

# L'évaluation de la douleur chez le sujet âgé

## Initiation et adaptation du traitement



Bernard Pradines  
(SLD-Albi)  
PH-PT

[www.geriatrie-albi.fr](http://www.geriatrie-albi.fr)

Rubrique : douleurs

# Introduction

- **très fréquentes, chroniques, persistantes, souvent de localisations multiples** (40%, en moyenne trois localisations pour Ferrell, 1995),
- **intermittentes** donc sujettes à l'oubli, telles que les douleurs liées :
  - à la spasticité musculaire d'origine neurologique, aux accès neurogènes fulgurants, à l'angor, aux spasmes digestifs, etc...
  - le plus souvent aux mobilisations, surtout passives.

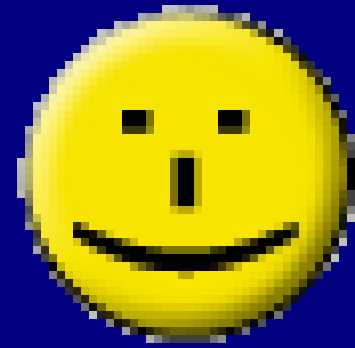
MARTA, NON RIESCO A RICORDARE  
COME SI CHIAMAVA QUEL TEDESCO  
PER CUI HO PERSO  
LA TESTA...

ALZHEIMER,  
NONNA.

