

# Particularités de la douleur et de sa prise en charge chez les personnes âgées

S. Lefèbvre-Chapiro, C. Trivalle, S. Legrain, D. Feteanu, R. Sebag-Lanoé

Le nombre et la proportion des personnes âgées en France sont de plus en plus importants, notamment du fait de l'augmentation de l'espérance de vie (plus 3 mois par an) [1]. Dans les années qui viennent, les plus de 65 ans représenteront 16% de la population française, dont plus d'1 million de personnes âgées de plus de 85 ans. Notre société doit nécessairement s'y adapter pour permettre aux personnes âgées de vivre jusqu'au bout de leur vie dans les meilleures conditions possibles. Les médecins, quels que soient leur orientation (généralistes, internistes, chirurgiens, anesthésistes,...) et leur mode d'exercice (ville, institution, clinique, hôpital) seront donc de plus en plus

fréquemment confrontés à la prise en charge des patients âgés et notamment des syndromes douloureux, particulièrement fréquents dans cette population. Cette prise en charge de la douleur chez les personnes âgées a beaucoup évolué au cours des dernières années, mais elle est encore loin d'être optimale.

## DOULEUR ET GRAND ÂGE

La douleur a été définie par l'*International Association for the Study of Pain (IASP)* comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissu-

laire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » [2], l'état de douleur chronique se définissant après 3 à 6 mois d'évolution. Cette définition fait référence au plan national [3] et international [4, 5].

Un des principaux objectifs du corps médical devrait être le soulagement de la douleur. La prise en charge de la douleur ne se limite pas seulement aux patients en fin de vie, mais concerne aussi d'autres contextes : douleur post-opératoire, douleurs chroniques,... ce qui est particulièrement vrai chez le sujet âgé. En effet, les maladies susceptibles d'être douloureuses sont plus fréquentes dans le grand âge [6, 7] : pathologies rhumatismales ou arthrosiques, zona, escarres, cancers... Ces derniers surviennent d'ailleurs dans 60 % des cas après 65 ans et on sait que 80 % des malades cancéreux présenteront des douleurs au cours de l'évolution de leur maladie [8].

Plusieurs études [9-11] ont mis en évidence la grande prévalence de la douleur dans la population âgée, estimée notamment entre 40 et 70 % des personnes en institutions gériatriques. Dans l'étude de Sengstaken et King [11], 60% des personnes âgées vivant en institution avaient des douleurs chroniques et, dans 34% des cas, ces douleurs n'avaient pas été détectées par leur médecin habituel. De plus, 25 à 50% ●●●

### L'ESSENTIEL

- **Un symptôme fréquent** : La douleur est un problème largement sous-estimé chez les personnes âgées, alors que les maladies susceptibles d'être douloureuses sont plus nombreuses et fréquentes dans le grand âge.
- **Une évaluation difficile** : L'évaluation de la douleur en gériatrie est plus difficile, notamment de par la prévalence élevée des troubles sensoriels et des démences dans la population très âgée. Si les outils d'autoévaluation de la douleur ne sont pas compris par le malade, il faut avoir recours aux échelles d'hétéroévaluation fondées sur l'observation des modifications du comportement habituel.
- **Un traitement adapté** : Les principes du traitement de la douleur sont les mêmes chez le sujet âgé et l'adulte jeune. Mais il est indispensable de tenir compte des modifications du métabolisme des médicaments antalgiques avec l'âge, des effets secondaires potentiels et des contre-indications, plus fréquents dans le grand âge.

Presse Med 2000 ; 29:333-9

© 2000, Masson, Paris

### MAIN POINTS

#### Characteristics of pain and its management in the elderly

- **A common symptom**: Pain is a common and underestimated problem in older people who are likely to suffer from many acute and chronic conditions.
- **Difficult assessment**: Clinical assessment of pain often depends on the patient's ability to communicate his or her experience. If self-assessment of pain is not possible, behavioral hetero-evaluation instruments have been built for easy pain assessment by caregivers.
- **Adjusted pain management**: As for younger patients, the most common strategy for pain management is the use of analgesic drugs. Special care should be taken however when such drugs are initiated in the elderly because increased sensitivity, prolonged drug half-life and adverse effects and drug interactions are more likely.

