

## Personnes âgées et antalgiques :

### -Généralités :

La prévalence de la douleur chez le sujet âgé est très élevée. Alors que la douleur aiguë est souvent atypique ou absente chez les personnes âgées, la prévalence de la douleur chronique est de 25 à 50% chez ces personnes vivant à domicile et de 50 à 93% pour celles vivant en institution.

La douleur chronique est essentiellement d'origine musculo-squelettique ou cancéreuse, mais l'âge est aussi un facteur de risque de développement de certaines douleurs neuropathiques (diabète, post-zona,...). Chez le sujet âgé, la douleur physique est souvent associée à une souffrance morale qui peut s'exprimer parfois de façon atypique : anorexie, confusion, mutisme, ce qui rend le diagnostic difficile. Les conséquences de ces douleurs, surtout lorsqu'elles sont durables, sont importantes : anxiété, dépression, régression, isolement social, troubles du sommeil et de l'appétit, troubles de la marche, chutes, perte d'autonomie, ...

Les personnes âgées de plus de 50 ans souffrent en général davantage qu'aux âges antérieurs de la vie. On note une diminution régulière avec l'âge de plaintes douloureuses concernant certaines localisations, par exemple la tête et le cou. Parallèlement, on constate une augmentation de ces plaintes au niveau des articulations porteuses, le genou ou le pied.

### A / Spécificités de la douleur chez la personne âgée :

Chez la personne âgée, la douleur aiguë est toujours présente avec les fractures du col du fémur, des vertèbres, des os longs, du pelvis et des côtes ; et la douleur chronique augmente fortement (douleur souvent liée aux polyopathologies de la personne âgée).

#### 1 / Les douleurs par excès de nociception :

**-Définition :** ce type de douleur est due à une stimulation excessive des récepteurs périphériques ce qui entraîne une douleur intense liée à des phénomènes mécaniques, inflammatoires, thermiques et chimiques. Ces douleurs sont continues ou intermittentes et varient en intensité. Le seul moyen d'arrêter ces douleurs est de diminuer ou d'arrêter la transmission des messages allant vers les centres supra-spinaux.

**-Les douleurs rhumatismales :** plusieurs études soulignent l'existence de douleurs musculo-aponévrotiques que certains qualifient de myofasciales. Ces douleurs isolées ou bien associées aux douleurs ostéo-articulaires ne sont évidemment pas traitées lorsqu'on ne les reconnaît pas.

**-Les douleurs liées aux pathologies cancéreuses :** le nombre de cancer augmente avec l'âge et est à l'origine de douleurs spontanées ou iatrogènes dans à peu près 70 % des cas, et particulièrement à leur stade évolué.

**-Les douleurs liées aux pathologies artérielles :** les pathologies artérielles entraînent des claudications douloureuses qui limitent le périmètre de marche. S'inscrivent dans cette catégorie des ischémies aiguës ou subaiguës susceptibles d'entraîner une amputation dont la cicatrisation est très souvent longue et douloureuse et qui nécessite des techniques antalgiques spécifiques lors des pansements. Les ulcères de jambe qui se greffent sur la maladie

variqueuse apparaissent comme une source, mal évaluée mais très fréquente, d'inconfort et de douleurs chroniques.

**-Les douleurs viscérales :** elles sont à l'origine de la plupart des douleurs aiguës ; celles-ci représentent environ 30 % des motifs de consultation des personnes âgées aux Urgences.

## **2 / Les douleurs neurogènes :**

### **-Définition :**

Ces douleurs ne résultent pas de lésions tissulaires. Elles sont dues à une interruption des voies nociceptives entraînant une perturbation du système de transmission. Les douleurs sont permanentes sous formes de brûlures avec des moments paroxystiques et des troubles de la sensibilité tactile.

A côté des douleurs persistantes post zostériennes, qui peuvent concerner jusqu'à 25 % des patients, on trouve les évolutions séquellaires après un accident cérébral. D'autres affections, qui touchent toujours les voies neurologiques sensibles, s'avèrent potentiellement douloureuses : des neuropathies diabétiques, toxiques ou dégénératives, des compressions prolongées et parfois négligées de racines ou de troncs nerveux, des cicatrices douloureuses, des douleurs de membres amputés associées ou non aux douleurs du moignon.

## **3 / Les douleurs psychogènes :**

### **-Définition :**

Ces douleurs n'ont aucune cause somatique. La majorité du temps, ces douleurs proviennent d'un retentissement psychologique.