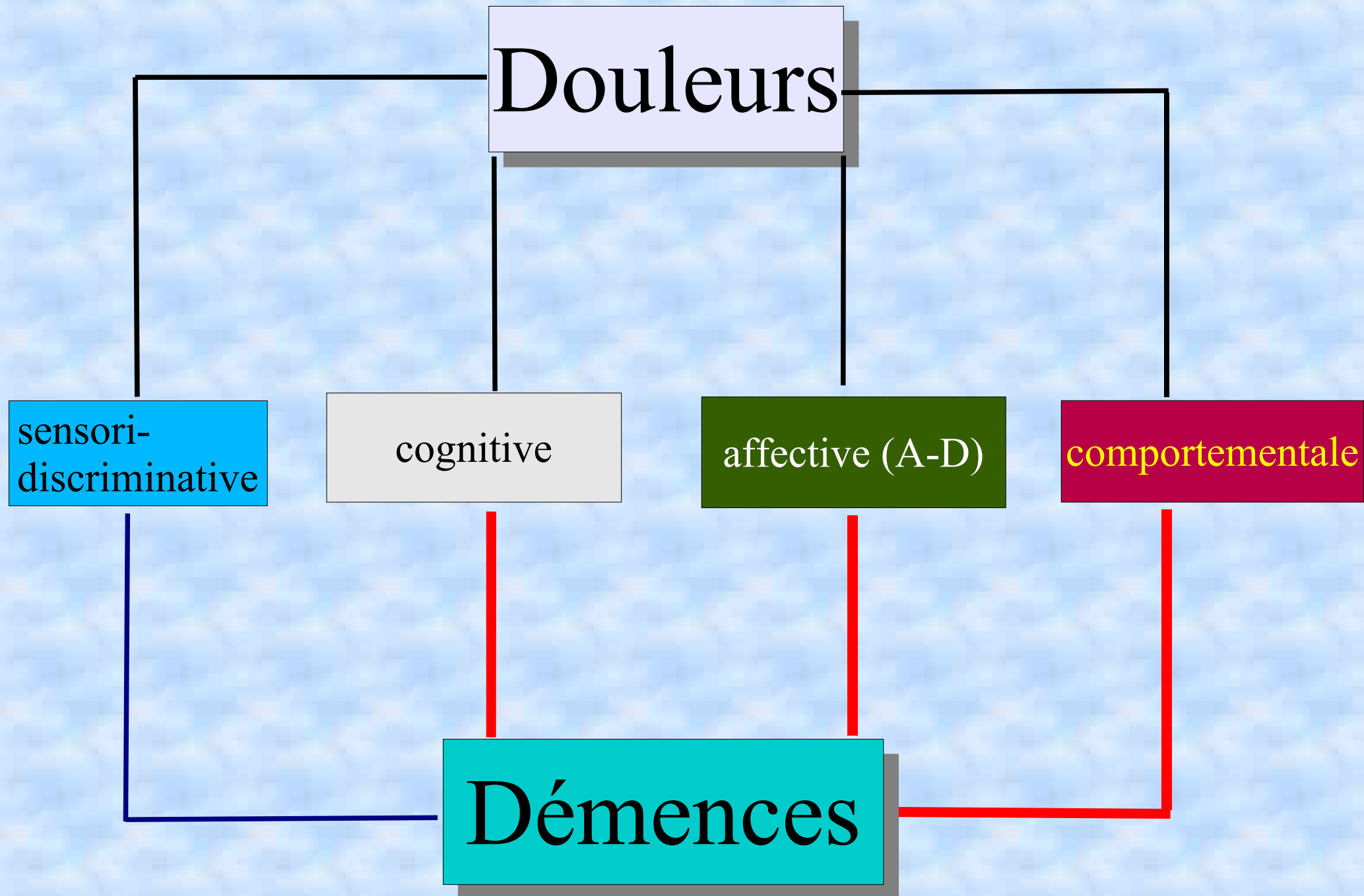


LUPO ALBERTO © 2003 Silver/McK

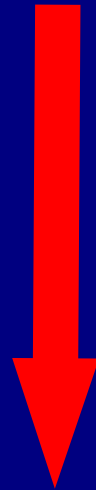
# Des progrès



- ▣ recommandations de Limoges de 1999,
- ▣ recommandations ANAES octobre 2000,
- ▣ recommandations de la Société Américaine de Gériatrie (AGS) publiées en juin 2002,
- ▣ échelles d'hétéro-évaluation : DOLOPLUS, ECPA, Algoplus, auto-évaluation toujours préférable,
- ▣ mise au point de l'AFSSAPS en 2004,
- ▣ douleurs neurogènes : DN4



# Retentissement fonctionnel de la douleur



Situation fonctionnelle liée aux démences  
(évaluation fonctionnelle)

# Conséquences

- chutes,
- comorbidités,  
expression de  
la douleur.

# Démarche chronologique

**Dépistage**

Diagnostic  
et  
Evaluation

Traitement  
et  
Evaluation

Démences  
sévères et  
très sévères

Démences :  
de légères à  
modérément  
sévères

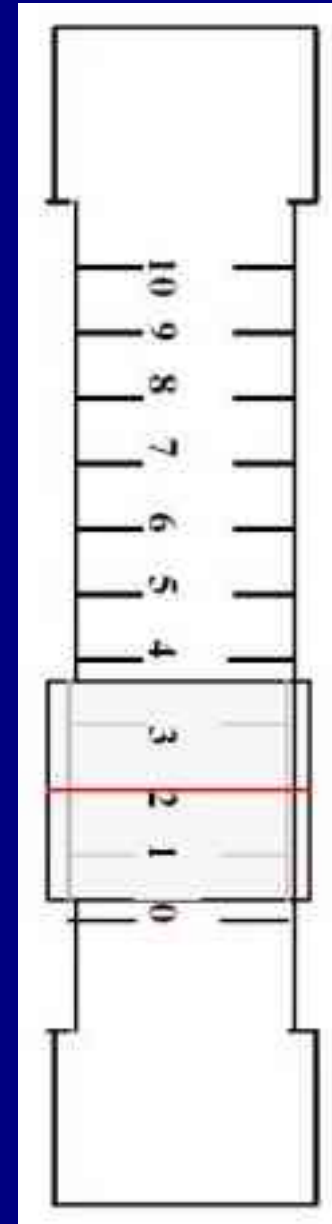
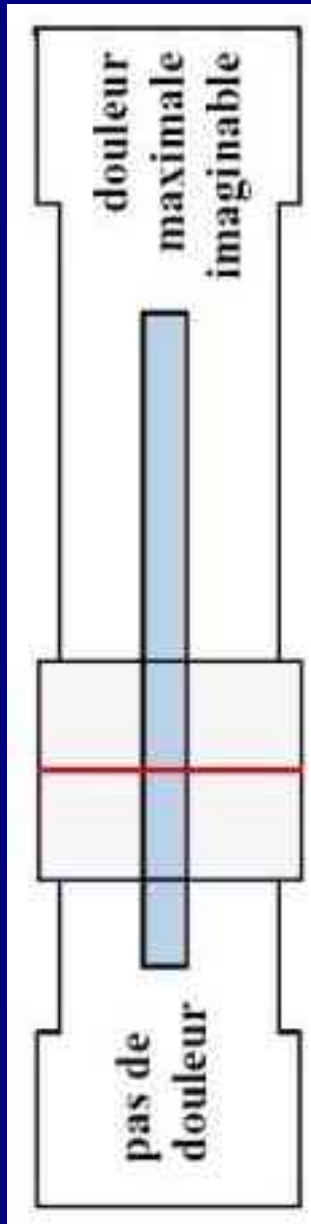


