



Traitement de la douleur chez les aînés vulnérables

René Verreault, MD, PhD

Professeur titulaire, Faculté de médecine de l'Université Laval

Titulaire de la Chaire de gériatrie de l'Université Laval

Directeur de la recherche, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Directeur de l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval

Guide de pratique clinique

American Geriatrics Society

- AGS Panel on chronic pain in older persons: The management of chronic pain in older persons. American Geriatrics Society. J Am Geriatr Soc 1998; 46:635-651.
- Mise à jour en 2002 (J Am Geriatr Soc 2002; 50:S205-S224).
- Mise à jour de l'approche pharmacologique en 2009 (J Am Geriatr Soc 2009; 57:1331-1346).

Douleur persistante chez les aînés vulnérables

- Types de douleur

- Nociceptive
- Neuropathique
- Mixte

- Causes fréquentes

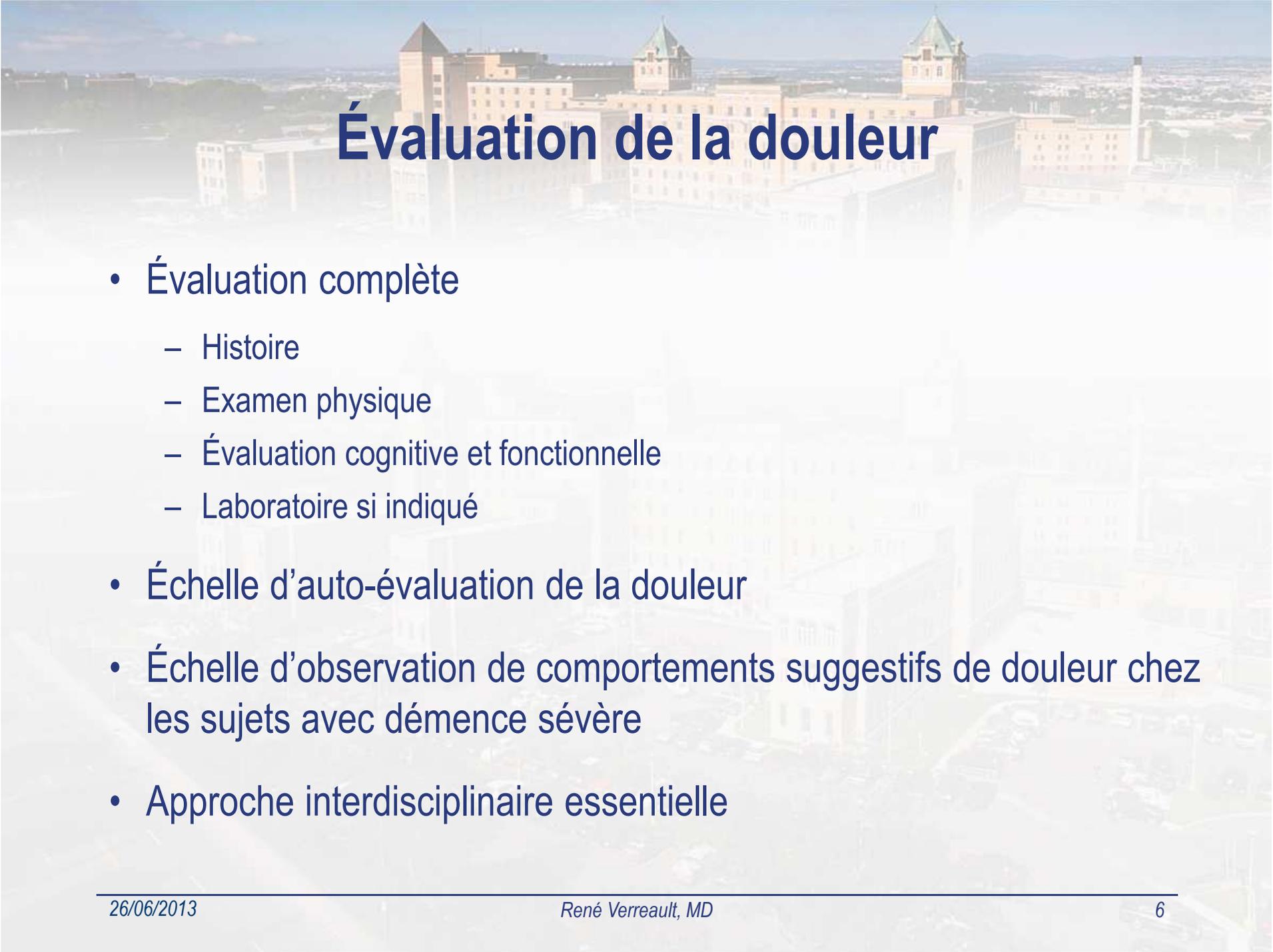
- Ostéoarthrose et autres maladies musculosquelettiques
- Claudication
- Cancer
- Névralgies (diabète, zona, maladies vasculaires périphériques, ...)