S. Lefèbvre-Chapiro, C. Trivalle,  
S. Legrain et al.

Service de Gériatrie et de Soins palliatifs (SL-C, CT, DF, RS-L), Hôpital Paul Brousse, Villejuif.

Service de Médecine gériatrique (SL), Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris.

Correspondance : C. Trivalle, Service de Gériatrie et de Soins palliatifs, Hôpital Paul Brousse, 12, avenue Paul Vaillant-Couturier, F 94804 Villejuif Cedex.

Tél : 01 45 59 38 43 – Fax : 01 45 59 36 91.

E-mail : christophe.trivalle@pbr.ap-hop-paris.fr

Reçu le 3 mai 1999 ; accepté le 1<sup>er</sup> septembre 1999.

des personnes âgées vivant au domicile auraient également des douleurs importantes [10]. Un tel constat justifie une remise en question de nos pratiques.

### QUELLES SONT LES CAUSES DE CETTE PRISE EN CHARGE INSUFFISANTE ?

Trois hypothèses principales peuvent être évoquées :

- Les difficultés à évaluer la douleur dans cette population. L’attitude fataliste de certaines personnes âgées qui négligent de rapporter leur douleur [12] et l’expression parfois atypique de la douleur dans le grand âge, surtout s’il existe des troubles cognitifs, sont des facteurs de sous-évaluation parfaitement reconnus aujourd’hui [13]. Plus de la moitié des personnes âgées qui vivent en institution ont des troubles cognitifs qui peuvent entraîner des problèmes plus ou moins sévères de communication.
- La connaissance insuffisante des schémas thérapeutiques antalgiques [14] et de leurs spécificités gériatriques par les médecins.
- L’idée préconçue selon laquelle l’âge diminuerait la sensibilité à la douleur. Pourtant, il est maintenant admis que l’âge n’aurait pas d’influence significative sur la perception de la douleur [15].

### ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Plusieurs questions doivent être posées :

- Existe-t-il une douleur ?
- Quelle est son intensité ?
- Quelles sont ses caractéristiques et ses causes ?

Pour identifier les malades ayant une douleur et pour évaluer l’intensité de la douleur, il existe de nombreuses échelles [3]. On distingue classiquement les échelles d’autoévaluation (le malade évalue lui-même sa douleur) et les échelles d’hétéroévaluation (c’est un observateur qui évalue la douleur du malade). Il est important de noter que ces échelles ne donnent pas d’information sur la nature de la douleur, qu’elles ne peuvent pas servir à comparer 2 patients et qu’il n’existe pas de lien direct entre la valeur obtenue sur

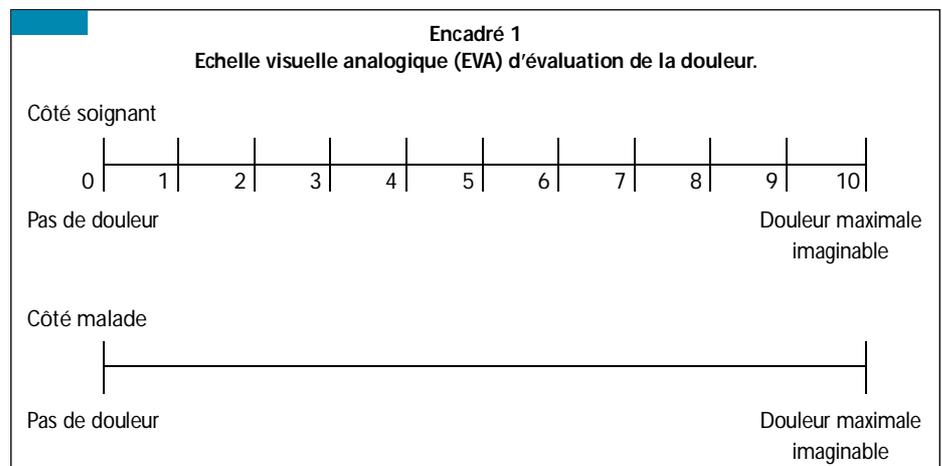
une échelle et le type de traitement antalgique nécessaire. Elles aident à identifier les malades douloureux et surtout elles facilitent le suivi du patient.