# **Interrogatoire et examen clinique sont combinés**

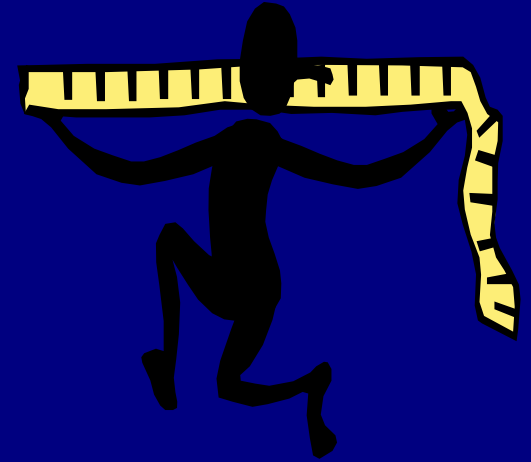
# Echelle

# Visuelle

# Analogique



# Echelle numérique



▣ de 0 (aucune douleur)

▣ à 10 (douleur maximale imaginable)

# Echelle verbale simple

**TF : douleur très forte**

**F : douleur forte**

**M : douleur moyenne**

**L : douleur légère**

**0 : aucune douleur**

**Au repos et aux mobilisations et soins**

# Limites de l'EVS

- exige un minimum de compréhension et verbalisation (oui et non fiables) et de cohérence ,
- évaluation ponctuelle, sujette à l'oubli dans le cas des douleurs intermittentes,
- réponse suggérée ou de type automatique, en particulier positive à la question posée,
- non verbal plus significatif que le verbal si incohérence des réponses (seule ou avec EN).

## Questionnaire DN4

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.

### INTERROGATOIRE DU PATIENT

Question 1: La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

- 1 - Brûlure
- 2 - Sensation de froid douloureux
- 3 - Décharges électriques

oui

non

Question 2: La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?

- 4 - Fourmillements
- 5 - Picotements
- 6 - Engourdissement
- 7 - Démangeaisons

oui

non

## EXAMEN DU PATIENT

Question 3: La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence?

<b>oui</b>

<b>non</b>

8 - Hypoesthésie au tact

9 - Hypoesthésie à la piquûre

Question 4: La douleur est-elle provoquée ou augmentée par:

10 - Le frottement

<b>oui</b>

<b>non</b>

# Questions complémentaires

- ▶ avez-vous mal maintenant, en ce moment ?
- ▶ êtes-vous soulagé(e) par une position particulière ?
- ▶ la douleur est-elle supportable ?
- ▶ voulez-vous un nouveau médicament ou davantage de médicaments contre la douleur ?

~~auto-évaluation~~

24 mars 2003

SSLD Albi



auto-évaluation assistée

59

59 dont

21

douteuses



hétéro-évaluation

26

**Ce qui se voit :**

expression faciale, position,  
mouvements,

**Ce qui s'entend :**

vocalisations,

**Ce qui se touche :**

crispation, moiteur,

**Ce qui se mesure :**

pouls, PA, fréquence respiratoire.