Douleur persistante chez les aînés vulnérables

- 25 – 50 % des aînés vivant à domicile
- 45 – 80% en CHSLD
- ↑ à l'âge très avancé
- ↑ en présence de démence
- Impacts significatifs
 - Détérioration fonctionnelle
 - Anxiété et dépression
 - Chutes
 - Isolement social
 - Troubles du sommeil et de l'appétit
 - Détérioration de la qualité de vie
 - Détresse chez l'aidant naturel/formel

Sous détectée – Sous évaluée – Sous traitée

- Non diagnostiquée chez près de 50% des résidants en CHSLD
- < ½ des résidants avec douleur quotidienne ont reçu une analgésie dans les 7 jours précédents (Miller et al. 2002)
- Type et dose d'analgésiques souvent inappropriés et/ou insuffisants
- Barrières au contrôle adéquat de la douleur
 - Prévalence élevée de troubles cognitifs, visuels et auditifs
 - Aînés vulnérables sensibles aux effets secondaires de l'analgésie
 - Crainte d'utiliser l'analgésie à long terme, en particulier les narcotiques
 - Problèmes de mesures de la douleur en présence de démence
 - Manque de formation des intervenants



Évaluation de la douleur

- Évaluation complète
 - Histoire
 - Examen physique
 - Évaluation cognitive et fonctionnelle
 - Laboratoire si indiqué
- Échelle d'auto-évaluation de la douleur
- Échelle d'observation de comportements suggestifs de douleur chez les sujets avec démence sévère
- Approche interdisciplinaire essentielle

Principes de base du traitement

- Reconnaître la douleur comme un problème significatif chez les aînés
- Garder comme objectif central l'optimisation de l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie
- Tenir compte du vieillissement et des pathologies associées qui peuvent influencer l'efficacité et la toxicité des médicaments
- Tenir compte de l'état de santé et des besoins uniques de chaque personne à soulager

Principes de base du traitement

- Utiliser la voie d'administration la moins invasive possible – généralement la voie orale
- Déterminer un dosage analgésique qui procure un soulagement continu de la douleur
- « *Start low – Go slow* » et réévaluer fréquemment
- Déterminer un horaire d'administration qui tient compte des épisodes prévisibles de douleur
 - Analgésiques à action courte et rapide pour les douleurs épisodiques sévères
 - Analgésiques à longue action pour les douleurs persistantes
 - Prévoir des entredoses
- Utiliser au besoin des adjuvants et co-analgésiques
- Combiner les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques

Changements pharmacologiques avec l'âge

- ↓ fonction/absorption gastro-intestinale
- Modification du volume de distribution (obésité, masse grasse/masse maigre) – ↑ demi-vie des médicaments liposolubles
- ↓ fonction rénale – risque d'accumulation
- Accumulation des métabolites actifs
- Risques liés aux effets secondaires anticholinergiques
 - ↑ confusion, incontinence, constipation