Chez les plus de 65 ans, les douleurs psychogènes sont dominées par la dépression. L'un des modes d'entrée dans la détérioration intellectuelle due à une démence frontale ou à la maladie d'Alzheimer peut être une plainte douloureuse fixe ou floue.

Les douleurs dans le contexte d'un syndrome douloureux complexe régional n'épargnent pas les sujets âgés, largement exposés aux circonstances favorisant telles qu'une hémiplégié, une fracture ou autres traumatismes.

## **4 / Autres douleurs :**

La goutte, pathologie importante par sa fréquence chez les personnes âgées, est également à l'origine de vives douleurs.

La carence en vitamine D, exclusivité du sujet âgé, est une source de douleur à laquelle on songe rarement. En effet, l'ostéoporose entraîne la survenue de douleurs aiguës (liées aux fractures) et chroniques (rachialgies chroniques engendrées par les tassements vertébraux, douleurs séquellaires des fractures des os longs,...).

## **B / Evaluation de la douleur :**

L'évaluation de la douleur est une procédure complexe.

-Les comportements douloureux du patient sont des éléments qui peuvent s'analyser à l'aide de grilles d'évaluation : mimiques, aspects du faciès, posture, agitation, gestuelle, impotence,...

-La description de la douleur par le patient et/ou son entourage est également à prendre en compte. Elle permet lors de l'entretien avec le patient de recueillir des informations telles que la topographie de la douleur, son histoire, son mode d'installation, son évolution, son retentissement sur l'humeur et l'activité quotidienne,...

-Lorsque l'auto-évaluation de la douleur est impossible ou en cas de doute, on peut utiliser des échelles d'évaluation. Cette évaluation permet ainsi une meilleure adaptation des traitements et une meilleure prise en charge de la douleur.

-Chez les patients non déficients, l'auto-évaluation doit être prise en compte. En effet, elle associe le discours du patient à l'utilisation d'une échelle simple comme l'Echelle Visuelle Analogique (E.V.A) ou l'Echelle Numérique (E.N). Cette évaluation est ainsi reproductible par le personnel soignant et facilement renouvelable par le patient lui-même.

-Chez les patients déficients ou non communicants, les informations données par la famille et les soignants sont primordiales. Un entretien insistant sur les modifications du comportement (lors de la toilette, des transferts, de l'alimentation), permet le plus souvent d'entendre et de décrypter une plainte douloureuse. De nombreuses échelles gériatriques ont analysé ces modifications comportementales, parmi lesquelles Doloplus, l'Echelle Comportementale de la Personne Agée (ECPA) ou encore l'Echelle Comportementale Simplifiée (ECS). Ces échelles reposent sur l'observation et l'analyse du comportement du sujet âgé douloureux.

### **C / Traitements pharmacologiques :**

Chez le sujet âgé, il faut prendre en compte 4 points :

- l'évolution physiologique liée à l'âge.
- la prévalence de la poly-pathologie.
- la polymédication.
- la sensibilité à la pathologie iatrogène.

Ces quatre points critiques convergent vers un risque de réduction de la marge thérapeutique, avec un risque d'augmentation des effets indésirables.

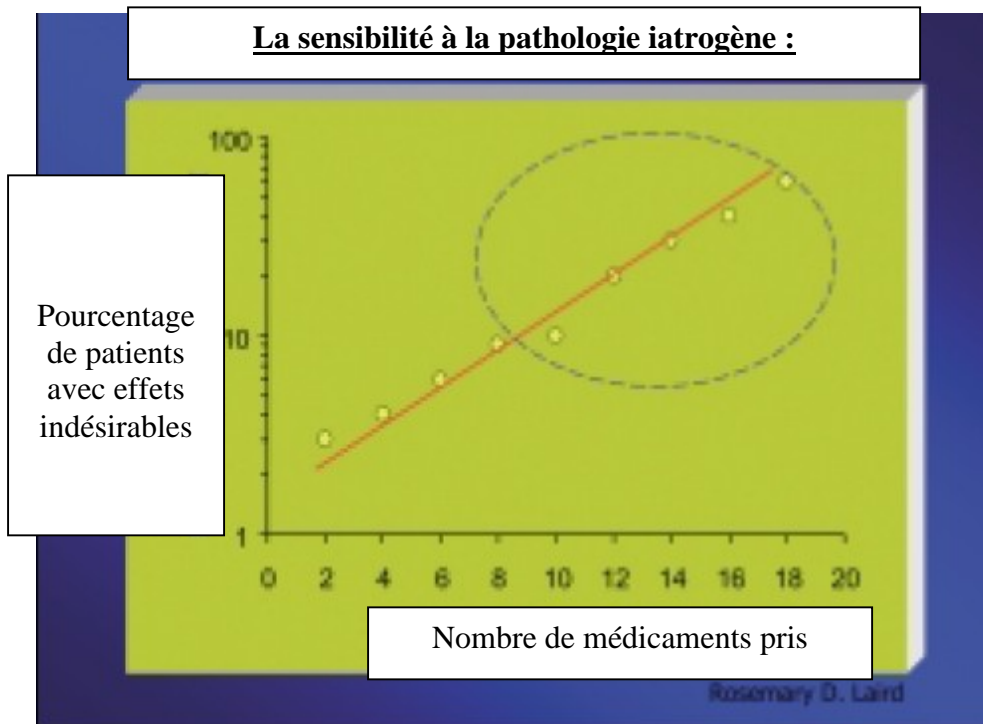
-Sur le plan physiologique, un certain nombre d'altérations et de modifications liées à l'âge se produisent. Ainsi, on observe une diminution de la masse maigre et une augmentation de la masse grasse, qui sont susceptibles de modifier les paramètres pharmacocinétiques.

-Sur le plan métabolique, des modifications liées à l'âge interviennent, comme une diminution du métabolisme hépatique oxydatif, accompagnée d'une diminution de la bio-transformation, ce qui explique une augmentation des concentrations.

De même, l'état fonctionnel du rein, chez les personnes âgées, peut conduire au risque d'accumulation et à une intensité accrue d'effets thérapeutiques ou indésirables ; ce qui justifie sur le plan thérapeutique l'utilisation de produits à demi-vie courte et une réduction de la posologie initiale.

Le taux de consommation de médicaments chez les sujets âgés est plus important, la poly-pathologie conduisant à une polythérapie. On observe également, chez ce type de sujet, une automédication très importante.

Or il existe une relation de proportionnalité entre l'incidence des effets indésirables et le nombre de médicaments consommés.



En terme de choix des antalgiques, les notions de nature et d'intensité de la douleur sont essentielles à prendre en compte. La personnalisation du traitement, et la nécessaire réévaluation de la douleur afin d'adapter le traitement à l'intensité ressentie, sont deux principes importants à considérer. Le prescripteur doit également avoir conscience que l'observance médicamenteuse chez le sujet âgé est généralement insatisfaisante et spécifiquement dans le cas des antalgiques.

Il convient de choisir des médicaments à demi-vie courte, et de ne pas rajouter aux conséquences directes du vieillissement, celles liées à la pathologie (anorexie, syndrome d'immobilisation), à l'insuffisance rénale, à la polymédication et à l'automédication. Les patches de Fentanyl<sup>®</sup> (durée d'action de 72 heures), le Tranxène<sup>®</sup> (demi-vie de 70 heures) ou le Valium<sup>®</sup> (demi-vie de 32 heures) ne sont donc pas des médicaments de choix en gériatrie (demi-vie trop longue).

### **Antalgiques de palier I :**

-Le paracétamol est largement préféré aux AINS et aux salicylés pour son bon profil de tolérance chez le sujet âgé. Il est administré au rythme de 500 mg toutes les 4 à 6 heures.

-Les AINS gardent des indications pour des durées limitées dans le temps (poussées d'arthrose, métastases osseuses).

Si la prescription des AINS est indispensable, on peut les associer aux inhibiteurs de la pompe à protons. Il faut surveiller la fonction rénale, surtout s'il y a association aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et aux diurétiques car on sait que les prostaglandines interviennent de manière bénéfique dans la vascularisation rénale. Sur le rein normal, l'inhibition des prostaglandines est sans conséquence, mais dans toutes les situations d'hypovolémie, l'augmentation des prostaglandines rénales permet de maintenir le flux plasmatique rénal. Leur inhibition peut alors être à l'origine d'une poussée d'insuffisance rénale aiguë.

Il devient dangereux de faire disparaître ce rôle chez ce type de patient, avec des inhibiteurs de synthèse de ces prostaglandines, comme les AINS.

Effets indésirables des AINS :

- troubles gastroduodénaux : en effet, les patients âgés sont plus à risque d'effets indésirables graves à type de perforation et/ou d'hémorragies digestives. Une protection gastrique (inhibiteurs de la pompe à protons, misoprostol) doit être envisagée.
- problèmes rénaux.
- risque hémorragique.
- hypersensibilité.
- troubles neurologiques.
- risques ischémiques des coxibs.

Le ratio bénéfice/risque des AINS est mauvais, et sans doute encore plus chez le sujet âgé. En outre, ils font largement l'objet d'automédication.