# Trois principales grilles françaises : items identiques ou très proches

- expression du visage : mimique et regard crispés,
- plaintes non verbales pendant le soin,
- position spontanée au repos,
- changement de comportement.

# Deux grilles des Etats-Unis : items identiques ou très proches (PAINAD et CNPI)

- \* expression faciale,
- \* vocalisations à type de plaintes,
- \* langage corporel à type de crispation et de mouvements plus ou moins désordonnés.

# En France

- \* Doloplus 2, ECPA,
- \* Algoplus.

# Mini-GDS

1. Vous sentez-vous souvent **découragé(e) et triste** ?
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est **vide** ?
3. Etes-vous **heureux(se) (bien)** la plupart du temps ?
4. Avez-vous l'impression que votre situation est **désespérée** ?

# En pratique quotidienne

**douleurs diffuses**

**Affection somatique  
intercurrente ?**

**Traumatisme psychique ?  
Fatigue ?**

**recrudescence douloureuse**

# Obstacles liés à l'organisation des soins

- ♦ fragmentation des soins,
- ♦ objectifs de soins,
- ♦ formation des intervenants,
- ♦ consultations spécialisées.

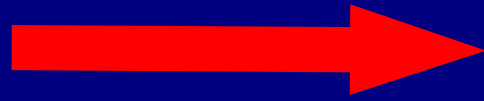
# Traitements non médicamenteux

- manipuler doucement, laisser exécuter les mouvements, s'interrompre,
- vérifier que le patient n'est pas endormi, toucher, positions, explications, diversion, relaxation,
- kinésithérapie, physiothérapie : massages antalgiques, thermothérapie et cryothérapie,
- ergothérapie : installation pour un meilleur confort.

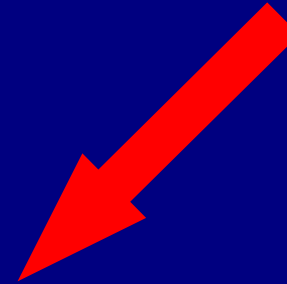
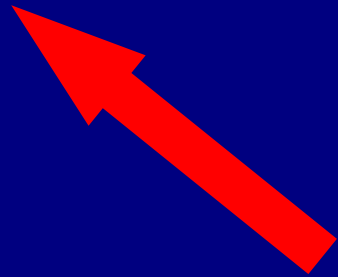
# Traitements non médicamenteux

- **vibrothérapie (ultrasons, ondes de choc),**
- **électrothérapie antalgique, acupuncture,**
- **thérapies cognitives et comportementales :  
relaxation, biofeedback.**