Acétaminophène - Tyléno

- Première ligne pour les douleurs légères à modérées
- Ostéoarthrite et douleurs musculosquelettiques
- Pas de risque accru de saignements digestifs
- Pas de toxicité rénale ou cardiovasculaire
- Dose maximale 4g/24 heures

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

- Plus efficace que le tylnol en présence de composante inflammatoire
- Risque de saignements digestifs
- Risque accru de complication en présence d'insuffisance rénale, de maladie cardiovasculaire ou d'insuffisance cardiaque
- 25% des hospitalisations pour effets secondaires médicamenteux

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

- Gastro-protection avec inhibiteurs de pompe à proton
- Inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase (Celebrex):
 - ↓ risque de saignements digestifs
 - Risques rénaux et cardiovasculaires inchangés
- AINS topiques
 - Plus sécuritaire
 - Efficace à court terme (< 4 semaines)
 - Efficacité à long terme non démontrée

Opiacés

- Morphine
Hydromorphone (*Dilaudid*)
Oxycodone (*Supeudol*)
Fentanyl transdermique (*Duragésic*)
Méthadone
- De plus en plus en première intention en raison des risques associés aux AINS
- Pour tous les types de douleur (nociceptives et neuropathiques)
- Pour les douleurs persistantes, longue action donnée régulièrement avec entredoses *PRN* (environ 10% de la dose quotidienne)

Risques et effets secondaires des opiacés

- Dépression respiratoire
 - Risque le plus grave et le plus craint
 - En début de traitement surtout car tolérance rapide
 - Rare en traitement chronique – associé à ↑ trop rapide des doses
- Addiction
 - Rarissime chez les patients âgés sans antécédents d'abus de substances
- Constipation
 - Presqu'universellement présent
- Nausée
- Somnolence
- Rétention urinaire
- Confusion, delirium, hallucinations



Co-analgésiques

- Permet d'impliquer plusieurs mécanismes d'actions simultanément
- Permet de réduire les doses d'opiacés et les risques d'effets secondaires
- Le plus souvent dans le contexte de douleurs neuropathiques