-Les inhibiteurs de la Cox-2 (Celebrex<sup>®</sup> = Célécoxib, Dynastat<sup>®</sup> = Parécoxib) ont l'intérêt de réduire le risque digestif chez le sujet âgé, mais le risque rénal (surtout en cas d'association avec les diurétiques ou les IEC) est identique à celui des autres AINS. Leur AMM est actuellement limitée.

### **Antalgiques de palier II :**

On privilégie la codéine et le tramadol au détriment du dextropropoxyphène, qui induit des risques accrus d'hypoglycémie, de nausée et de vomissements, ainsi que l'accumulation de métabolites toxiques en cas d'insuffisance rénale.

On préfère les associations paracétamol-codéine, et paracétamol-tramadol.

Pour les associations codéine-paracétamol, des prises régulières doivent être effectuées et on doit prévenir systématiquement la constipation.

-La codéine entraîne une somnolence.

-Le tramadol semble moins bien toléré sur le plan digestif chez les sujets âgés et source de syndrome confusionnel d'où la nécessité d'une introduction très progressive. Les formes à libération prolongée (LP) de faible dosage minorent ces effets indésirables : Zamudol 50 LP<sup>®</sup>, Monocrioxo 100 LP<sup>®</sup>, Contramal 100mg<sup>®</sup>. Les effets secondaires à type de nausées sont assez fréquents (20%) mais peuvent être prévenus.

-L'association tramadol-paracétamol (Ixprim<sup>®</sup>, Zaldiar<sup>®</sup>) réduit ces effets secondaires.

-En cas d'échec avec un antalgique de pallier II utilisé à une bonne posologie, il n'est pas recommandé de changer de molécule au sein du même palier, mais plutôt de passer au palier III.

### **Antalgiques de palier III :**

-La morphine, molécule hydrosoluble, a un volume de distribution dans l'organisme assez réduit, ce qui signifie que ses concentrations sanguines et intra-cérébrales imposent l'administration de doses diminuées chez le sujet âgé.

Avec l'âge, il semble que les récepteurs morphiniques présentent une meilleure sensibilité à ce produit : l'efficacité se trouve accrue pour des taux identiques. Le péristaltisme intestinal et l'état cognitif du sujet seront également plus sensibles aux morphiniques chez la personne âgée.

Les effets indésirables des morphiniques :

- constipation (presque systématique) → traitement prophylactique.
- nausées, vomissements (1/2 à 2/3 des patients) → intensité variable, résolutifs, facilement contrôlés.
- sédation (fréquente) → en début de traitement, résolutive.

- dépression respiratoire → surveillance de la fréquence respiratoire en début de traitement, prévention, antidote.
- hallucinations, confusion → sujets âgés, nécessité réduction des doses (rares).
- prurit.

La morphine est utilisée dans le cas de douleurs nociceptives, non pas graves, mais intenses. Il faut titrer avec des formes à libération immédiate en débutant à de faibles posologies (2,5 mg/4h).

Si on a besoin d'interdose, on peut donner 1/10<sup>ème</sup> à 1/6<sup>ème</sup> de la dose/24h.

Il n'existe pas de posologie maximale à ne pas dépasser. Seule l'intensité de la douleur détermine la dose efficace.

Constipation et rétention urinaire sont à dépister et prévenir systématiquement.

La voie orale est toujours à privilégier ; lorsqu'elle s'avère impossible, il vaut mieux avoir recours à la voie sous-cutanée. La PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient) est peu adaptée à la personne âgée, même dans le cas où les fonctions cognitives de celle-ci demeurent normales, car elle a tendance à mal l'utiliser.

En tenant compte des modifications pharmacologiques et des pathologies associées, il ne semble pas y avoir de raisons de craindre particulièrement la morphine. Il convient en revanche de se méfier de la iatrogénie.

-L'augmentation de la masse grasse concerne davantage les produits à action lipophile, comme le fentanyl et la buprénorphine ; il s'agit d'une distribution plus large, ce qui signifie que la durée de vie dans l'organisme se trouve augmentée. On peut progressivement avoir des accumulations, particulièrement dans le cas où les produits sont utilisés sous des formes à libération prolongée.

#### Tableau d'équi-analgésie :

Principe actif	Equivalence	Rapport
Chlorhydrate de morphine IV	20 mg	1/3
Chlorhydrate de morphine SC	30 mg	1/2
Sulfate de morphine (Skenan <sup>®</sup> , Moscontin <sup>®</sup> )	60 mg	1
Hydromorphone (Sophidone <sup>®</sup> )	8 mg	1/7,5
Oxycodone (Oxycontin <sup>®</sup> )	30 mg	1/2
Fentanyl (Durogesic patch)	25 µg	2/5

-La Sophidone LP<sup>®</sup> (chlorhydrate d'hydromorphone) est un médicament intéressant avec une échelle d'équi-analgésie à 7,5. Ce médicament a un intérêt dans la rotation des opioïdes, notamment en raison d'effets secondaires trop gênants.