**Douleur**



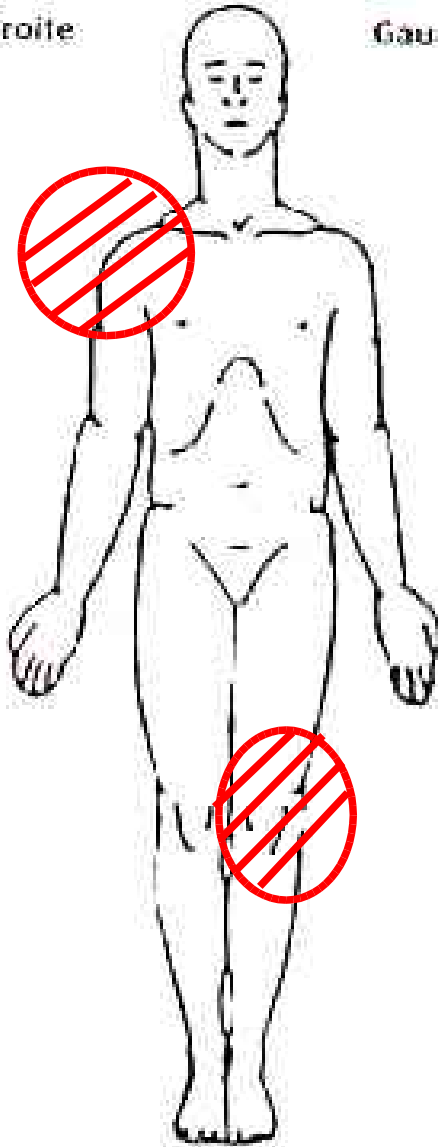
**Anxiété anticipatrice**



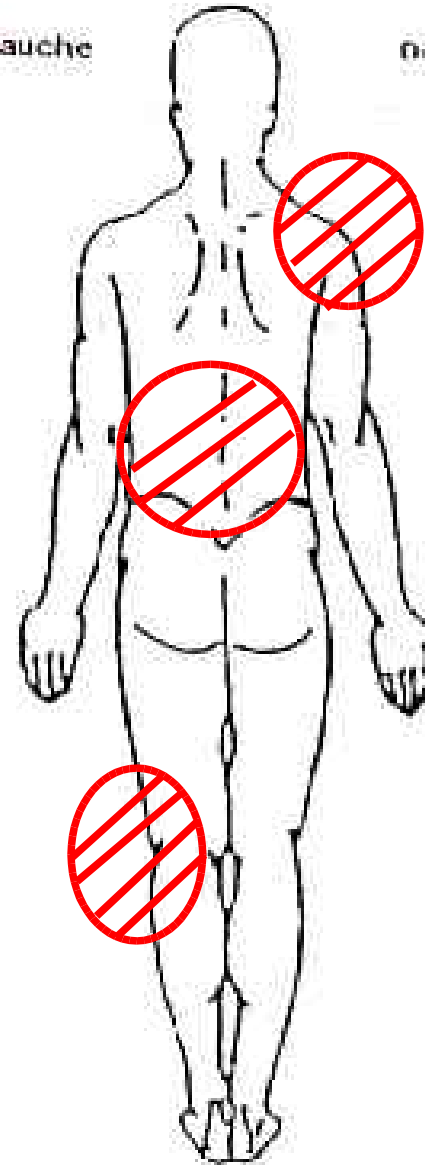
**Opposition aux soins**

# Schéma corporel

Droite Gauche



Gauche Droite



# Initiation médicamenteuse

- évaluation de la douleur ,
- caractère aigu ou chronique, type,
- clairance de la créatinine,
- présence d'antalgiques,
- présence de sédatifs,
- état général : asthénie, dénutrition, mobilité,
- marge thérapeutique faible,
- imprévisibilité de la réponse et EI,
- start low and go slow (et l'inverse).

# Initiation médicamenteuse antinociceptive

- **en théorie :**
  - paliers de l'OMS : 1 puis 2 puis 3,
  - palier 3 : morphine titrée toutes les quatre heures (ORAMORPH\*) 10 mg/5 ml : 2,5 à 5 mg toutes les 4 à 6 heures,
- **en pratique :**
  - palier 1,
  - 1+2 d'emblée,
  - palier 1+3 d'emblée ?

# Initiation médicamenteuse

## antinoceptive

### Palier 1 :

- paracétamol,
- AINS,

### Palier 2 (opioïdes « faibles ») :

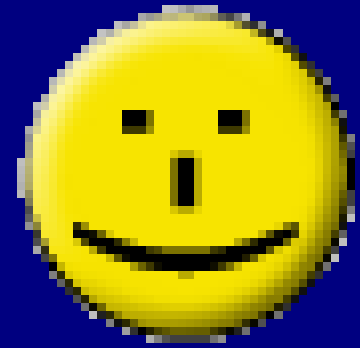
- codéine,
- dextropropoxyphène,
- tramadol,
- buprénorphine.

