - Morphine : à libération immédiate (Actikénan*, Sévrédol*) à libération retardée (Moscontin*, Kapanol*, Skénan*)
oxycontin LP / oxynorm
 - Hydromorphine (Sophidone*): si douleurs cancéreuses, ou intolérance / résistance à la morphine.
 - Fentanyl transdermique (Durogésic*): douleurs cancéreuses++

[Les traitements médicamenteux(6)]

- *Antalgiques de palier 3= morphiniques forts (suite):*
 - Effets secondaires : constipation +++, nausées - vomissements (30% des cas en début de ttt), somnolence à l'introduction du ttt, hallucinations, rétention d'urines, dépression respiratoire en cas d'installation rapide.
 - L'accoutumance et la dépendance à la morphine sont exceptionnelles par voie orale.
 - Si la douleur diminue : baisser les doses, voire arrêter pour repasser au palier inférieur.

Les traitements médicamenteux(7)

- Antalgiques de palier 3= morphiniques forts (suite):

Quelques équivalences:

8 Diantalvic = 6 efferalgan codéine
= 30 mg de Skénan LP
= 15 mg d'oxycontin LP

Durogésic 25 = 60 mg de Skénan LP

Dose de morphine SC= $\frac{1}{2}$ dose de morphine PO
(60 mg PO \approx 30 mg SC \approx 20 mg IVL)

Morphiniques

Précautions d'emploi

- Commencer toujours par de faibles doses
- Réévaluer régulièrement la douleur avec une échelle
- Prévenir systématiquement la constipation
- Préserver la vigilance et l'autonomie
- Surveiller urines (rétention) et selles (fécalome)
- Arrêter le traitement progressivement
- Ne jamais utiliser une forme LP d'emblée
- Attention au patch de fentanyl

[Traitement d'épreuve ?]

Morphine à petite dose administrée à des patients âgés atteints de démence sévère et ayant des troubles du comportement résistants aux psychotropes habituels
⇒ Amélioration de l'agitation chez les déments 85 ans +

Manfredi et col. Int J Geriatr Psychiatry

2003

[Les traitements médicamenteux(8)]

- La co-analgésie :

- Les corticoïdes
- AINS
- Myorelaxants
- ATB...

[Les traitements médicamenteux(9)]

- Traitements des douleurs neurogènes :
 - Les antiépileptiques :
 - Tégretol* (névralgie du trijumeau et du glossopharyngien)
 - Rivotril* (Hors AMM)
 - Neurontin* (allodynie cutanée) – Lyrica*
 - Les antidépresseurs tricycliques
 - à poso. beaucoup plus faible que celle antidépressive
 - Laroxyl*-Anafranil*
 - Les IRS (Cymbalta*-Effexor*)

[Les traitements médicamenteux(8)]

- La co-analgésie :

- Les corticoïdes
- AINS
- Myorelaxants
- ATB...

[Les traitements médicamenteux(9)]

- Traitements des douleurs neurogènes :
 - Les antiépileptiques :
 - Tégretol* (névralgie du trijumeau et du glossopharyngien)
 - Rivotril* (Hors AMM)
 - Neurontin* (allodynie cutanée) – Lyrica*
 - Les antidépresseurs tricycliques
 - à poso. beaucoup plus faible que celle antidépressive
 - Laroxyl*-Anafranil*
 - Les IRS (Cymbalta*-Effexor*)

Bonnes règles de traitement (1)

- **Evaluer** la douleur de façon adaptée, précise et répétitive
- Chercher l'étiologie pour proposer un **traitement adapté**
- Traiter **rapidement** la douleur
- **Ne pas oublier les thérapeutiques non médicamenteuses**
- **Faire participer le sujet** à son traitement
- Prescrire les antalgiques en fonction de l'évaluation de l'intensité de la douleur

Bonnes règles de traitement (2)