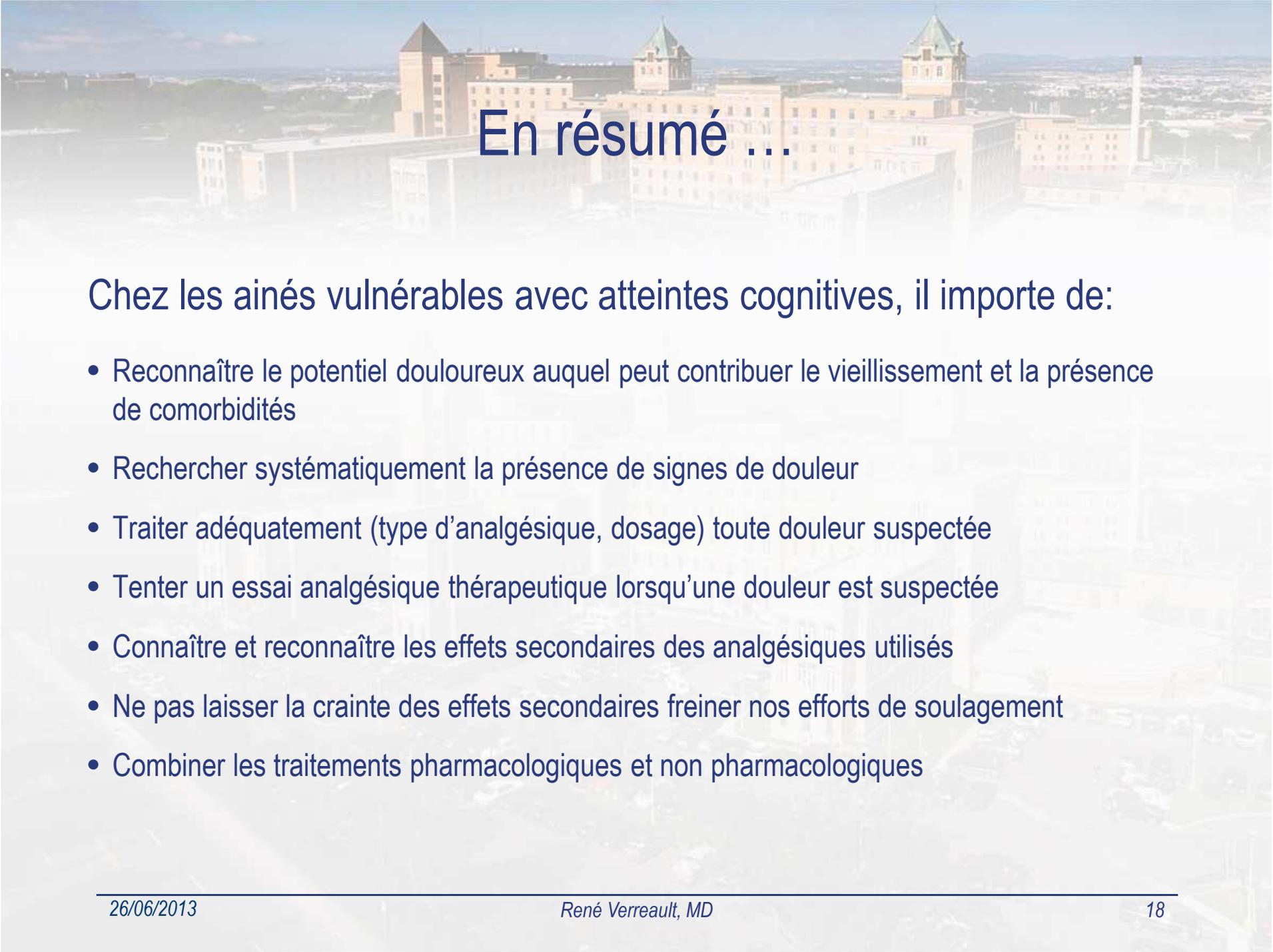
Co-analgésiques

- Anticonvulsivants
 - Gabapentin (Neurontin), Prégabaline (Lyrica) ...
- Antidépresseurs
 - Tricycliques: Amitriptyline (Élavil), Nortriptyline (Aventyl), ...
 - ISRS et ISRN: Duloxétine, venlafaxine, sertraline, fluoxétine, ...
- Corticostéroïdes
 - En présence de composante inflammatoire lorsque AINS contrindiqué
 - Sécuritaire lorsqu'utilisé sur une courte période
- Relaxants musculaires
- Calcitonine et bisphosphonates

Traitements non-pharmacologiques

Toujours en association avec le traitement pharmacologique

Physiothérapie	Chaleur	Installation soigneuse
Ergothérapie	Froid	Mobilisation adaptée
Psychologie	Massage	Interactions harmonieuses (ton de voix, regard)
Podologie	TENS	Toucher
Acupuncture	Ultrasons	Soins de confort
Musicothérapie	Exercices modérés	
<i>EN FONCTION DE LA CAPACITÉ COGNITIVE DU RÉSIDENT:</i>		
Hypnose		
Thérapies comportementales et cognitivo-comportementales		
Relaxation		
Biofeedback		



En résumé ...

Chez les aînés vulnérables avec atteintes cognitives, il importe de:

- Reconnaître le potentiel douloureux auquel peut contribuer le vieillissement et la présence de comorbidités
- Rechercher systématiquement la présence de signes de douleur
- Traiter adéquatement (type d'analgésique, dosage) toute douleur suspectée
- Tenter un essai analgésique thérapeutique lorsqu'une douleur est suspectée
- Connaître et reconnaître les effets secondaires des analgésiques utilisés
- Ne pas laisser la crainte des effets secondaires freiner nos efforts de soulagement
- Combiner les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques