

Douleur chez la personne âgée

Ce qu'il faut faire différemment – ou pas

Cet article fait le point sur la prise en charge de la douleur chez la personne âgée en rappelant 1. les principes valables à tout âge d'une antalgie bien conduite; 2. les spécificités de la personne âgée nécessitant d'adapter notre démarche.

Évaluation

L'anamnèse et l'examen clinique détectent et caractérisent la ou les douleurs présentes chez le patient qui relèveront de traitements spécifiques. Ils ont une performance diagnostique élevée, et créent le lien qui favorise le succès de la prise en charge.

On gardera à l'esprit que:

- l'expérience de la douleur est subjective et individuelle;
- la douleur a plusieurs dimensions (sensorielle, émotionnelle et cognitive);
- l'intensité de la douleur doit être dissociée de la gravité d'une lésion;
- nul n'a le droit de mettre en doute, de minimiser ou d'ignorer la douleur;
- toute douleur prolongée risque de se chroniciser.

Les nombreuses échelles d'auto- ou hétéroévaluation et l'examen clinique ne sont pas abordés ici.



**Dr méd.
Delphine Renard**
Lausanne

Évaluation chez la personne âgée

La physiopathologie de la douleur ne change pas avec l'âge, et rien n'indique que les personnes âgées soient moins sensibles à la douleur.

Or, la douleur est souvent banalisée chez la personne âgée, que ce soit par le patient lui-même (stoïcisme, représentations négatives).

TAB. 1 Exemple de prescription antalgique per os chez une personne âgée fragile		
	Exemple	Commentaire
Premier palier	paracétamol 500 mg aux 4h-6h	Dose maximale 3g/j.
	ibuprofène 200–400 mg aux 8h	Le plus sûr parmi les AINS. Bien peser le rapport risque-bénéfice et durée la plus courte possible vu le potentiel élevé d'effets indésirables.
Deuxième palier	codéine 30 mg/ paracétamol 500 mg (Co-Dafalgan®): 1 cp aux 4h	Correspond à 3 mg de morphine si métaboliseur standard.
	tramadol rapide 25–50 mg aux 6h	Dose maximale 200 mg/j. Sensible aux interactions via CYP 2D6, souvent mal toléré, coûteux. Effet SSRI intéressant si douleurs neuropathiques, sinon 2 ^e intention.
Troisième palier	morphine 2.5–5 mg aux 4h, à titrer	1 ^e intention: grand recul d'utilisation, très maniable, bon marché. Pas de dose journalière maximale.
	hydromorphone	2 ^e intention, en rotation de la morphine, consulter expert/source spécialisée pour les équivalences.
	oxycodone	Idem hydromorphone + risque d'interactions via CYP 3A4/2D6.
	oxycodone/naloxone (Targin®)	2 ^e intention, peu de recul d'utilisation, coûteux, de notre expérience la constipation peut rester un problème.
	tapentadol (Palexia®)	Aussi effet inhibiteur de la recapture de la noradrénaline. Peu de recul d'utilisation.
	méthadone	Très peu maniable car longue demi-vie qui de plus se modifie au cours du temps. À réserver au spécialiste.
Insuffisance rénale dès stade IV ou si intolérance à la morphine	buprénorphine 0.2 mg si aux 8h, à titrer	Surveillance renforcée au-delà de 4 mg/j. Ne pas croquer ni avaler les comprimés!

tives de la vieillesse, crainte de s'exposer à des investigations ou des traitements pénibles, etc.) ou par les proches et les professionnels (représentations négatives de la vieillesse, découragement face à la complexité, déficit de formation, facteurs interpersonnels, etc.).

L'atteinte cognitive ou sensorielle exige des moyens d'évaluation adaptés (cf. article de Dr Sophie Pautex dans ce numéro sur la page 7).

Enfin, la douleur peut exprimer des souffrances d'autres origines (1).

Traitement antalgique

Les modalités codifiées par l'OMS pour la douleur cancéreuse sont valables pour la plupart des douleurs. En résumé:

- privilégier la voie orale;
- traitement régulier et continu;
- par paliers selon l'intensité des douleurs;
- commencer à petites doses et titrer;
- de manière individualisée;
- avec précision et souci du détail.

De très nombreux antalgiques sont aujourd'hui à disposition; mieux vaut manier avec confiance un nombre restreint de substances bien documentées.

Les médicaments du premier palier, dits «simples», ne sont pas faibles. Dans bien des cas et à condition d'être correctement employés, ils sont efficaces. Dans les douleurs sévères, ils conservent leur intérêt en association avec les opioïdes.

Il peut être utile d'associer deux antalgiques aux mécanismes d'action différents, mais il est inutile et dangereux de prescrire plusieurs antalgiques agissant de la même manière.