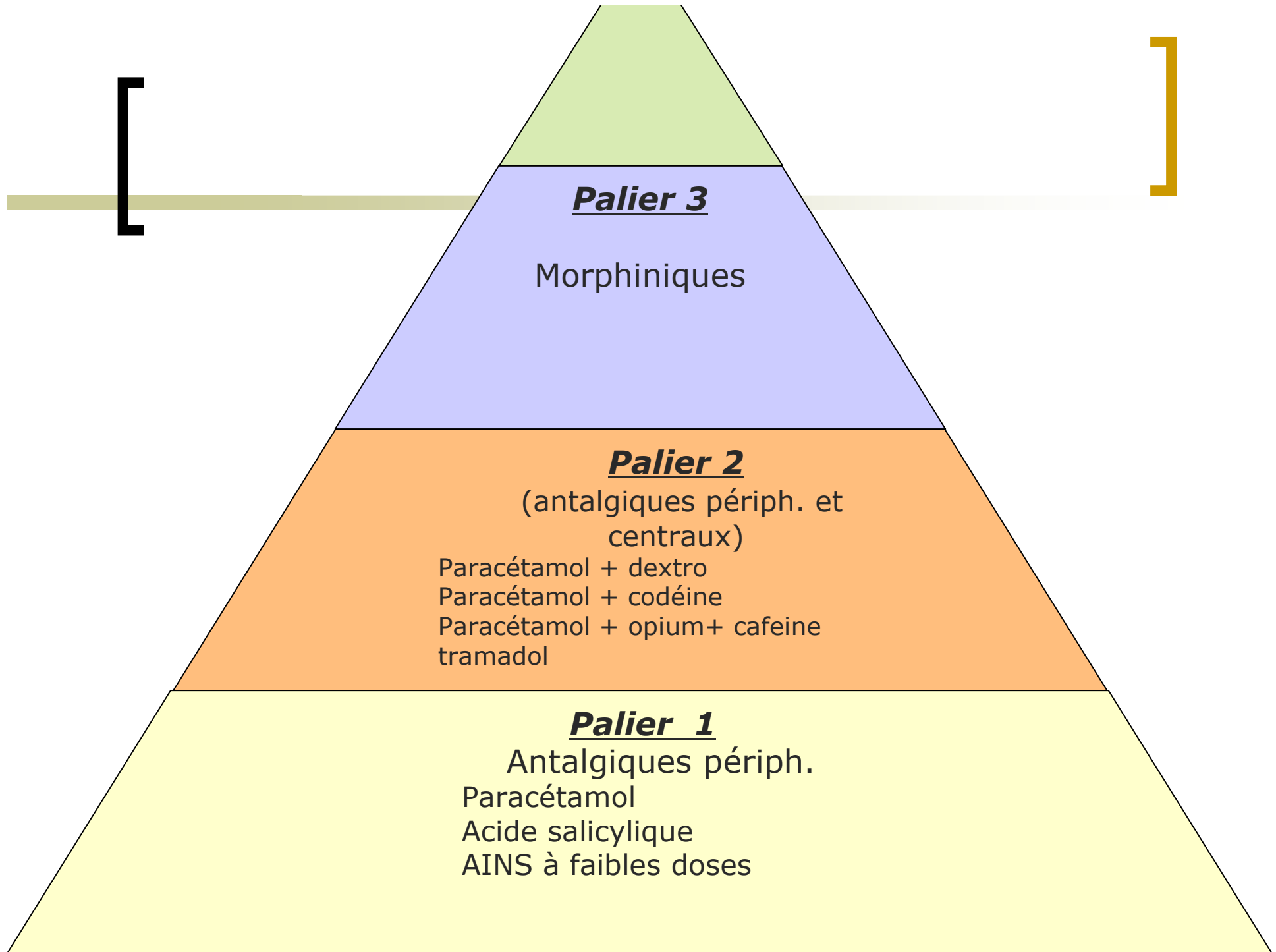
- Les médicaments doivent être prescrits à la bonne dose et dans le **bon intervalle de temps(horaires fixes)** en tenant compte des modifications de la **pharmacocinétique** liée à l'âge et à l'**état cérébral**
- Respecter des contre-indications
- Respecter les **principes de l'OMS** (paliers)
- Ne pas associer des antalgiques de la même famille (mais le paracétamol peut être associé aux paliers 2 et 3)
- Ne pas utiliser de placebo

Bonnes règles de traitement (3)

- Utiliser des **co-analgésiques** (douleurs neuropathiques, viscérales, osseuses, les céphalées par HTIC)
- **Voie d'administration adaptée** à l'état du malade mais essayer de privilégier la voie orale
- Prescription **personnalisée** (besoins du malade, contexte)
- Prévenir et traiter les **effets secondaires** (en informer le patient)
- **Réévaluation** régulière
- Préserver l'autonomie, la **qualité de vie** / chercher à préserver la lucidité.