Si la personne âgée n’a pas de troubles cognitifs, l’Echelle Visuelle Analogique (EVA) peut être utilisée pour évaluer l’intensité de la douleur et suivre l’effet du traitement. Mais on s’aperçoit en pratique que peu de personnes très âgées en comprennent bien le principe par trop abstrait : le malade doit situer l’intensité de sa douleur entre 2 extrêmes (pas de douleur et douleur maximale imaginable) en déplaçant un curseur sur une réglette dont la face qu’on lui montre n’est pas graduée (*encadré 1*). On a d’ailleurs noté que le grand âge est associé à une plus grande fréquence de réponses incorrectes [16]. La présentation de la réglette en position verticale, comme un « thermomètre de la douleur », permettrait une meilleure compréhension du principe. Elle peut être répétée sans difficulté, éventuellement plusieurs fois par jour.

L’échelle numérique (EN) (donner une note de 0 à 10 à la douleur) ou l’échelle verbale simple (EVS) (le malade évalue sa douleur comme absente, très légère, modérée, marquée ou insupportable) sont beaucoup plus maniables en pratique, mais ne sont pas validées chez le malade âgé. Elles peuvent être utiles en cas de difficultés de compréhension de l’EVA [3]. Une étude américaine [17] a mis en évidence que 83% des personnes d’une maison de retraite ayant des troubles cognitifs modérés, voire sévères, pouvaient utiliser au moins un outil d’auto-

évaluation de la douleur ; la non-compréhension d’un outil ne sous-entend pas obligatoirement la non-compréhension de tous les autres. Même en présence de troubles des fonctions supérieures, il faut donc toujours donner la possibilité au malade d’exprimer sa douleur, en l’interrogeant de façon systématique.

Cependant, il arrive parfois qu’une personne âgée n’ait plus la capacité d’exprimer sa douleur (démence sévère, aphasie, troubles de la conscience...) ; c’est alors l’observation de son comportement et de ses attitudes qui va orienter les soignants. Il faut être alerté par toute modification dans le comportement habituel du malade [18]. S’il devient agité, alors qu’il est généralement calme, ou s’il se replie sur lui-même, alors qu’on le connaît plutôt sociable et actif, on peut suspecter l’existence d’une douleur. Dans ces circonstances, on peut utiliser les échelles d’hétéroévaluation de la douleur. Il n’en existe pas encore de validée pour la personne âgée, mais plusieurs équipes travaillent actuellement dans ce sens, souvent à partir de l’échelle DEGR (Douleur - Enfant - Gustave Roussy) créée pour le petit enfant [19]. On peut citer notamment l’échelle DOLOPLUS© [20, 21] (*encadré 2*) qui s’appuie sur l’étude des positions antalgiques, de la protection des zones douloureuses par le malade, de la mimique, et du retentissement psychomoteur et social de la douleur... L’utilisation de cette échelle nécessite un apprentissage et doit être cotée en équipe pluridisciplinaire (au minimum : un médecin et un soignant). A domicile, il



**Encadré 2**  
**Un exemple d'échelle d'hétéroévaluation de la douleur : l'échelle DOLOPLUS®**

Retentissement somatique		
<b>1.</b> Plaintes somatiques	• pas de plainte	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2
	• plaintes spontanées continues	3
2. Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0
	• le sujet évite certaines position de façon occasionnelle	1
	• position antalgique permanente et efficace	2
	• position antalgique permanente inefficace	3
3. Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2
	• protection au repos en l'absence de toute sollicitation	3
4. Mimique	• mimique habituelle	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de sollicitation	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3
5. Sommeil	• sommeil habituel	0
	• difficultés d'endormissement	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	<b>3</b>
Retentissement psychomoteur		
<b>6.</b> Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3
7. Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche...)	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	<b>3</b>
Retentissement psychomoteur		
<b>8.</b> Communication	• inchangée	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2
	• absence ou refus de toute communication	3
9. Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...)	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2
	• refus de toute vie sociale	3
10. Troubles du comportement	• comportement habituel	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	<b>3</b>
	Score	

faut essayer d'intégrer la famille et les autres intervenants. Pour les items inadaptés, il est conseillé de coter 0. Une réévaluation bi-quotidienne est nécessaire jusqu'à sédation des douleurs. Actuellement, il n'est pas défini de score minimum pour affirmer la douleur et, en cas de doute, il est conseillé de faire un test thérapeutique adapté.