Toujours prescrire les opioïdes en quantité (mg), en donnant si nécessaire l'équivalence en volume (ml ou gouttes), avec des soins de bouche et des laxatifs; vérifier que la personne gérant le traitement a bien compris la posologie et les risques et sa capacité à prélever la dose prescrite; choisir une taille d'emballage adéquate.

Lors de douleurs neuropathiques ou répondant mal aux analgésiques traditionnels, recourir rapidement aux experts (soins palliatifs, centres de la douleur) et aux techniques d'antalgie interventionnelle.

Enfin, l'efficacité des traitements non médicamenteux est non négligeable. L'exercice physique, les approches physiothérapeutiques, psychothérapeutiques, l'hypnose, une assistance sociale et des soins spirituels sont autant de ressources à intégrer selon la motivation et les capacités du patient.

Antalgie chez la personne âgée

La «population âgée» est loin d'être homogène et l'âge en soi n'est pas un marqueur de vulnérabilité face aux médicaments. Les paramètres pharmacocinétiques sont altérés, avec en général (mais pas toujours) une exposition plus importante pour une posologie donnée, et la sensibilité aux effets attendus et indésirables est plus marquée. Des troubles sensoriels, cognitifs et de l'humeur altèrent fréquemment la bonne prise du traitement. Enfin, la polymédication accroît le risque de non-adhérence et d'interactions significatives. L'individualisation de la prescription et un suivi clinique étroit sont donc essentiels.

Pour adapter la prescription a priori, on tiendra compte du sexe, du poids, de l'état général et fonctionnel, de la fonction rénale, et de la co-médication (2). Il faut également:

- s'enquérir des expériences antérieures avec les antalgiques;

- s'enquérir des croyances du patient (la morphine est parfois interprétée comme synonyme de mort imminente et inspire la crainte de la dépendance ou d'être plus tard démunie de médicament efficace);
- ne prescrire des formes retard que lorsque l'antalgie est durablement équilibrée avec des formes rapides. Attention en particulier aux formes transdermiques dont l'absorption peut être aléatoire;
- ne faire qu'un seul changement à la fois dans la prescription pour pouvoir en mesurer fidèlement l'effet.

L'adaptation à la fonction hépatique nécessitera un avis spécialisé selon les enjeux.

Il existe des recommandations pour l'adaptation à la fonction rénale (3), l'antalgie en général chez la personne âgée (4–6), la prescription d'opioïdes (7), les douleurs (post)-zostériennes (8), et un exemple de prescription est fourni à titre indicatif dans le tableau 1.

Chez la personne âgée, les traitements interventionnels et non médicamenteux conservent tout leur intérêt. On évaluera les capacités physiques et cognitives ainsi que les attentes et représentations des patients avant de prescrire des traitements «inhabituels». Enfin, une prise en charge nutritionnelle, physiothérapeutique et ergothérapeutique est souvent indiquée.

Dr méd. Delphine Renard

Service de gériatrie et réadaptation gériatrique
et Division de pharmacologie clinique
CHUV, 1011 Lausanne
Delphine.Renard@chuv.ch

Références:

1. Allaz A.-F., Cedraschi C, Rentsch D, Canuto A. Douleurs chroniques chez les personnes âgées: dimensions psychologiques. Rev Med Suisse 2011;7:1407–10
2. Lafuente-Lafuente C, Baudry E, Paillard E, Piette F. Pharmacologie clinique et vieillissement. Presse Med 2013;42:171–80
3. Bourquin V, Petignat P.-A., Besson M, Pigué V. Analgésie et insuffisance rénale. Rev Med Suisse 2008;4:2218–23
4. Chai E, Horton JR. Managing pain in the elderly population: pearls and pitfalls. Curr Pain Headach Rep 2010;14:409–17
5. Fine PG. Treatment guidelines for the pharmacological management of pain in older persons. Pain Med 2012;13:S57–66
6. Rastogi R, Meek BD. Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control. Clin Interv Aging 2013;8:37–46
7. Huang AR, Mallet L. Prescribing opioids in older people. Maturitas 2013;74:123–9
8. Schmid T, Pautex S, Lang P.-O.. Douleurs zostériennes et post-zostériennes chez la personne âgée: analyse des évidences pour une prise en charge adaptée. Rev Med Suisse 2012;8:1374–82

Message à retenir

- ◆ Quel que soit l'âge, la douleur mérite une démarche diagnostique et thérapeutique rigoureuse
- ◆ Face à une personne âgée, le risque majeur est de banaliser et de sous-traiter la douleur
- ◆ L'âge en soi ne prédit ni l'efficacité ni la tolérance des traitements
- ◆ Les règles de prescription: individualisation, adaptation au sexe, au poids et à la fonction rénale, commencer par de petites doses et titrer, précision et souci du détail, suivi clinique
- ◆ Les traitements antalgiques interventionnels et non médicamenteux conservent tout leur intérêt dans la population âgée