

FORMATION CONTINUE

Douleurs chez la personne âgée

Traiter précocement et efficacement même les petites douleurs, pour éviter qu'elles deviennent chroniques !

Plus de 50% des patients en âge gériatrique souffrent de douleurs et parmi ceux-ci, 80% en fin de vie. Une prévalence qui s'approche de celle des patients atteints d'un cancer avancé... Malgré ces données, la douleur dans ce type de population est encore insuffisamment identifiée et soulagée (1). Beaucoup de facteurs concourent à cette situation, qui va probablement s'aggraver ces prochaines années avec le vieillissement de la population. Demain... c'est nous !

Du côté des patients et des proches, la douleur est encore fréquemment considérée comme une fatalité liée à l'âge, surtout lorsque celle-ci ne se fait pas trop envahissante. Comme l'évoquait récemment l'une de mes patientes, « c'est la vieillesse, faut faire avec... ». La crainte des effets secondaires, d'une addiction à l'égard des opioïdes et les représentations liées à la mort dont ces derniers sont entachés, notamment la morphine, est un autre obstacle majeur à une bonne antalgie. Pour nous médecins, cela signifie consacrer suffisamment de temps à enseigner l'antalgie à nos patients de manière à en faire, chaque fois que possible, des « experts » du traitement de la douleur. Enfin, et pas des moindres, sont les difficultés de communication liées aux démences. Incapables de transmettre leur ressenti douloureux, beaucoup de patients aggravent des troubles du comportement interprétés à tort comme une aggravation de leur atteinte cérébrale. Une telle péjoration doit être une sonnette d'alarme et nous faire rechercher une problématique douloureuse.

Du côté des professionnels, diverses études ont démontré que l'obstacle numéro un à une antalgie efficace est une évaluation insuffisante des douleurs ! Il faut reconnaître qu'en gériatrie la



**PD Dr méd.
Claudia Mazzocato**
Lausanne

tâche n'est pas facile ! Les plaintes sont souvent multiples, fluctuantes, liées à l'origine plurifactorielle des douleurs. « Le matin, je ressens des douleurs musculaires diffuses mais c'est parfois dans le dos et parfois ailleurs, à midi c'est la hanche, le soir mes pieds me brûlent. En plus quand il va neiger ... ». Difficile pour le médecin de s'y retrouver. La tentation de « psychologiser » la douleur est grande... Deuxième défi, la moindre tolérance des personnes âgées aux effets primaires et secondaires des antalgiques, la polymédication et, par la même, le risque accru d'interactions médicamenteuses. Je sais par expérience que la douleur sévère d'une personne de 50 ans, atteint d'un cancer avancé, est souvent plus facile à soulager que celle d'un homme de 90 ans souffrant de rhumatismes.

La tentation est donc grande pour nous de banaliser ce que nous pouvons considérer comme de « petits bobos ». Douleurs post-opératoires dans les suites d'une cure d'hernie inguinale, dysesthésies progressives dans le cadre d'une polyneuropathie diabétique douloureuse, etc. Rien de grave, voyons venir... Pourtant les études menées cette dernière décade, grâce au développement des nouvelles techniques d'imagerie cérébrale, montrent

que notre cerveau se modifie constamment en fonction des stimuli auxquels il est soumis (2-3). Pour le meilleur et pour le pire ! On parle de neuroplastie cérébrale. Pour le meilleur : reconstruire de nouvelles voies de transmission par la rééducation lorsqu'une zone cérébrale est morte, suite par exemple à un AVC, permettant au patient une récupération qu'on n'espérait pas quelques années plus tôt. Pour le pire : le système nerveux central, soumis à des stimuli douloureux répétitifs, non soulagés, va modifier son fonctionnement tant sur le plan fonctionnel que structurel. Il persistera à donner un message douloureux, même lorsque ce dernier a été supprimé, mais trop tardivement. Ainsi la prévention et le traitement des douleurs chez les aînés doit commencer précocement, dès qu'une douleur se prolonge, peut-être dès la petite enfance ...

PD Dr méd. Claudia Mazzocato, MD

médecin cheffe

Service de soins palliatifs, Unité d'éthique biomédicale, CHUV, UNIL
Mont Paisy 14

CHUV, 1011 Lausanne

Claudia.mazzocato@chuv.ch

Références :

1. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002; 50 (6 suppl): S205-S224.
2. Saab CY. Pain-related changes in the brain: diagnostic and therapeutic potentials. Trends Neurosci 2012; 35: 629-637.
3. Davis KD. Neuroimaging of pain: what does it tell us? Curr Opin Support Palliat Care 2011; 5: 116-121.