Enfin, avant d'envisager toute thérapeutique, il est indispensable de connaître la cause de la douleur et de faire préciser, quand cela est possible, ses caractères qualitatifs. Cela permet de différencier les douleurs nociceptives (c'est la douleur « classique », mécanique ou inflammatoire, continue ou intermittente, réveillée par l'examen) des douleurs neurogènes (sensation de brûlures, de décharges électriques, paresthésies...) dont le traitement est différent.

Une fois le traitement entrepris, il est important d'évaluer le soulagement de la douleur, en utilisant toujours la même échelle pour le même malade et ce, au minimum, de façon quotidienne au début. Le but du traitement est d'obtenir un score le plus proche possible de zéro. Pour l'EVA, le score doit au moins être inférieur ou égal à 3 de manière permanente.

## LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

### Principes généraux

Quelques principes généraux vont conditionner les prescriptions :

- donner le bénéfice du doute au malade, c'est-à-dire toujours croire ce qu'il dit lorsqu'il se plaint et faire un test thérapeutique en cas de besoin ;
- se renseigner sur les traitements déjà prescrits et leur efficacité pour ne pas perdre de temps en prescrivant un produit de classe similaire ;
- privilégier toujours la voie orale lorsqu'elle est possible ;
- ne jamais prescrire d'antalgique « à la demande » en cas de douleurs chroniques. La persistance de la cause de la douleur implique logiquement une couverture continue par les antalgiques ;

– Réévaluer régulièrement l'efficacité du traitement antalgique afin d'adapter les posologies, si nécessaire.

Il est important de tenir compte des modifications du métabolisme des médicaments avec l'âge [22, 23] et du risque d'interactions médicamenteuses directement lié à la polymédication. Par exemple, la diminution de la masse maigre, au profit du tissu adipeux, est responsable d'un risque d'accumulation des substances liposolubles comme les benzodiazépines ou le fentanyl. L'altération de la fonction rénale peut avoir des conséquences sur l'élimination de certains antalgiques, surtout la morphine [24, 25]. Il est donc indispensable de l'évaluer avant toute prescription.

La créatinine sanguine étant un mauvais reflet de la fonction rénale du sujet âgé (car elle est également influencée par la masse musculaire qui diminue avec l'âge), c'est le calcul de la clairance de la créatinine à l'aide de la formule de Cockcroft et Gault qui doit être utilisé [26] :

$$\text{Clairance créatinine (ml/mn)} = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids en kg}}{0,81 \times \text{créatinine en } \mu\text{mol/l}}$$

*Chez l'homme* *(x 0,85 chez la femme)*

Si le vieillissement rénal est hétérogène dans la population générale, il est fréquent que la clairance de la créatinine de malades hospitalisés ou institutionnalisés de plus de 75 ans soit inférieure à 40 ml/mn. En 1996, Charmes et Merle [27] ont montré que la clairance de la créatinine moyenne d'une population de malades âgés hospitalisés (n = 539; âge moyen: 85 ans) était de 33 ± 14 ml/mn.

### Traitement des douleurs par excès de nociception : les paliers de l'OMS

Selon l'intensité et les caractéristiques de la douleur, on utilisera les produits appartenant aux 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> paliers de l'OMS et/ou des co-analgésiques [28]. L'échelle de l'OMS ne concerne que le traitement des douleurs par excès de nociception. Les douleurs par désafférentation ou neurogènes relèvent d'une autre approche thérapeutique.

Pour les douleurs de faible intensité, les médicaments du palier 1 sont indiqués (aspirine ou paracétamol). Mais, en gériatrie, le

paracétamol est utilisé de préférence car il a l'avantage de ne pas avoir de toxicité gastrique ou rénale, contrairement à l'aspirine ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en général. Néanmoins, les douleurs d'origine inflammatoire répondent mieux aux AINS. Il faut alors associer systématiquement un protecteur gastrique : misoprostol<sup>(1)</sup> ou omeprazole<sup>(2)</sup>. Il est recommandé de prescrire 500 mg de paracétamol (ou d'aspirine) toutes les 4 heures [29, 30]. La forme suppositoire du paracétamol est utile quand l'administration orale n'est pas possible.