# Initiation médicamenteuse antinociceptive

**Palier 3 (opioïdes «forts») :**

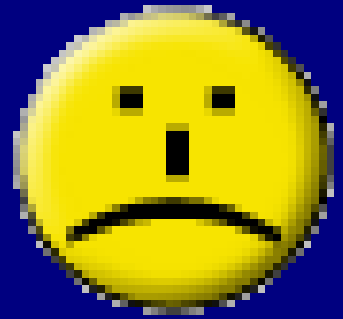
- **morphine,**
- **fentanyl,**
- **oxycodone,**
- **hydromorphone,**
- **péthidine.**

# Paracétamol



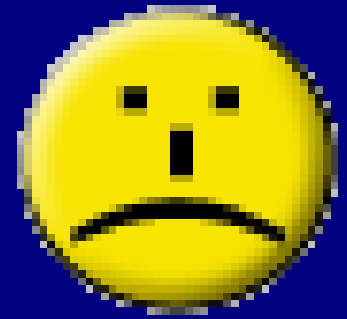
- \* grand succès,
- \* bien supporté sur le plan cognitif, respecte la vigilance, sur le plan digestif,
- \* palier 1 : douleur légère,  $EN < 3$ ,
- \* coût relativement faible.

# Paracétamol



- \* trou en fin de nuit,
- \* pas de présentation SC,
- \* oubli d'une prescription après une fièvre ou un épisode douloureux,
- \* surdosage par automédication généreuse.

# Paracétamol



- \* administration simultanée de présentations : orale et intraveineuse,
- \* cumul de présentations non explicites contenant du paracétamol,
- \* alcoolisme, insuffisance hépatique et dénutrition,
- \* médicament de toute douleur ou de toute fièvre en l'absence de médecin ?

# Thérapeutiques médicamenteuses

- ▶ dextropropoxyphène peu à peu délaissé,
- ▶ tramadol : action sur les douleurs neurogènes, libération prolongée,
- ▶ néfopam : effets anticholinergiques.

# Thérapeutiques médicamenteuses

- codéine, tramadol et oxycodone mal ou très mal métabolisés dans 7 à 15 % des cas : variantes génétiques du CYP2D6.
- attention à la manoeuvre : initiation, rotation!
- morphiniques constamment efficaces :  
morphine, hydromorphone et fentanyl (facilité !).

# Initiation et adaptation du traitement opioïde par voie générale EI

- neuro-psychiques +++
- digestifs,
- respiratoires,
- urinaires,
- immunosuppression ?

# Thérapeutiques médicamenteuses

- coanalgésiques : AINS, corticoïdes, ADT, antispastiques, antispasmodiques ...
- sous-utilisation des traitements non médicamenteux, des AL et infiltrations,
- traitement des douleurs liées aux soins : N2O-O2 : un espoir ?

**Initiation**

**=**

**Initiation des mesures  
correctives**

**Initiation « aveugle » :**

**Test antalgique ?**

# Limoges 1999-AFSAPS 2004

- pas première intention,
- seule la morphine ...
- indication bien pesée,
- si autre thérapeutique est inefficace,
- début posologie faible, diminution progressive,
- pas si inefficace,
- pas si effets indésirables inacceptables,
- avis psychiatrique,
- pas si abus ou dépendance psychique,
- contrat médecin-patient.