-L'Oxycontin<sup>®</sup>, Oxynorm<sup>®</sup> (oxycodone) n'est pas métabolisée en métabolite actif. Il n'y a donc pas de risque d'accumulation, même en présence d'une insuffisance rénale. Mais, le principal inconvénient est le fait que les dosages peuvent être trop élevés pour la population âgée fragile (Oxynorm<sup>®</sup> 5 mg équivalent à 10 mg de morphine immédiate, et Oxycontin<sup>®</sup> 5 mg équivalent à 10 mg de morphine LP).

-Le Kapanol<sup>®</sup> (sulfate de morphine) peut être intéressant dans les douleurs chroniques relativement stables (arthrose,...) et faciliter la tolérance et l'observance (une prise par 24h).

-Les patchs de Durogesic<sup>®</sup> (fentanyl) ont permis de traiter de nombreuses douleurs, mais cette molécule peut être dangereuse en gériatrie :

- liposolubilité → risque d'accumulation chez le sujet âgé.
- mauvaise indication (douleurs cancéreuses)
- pas de posologie faible
- pas d'équi-analgésie sérieuse
- durée d'action longue et variabilité interindividuelle des concentrations plasmatiques.
- décollement fréquent du patch
- absorption modifiée si fièvre.

Conseil : ne pas utiliser le Durogesic<sup>®</sup> chez une personne âgée naïve de morphine (au minimum 60 mg/jour).

-Tout signe de surdosage, apparaissant chez un patient âgé parfaitement équilibré, doit faire redouter, en l'absence d'autres raisons évidentes (automédication abusive, interaction médicamenteuse,...), la survenue d'une insuffisance rénale, le plus souvent par déshydratation.

### Les co-analgésiques :

#### -Les antidépresseurs :

-tricycliques plus efficaces mais effets secondaires plus fréquents et gênants en gériatrie.

Anafranil<sup>®</sup> (clomipramine) en débutant à des posologies de 10 mg/jour

Laroxyl<sup>®</sup> (amitriptyline) en gouttes (idem)

-sérotoninergiques en seconde intention

Seropram<sup>®</sup> (citalopram) 10 mg/jour : prescription vespérale de préférence, attendre 10 à 15 jours avant de se prononcer

#### -Les antiépileptiques :

-les plus récents sont les mieux tolérés : Neurontin<sup>®</sup> > Rivotril<sup>®</sup> > Tégréto<sup>®</sup>.

-le Tégréto<sup>®</sup> (carbamazépine) n'est plus beaucoup utilisé en gériatrie en raison de ses effets secondaires très fréquents et gênants (sommolence, confusion,...)

-le Rivotril<sup>®</sup> (clonazépan) est prescrit essentiellement en gouttes à de faibles posologies et en privilégiant les prises le soir. On profitera de son effet sédatif au passage ou on préférera l'Anafranil<sup>®</sup> si l'on recherche au contraire une certaine stimulation.

#### -Les corticoïdes :

Les corticoïdes font encore peur alors qu'ils sont moins dangereux que les AINS.

Il faut profiter de leurs multiples effets antalgiques, anti-inflammatoires, orexigènes, psychostimulants,...

Mais il faut également ne pas oublier leurs effets confusio-gènes, diabéto-gènes, ainsi que myco-gènes,...

### Références :

La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées vivant à domicile : n°566 : avril 2007 :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er566/er566.pdf>

-Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog\\_douleur/doc-\\_pdf/plan\\_douleur06\\_2010.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/doc-_pdf/plan_douleur06_2010.pdf)

-La revue de gériatrie : juin 2005 :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/colloq\\_240305.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/colloq_240305.pdf)

La douleur et sa prise en charge :

[http://www.saging.com/Sitearticle/synt\\_la\\_douleur.pdf](http://www.saging.com/Sitearticle/synt_la_douleur.pdf)

-Traitement de la douleur chez la personne âgée :

[http://www.saging.com/Sitearticle/synt\\_la\\_douleur.pdf](http://www.saging.com/Sitearticle/synt_la_douleur.pdf)

-Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale : octobre 2000 :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Douleur\\_sujet\\_age\\_Recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Douleur_sujet_age_Recos.pdf)