Paliers de l'OMS

- La stratégie antalgique progressive à 3 paliers doit utiliser des doses certes mesurées mais suffisantes.
- On change de palier si persistance ou augmentation de la douleur
- Arriver au palier 3 il n'y a pas d'effet plafond



[Les traitements médicamenteux(1)]

- Antalgiques de palier 1 :
 - Doivent être utilisés en première intention aux poso. efficaces sauf si l'intensité de la douleur justifie d'emblée un recours aux antalgiques de palier 2.
 - Paracétamol : 0,5 à 4g/J (ttes les 4 à 6 h)
 - Aspirine: 1,5 à 4g/j (ttes les 4 à 6h)
 - AINS

Les traitements médicamenteux(2)

■ Antalgiques de palier 2:

- Codéine (alcaloïde de l'opium) / synergie avec le paracétamol
 - 60 à 180 mg/J
 - Action : 4 à 6h
 - Effets indésirables: constipation, nausées, somnolence(pa)
- Dihydrocodéïne (dicodin°)
 - 60 à 120mg/j
 - Action: 12h
- Lamaline* (paracétamol-opium-caféïne)
- Dextropropoxyphène (se fixe sur les R. opiacés) :
 - 30 à 180 mg/j
 - Action : 4 à 8h.

[Les traitements médicamenteux(4)]

- *Antalgiques de palier 2 (suite):*
 - Chlorhydrate de tramadol (analgésique central opioïde):
 - 50 à 400mg/j
 - Forme à action brève (6 à 8h.) : seul (Topalgic*50 – Zamudol*-contramal*) ou + paracétamol (ixprim*,zaldiar*)
 - Formes LP (12 h.):idem
 - Effets indésirables : nausées, vomissements, constipation, somnolence, vertiges, voire confusion,hypoglycémie.
 - Doses initiales plus faibles chez le sujet âgé

Antalgiques de palier 3: morphine et équivalents

D'action immédiate, pour titration et/ou interdoses:

- Sulfate de morphine (toutes les 4h):
 - Actiskénan*(gél de 5-10-20-30mg)
 - Sévredol* (cp de 10-20mg)
 - Oramorph*(soluté unidose 10-30-100mg/ml ou compte-gouttes)
 - Morphine injectable*
- Oxycodone (toutes les 4h)
 - Oxynorm (gél de 5-10-20mg/injectable 10-50mg/ml)
- Fentanyl:Actiq* (action en 5mn pdt moins d'1h-maxi 4x/j)
 - (200-400-600-800-1200-1800µg)
 - Pour des accès douloureux et débiter à 200µg

Antalgiques de palier 3: morphine et équivalents

D'action prolonges, pour le traitement de fond:
(douleurs stables après titration)

- Sulfate de morphine (toutes les 12h)
 - Skénan LP* (gél de 10-30-60-100-200 mg)
 - Mosconton* (gél de 10-30-60-100 mg)
- Oxycodone
 - Oxycontin* (gél de 5-10-20-40-80 mg)
- Hydromorphone (2° intention / rotation des opïodes)
 - Sophidone* (gél de 4-8-16-24 mg)
- Fentanyl (patch)
 - Duroségic* (12-25-50-75-100µg/h)
 - Matrifen* (12-25-50-75-100µg/h)

Antalgiques de palier 3: morphine et équivalents

- Effets secondaires

- constipation
- nausées - vomissements (30% des cas en début de ttt),
- somnolence à l'introduction du ttt,
- hallucinations et état confusionnel,
- rétention d'urines,
- myoclonies, convulsions, sursauts à l'endormissement,

Antalgiques de palier 3: morphine et équivalents

■ Mythes et réalités sur la morphine

- *La dépression respiratoire n'existe pas dans les conditions normales d'utilisation.*
- *L'accoutumance... "de l'ordre du fantasme" (Dr Gomas)*

Antalgiques de palier 3: morphine et équivalents

■ Mise en place d'un traitement de palier 3:

○ Posologie de départ:

- Morphine orale: 0,5 à 1 mg/kg/24h soit 60 mg (adulte)
- Soit skénan 30x2 ou Actiskénan 10/4h
- Oxycodone: Oxycontin* 15mgx2 ou Oxynorm 5
- Diminuer doses si cachectique, insuf. Rénal ou hépat., pa

○ Interdose ou dose de secours = dose supplém. de morphine à libé. immédiate si douleur non prévisible ou induite (1/10 à 1/6° de la dose totale des 24H)

- Délai entre 2 interdoses: 1h minimum

○ Réadaptation des doses : par palier de 30 à 50%

Antalgiques de palier 3: morphine et équivalents

- Le surdosage (SC:bradypnée/tb de la vigilance)
 - Exceptionnel si respect des règles de prescription
 - La douleur est " l'antagoniste physiologique" des effets dépresseurs centraux de la morphine.
 - Certains facteurs le favorisent:
 - Mécanisme de la douleur méconnu
 - Insuffisance rénale
 - Augmentation trop rapide des doses
 - Interaction avec les psychotropes

Antalgiques de palier 3: morphine et équivalents

■ Le surdosage / son traitement:

- Si signes modérés: diminuer les doses de morphine
- Si surdosage massif: Narcan* (annule les effets + et – de la morphine)
- Utilisation: 1 amp de Narcan* dans 10 cc de NaCl
injecter lentement sur 10mn
demi-vie courte de 45 à 90 mn
répéter les injections toutes les 30 à 45 mn
jusqu'à restauration de la conscience, de la FR et non
jusqu'à disparition complète de l'antalgie.

Antalgiques de palier 3: morphine et équivalents

■ PCA : principes

- Le niveau d'analgésie est directement lié à un taux plasmatique de morphine, déterminant trois zones: inefficace (sous dosé), efficace, surdosé
- L'intervalle de la zone d'efficacité fluctue en fonction du temps en termes d'amplitude et de position
- Surveillance régulière, jour et nuit
- Critères: somnolence, respiration, éveillable ou non
- L'urgence absolue: la détresse respiratoire
- Bradypnée avec conservation du volume courant
- Conduite à tenir: arrêt pompe, O2, naloxone, appel au médecin

Traitement de la douleur neuropathique

- Douleurs réfractaires aux analgésiques habituelles
- Efficacité souvent partielle
- Première intention: monothérapie mais efficacité prouvée de l'association morphinique et traitement spécifique pour les douleurs néoplasiques.

Traitement de la douleur neuropathique

- **ttt des douleurs paroxystiques: Les antiépileptiques**
 - Clonazépam (rivotril*-hors AMM- efficacité non prouvée)
 - Gabapentine (neurontin*) (allodynie cutanée)
 - Prégabaline (Lyrica*)
 - Carbamazépine (tégretol* (névralgie du trijumeau et du glossopharyngien) peu utilisé en SP)
- **ttt du fond douloureux:**
 - Antidépresseur tricyclique
 - à poso. beaucoup plus faible que celle antidépressive
 - Amitriptyline(laroxyl*-Clomipramine (anafranil*))

Topiques locaux

- Versatis*(compresse adhésive cutanée imprégnée de lidocaïne 5%)
 - Allodynie et douleurs neuropathiques post-zostériennes

- Crème EMLA:
 - Mélange de deux anesthésiques locaux dans un vecteur lipidique (crème)
 - Application locale sous pansement occlusif, ou timbre pré conditionné
 - Délai d'action optimal 90 minutes, minimum 60 minutes
 - Analgésie cutanée et sous cutanée
 - Gestes de type ponction, pansement de plaie,etc..
 - Contre indiquée en cas de porphyrie

Mélange O₂ – N₂O (MEOPA)

- Mélange pré conditionné d'oxygène et de protoxyde d'azote
- Effet analgésique modéré, pour des actes de surface
- Discrètement euphorisant (c'est le gaz hilarant....!)
- Inhalation durant l'acte
- Enfant de 3 (4?) à 16 ans pour suture, ponction lombaire, pose de voie veineuse,...