# **Adaptation antinociceptive**

## **« Equivalences » l'incertitude**

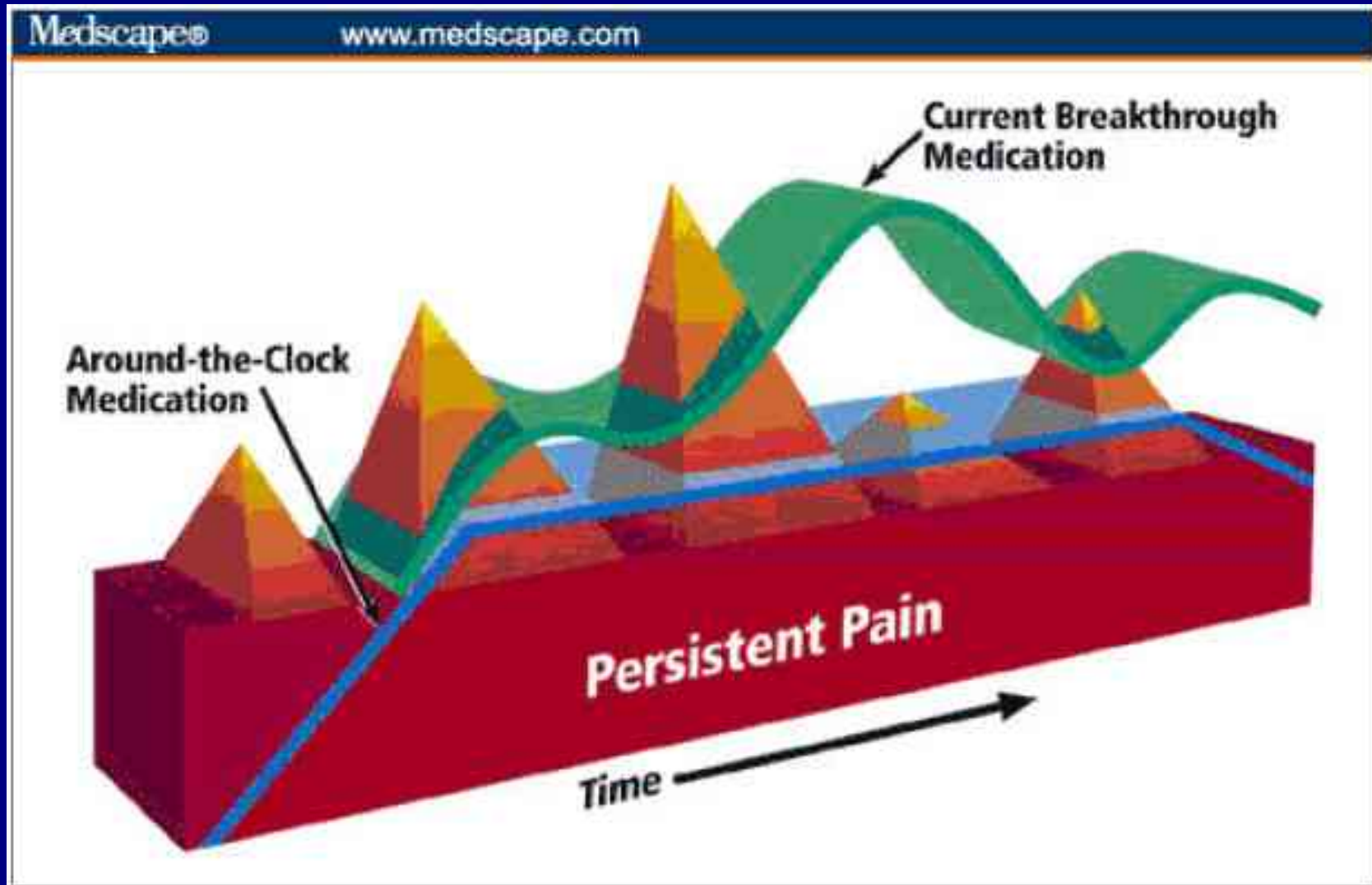
**codéine 180 mg = tramadol 150 mg =  
morphine orale 30 mg = oxycodone orale 15  
mg = fentanyl transdermique 12 µg / heure.**

# Initiation médicamenteuse antinociceptive

- pas de patch de fentanyl transdermique en première intention,
- oxycodone mieux tolérée.

# Initiation antinociceptive

## Geste douloureux



# Quelques propositions thérapeutiques

## Geste douloureux

- arrêt puis reprise sous prémédication,
- information et position confortable du malade,
- avant transport vers Rx, consultation ou hospitalisation.



# Quelques propositions thérapeutiques

## Geste douloureux

# Initiation antineuropathique

- ♦ gabapentine : somnolence, étourdissements, ataxie,
- ♦ prégabaline : somnolence, vertiges, oedèmes périphériques.

*Frampton JE, Foster RH. Pregabalin: in the treatment of postherpetic neuralgia. Drugs. 2005;65(1):111-8; discussion 119-20.*

# Conclusions

- ▣ études spécifiques peu nombreuses,
- ▣ écoute, observation et transdisciplinarité,
- ▣ formation, nombre des soignants,
- organisation, prévention,
- ▣ évaluation difficile, approche toujours possible.