Les co-analgésiques: les corticoïdes

- **Intérêt pour leur propriété anti-inflammatoire, anti-oedémateuse mais aussi oréxigène et dynamisant.**
- **Indications en SP:**
 - Phénomènes inflammatoires et compressifs
 - Oedèmes et lymphoedèmes
 - Syndromes subocclusifs / occlusion
 - HTIC
 - Syndromes de la veine cave sup. ou inf.
 - Douleurs osseuses par métastases en 2^o intention
 - Hyperthermie d'origine néoplasique
- **Prescription:**
 - Dose d'attaque de 120mg Solumédrol*IV (ou SC), discontinue, ou équivalent per os – doses élevée (1 à 4 mg/kg/j voire +)
- **Effet secondaires:**
 - Décompensation de diabète,
 - Risques infectieux (points d'injection),
 - Euphorie, confusion, hypokaliémie,

Les co-analgésiques: autres

- Les AINS:
 - Action antalgique propre et de part leur action anti-inflammatoire
 - Action prouvée du Kétoprofène (Profénid*)
 - Indications en SP:
 - Métastases osseuses et cutanées
 - Sueurs nocturnes
 - Douleurs mineures

- Les biphosphonates (Clastoban*, Lytos*, Zometa*, Arédia*)
Effet bénéfique en inhibant l'activité ostéoclastique et en réduisant la résorption osseuse (métastases osseuses).

- Les anti-spasmodiques

- Les myorelaxants (Valium*, Myolastan*), les antispastiques (Liorésal*)

- Les antidépresseurs

Limiter la douleur liée aux soins et aux actes médicaux (1)

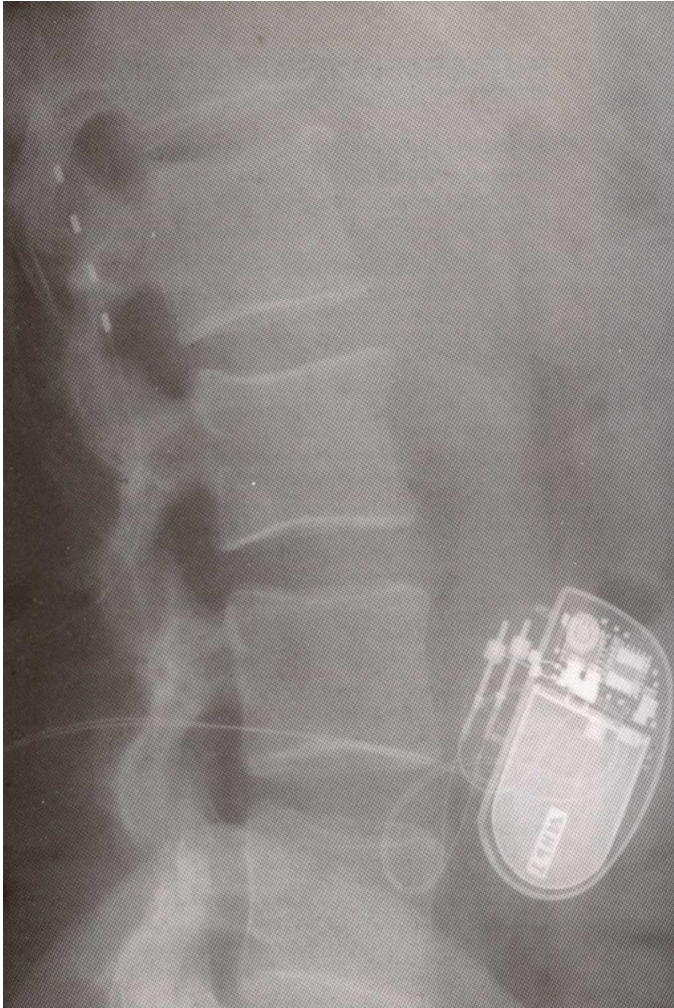
- *Examens radio., piqûres, prélèvements (prises de sang, biopsies), etc.. parmi ces actes certains sont désagréables, voire douloureux, d'autres le deviennent car ils sont répétés.*
 - *Avoir mal lors de soins entraîne un épuisement physique et émotionnel, une peur des soins futurs et une perte de confiance vis-à-vis des soignants.*
- ⇒ **Nécessité d'un traitement préventif par un ou plusieurs moyens associés.**

Limiter la douleur liée aux soins et aux actes médicaux (2)

- Par voie générale (si mobilisations douloureuses, soins de plaie ou d'escarre,...):
 - *Patient ne recevant pas d'opioïdes forts*
 - Au moins 1h avant le soin, donner morphine à LI (actiskénan* ou oxynorm*5 mg voire 10, morphine injectable SC 5 à 10mg)
 - *Patients sous opioïdes forts:*
 - Donner une dose supplémentaire de morphine selon règle 16 à 110 de la doses totale reçue sur 24h
 - *Patient avec composante anxieuse:*
 - Benzodiazépine orale (xanax*) ou en SC (hypnovel* 0.5à 5mg – hors AMM)

- Par voie locale (traitements utilisés seuls ou avec précédents):
 - Crème EMLA
 - Xylocaïne gel ou spray

[*Stimulation nerveuse*]



[Prise en charge psychologique(2)]

- 2 écueils à éviter :
 - Multiplier les examens ce qui fixe le malade dans l'idée qu'une cause organique introuvable est à l'origine de son mal
 - enkystement hypochondriaque
 - Récuser la demande de soins → *vous n'avez rien.* → rejet.
- Pour pouvoir aider efficacement, il faut prendre en compte:
 - Compensations sociales, relationnelles, affectives
 - Troubles anxio-dépressifs qui accompagnent la douleur chronique
 - Troubles anxieux qui accompagnent la douleur aiguë.

Traitements non médicamenteux(1)

- Neurostimulation (cutanée-médullaire-corticale)
- Chirurgie (drezotomie- thermocoagulation)
- Neurochirurgie
- Destruction des fibres nociceptives C (capsaïcine)

Traitements non médicamenteux(2)

- Ils ont une efficacité d'autant plus grande qu'ils sont mis en œuvre de façon répétée et prolongée.
- *Complémentaires de traitements médicamenteux.*
- Rééducation-kinésithérapie
- Massages
- Balnéothérapie
- Thermothérapie et cryothérapie
- Electrothérapie et vibrothérapie
- Electrostimulation transcutanée (TENS)
- Orthèses et contentions souples
- Acupuncture - mésothérapie

[Prise en charge psychologique(1)]

- La douleur est un phénomène neurophysiologique et neuropsychologique. Elle est un affect et le psychisme peut en modifier l'intensité.
- Le principe fondamental est de **croire le malade** quelque soit la façon dont la douleur est exprimée.
- Pour l'entretien:
 - Poser des questions nombreuses / aucune douleur n'est réellement permanente
 - Positiver toute améliorations même passagère
 - Objectifs thérapeutiques limités

[Prise en charge psychologique(2)]


- 2 écueils à éviter :
 - Multiplier les examens ce qui fixe le malade dans l'idée qu'une cause organique introuvable est à l'origine de son mal
 - enkystement hypochondriaque
 - Récuser la demande de soins → *vous n'avez rien.* → rejet.
- Pour pouvoir aider efficacement, il faut prendre en compte:
 - Compensations sociales, relationnelles, affectives
 - Troubles anxio-dépressifs qui accompagnent la douleur chronique
 - Troubles anxieux qui accompagnent la douleur aiguë.

[Prise en charge psychologique(3)]

- Un soutien psychothérapeutique est indispensable si:
 - il y a un trouble anxio-dépressif avéré
 - Participation psychologique manifeste dans la pérennisation ou la genèse de la douleur.
- Abord psychothérapeutique et psycho-algologique :
 - Psychothérapie de soutien (fondée sur l'empathie et une relation de confiance entre le malade et le soignant)
 - Approche cognitivo-comportementale
 - Relaxation
 - hypnose

[Conclusion]

- La douleur n'est ni une rédemption ni une punition, son soulagement peut jouer un rôle dans la guérison d'une personne malade.
- Les souffrances se combattent et se maîtrisent.
- *Mieux former, mieux informer participent au changement des mentalités qui doit aboutir aux modifications des pratiques.*

- 
- Le soulagement efficace de la douleur nécessite une médecine globale centrée sur la personne, en ayant toujours le souci de *préserver l'autonomie maximale et la qualité de vie du patient âgé.*
 - Le traitement de la douleur chez la personne âgée ne se limite pas à la rédaction et à l'exécution d'une prescription. Il implique de la part de tous les intervenants d'apporter au patient qui souffre un *soin relationnel attentif.*