Les douleurs d'intensité modérée requièrent les produits du palier 2, représentés par la codéine ou le dextropropoxyphène souvent associés au paracétamol. La posologie quotidienne sera répartie en 1 prise toutes les 4 heures. La constipation est un effet secondaire qu'il faut prévenir de façon systématique en utilisant des laxatifs osmotiques<sup>(3)(4)</sup> comme le lactulose<sup>(3)</sup> ou le macrogol<sup>(4)</sup>.

Le tramadol<sup>(5)</sup> est un antalgique d'action centrale plus récemment utilisé en France. Chez le sujet de plus de 75 ans, il est recommandé de débiter par de faibles posologies (1 gélule toutes les 12 heures) et d'augmenter très progressivement les doses. Il entraînerait moins de constipation que la morphine mais serait responsable de nausées dans 5 à 20 % des cas selon les études [31]. Dans notre expérience, il n'apporte pas d'avantage supplémentaire.

Les douleurs intenses font appel aux opiacés qui appartiennent au palier 3 de l'OMS. Il est important de préciser que c'est l'intensité de la douleur qui conditionne leur prescription et non la pathologie en cause. Les morphiniques ne sont pas réservés aux seules douleurs cancéreuses. En gériatrie, ils peuvent être utilisés par exemple à la phase aiguë d'un tassement vertébral hyperalgique afin d'éviter une immobilisation trop prolongée dont on connaît les risques.

Les techniques plus sophistiquées de contrôle de la douleur (par exemple : neurostimulation transcutanée ou TENS, blocs

<sup>(1)</sup> Cytotec.– *Monsanto France SA.*

<sup>(2)</sup> Mopral.– *Laboratoires Astra France.*

<sup>(3)</sup> Duphalac.– *Solvay Pharma.*

<sup>(4)</sup> Forlax.– *Laboratoires Beaufour.*

<sup>(5)</sup> Topalgic.– *Laboratoires Hœchst Houdé.*

nerveux, infiltration périurale...) sont à envisager dans les douleurs rebelles. Leurs indications relèvent d'une consultation ou d'un avis spécialisé dans un centre de prise en charge de la douleur.

## Traitements morphiniques

### Modalités de prescription

La dose utile de morphine est plus facilement et plus rapidement déterminée avec la solution de chlorhydrate de morphine administrée toutes les 4 heures (car sa durée d'action n'excède pas 4 heures), *per os* ou en sublingual (si la muqueuse buccale le permet) [32]. Aucune préparation magistrale n'est nécessaire. En raison de son amertume, il est juste recommandé de mélanger le contenu de l'ampoule avec du sucre.

Chez la personne âgée, il faut commencer le plus souvent par de faibles doses, de 2,5 à 5 mg par prise (1/4 à 1/2 ampoule à 10 mg), soit 15 à 30 mg par jour [30]. La posologie est augmentée progressivement jusqu'au contrôle de la douleur, en respectant un intervalle de 8 à 12 heures entre 2 majorations des doses (sauf douleurs intenses et aiguës).

Dans les insuffisances rénales sévères (clairance de la créatinine < 15 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises peut être augmenté à 6 ou 8 heures.

Quand la dose quotidienne nécessaire est établie et stable, une forme à libération prolongée peut être introduite, notamment chez les patients ambulatoires (car chez les malades hospitalisés, l'administration de la morphine toutes les 4 heures favorise la surveillance et l'acceptation). Il faut noter que, pour les malades ayant des difficultés à avaler ou porteurs d'une sonde naso-gastrique, les comprimés de Moscontin ne peuvent pas être écrasés, alors que les gélules de Skenan peuvent être ouvertes. Si ces formes à libération prolongée sont utilisées d'emblée, il est préférable de débiter par une dose de 10 mg toutes les 12 heures en complétant si besoin par des comprimés à base de codéine, puis d'adapter progressivement la posologie en fonction de l'efficacité.

Une forme de morphine à libération prolongée en monoprise quotidienne est disponible depuis peu ; il s'agit de Kapanol LP,

qui existe sous forme de gélules dosées à 20, 50 et 100 mg [33] qui peuvent être ouvertes. Cependant, devant le choix limité de posologies, cette forme semble plus adaptée aux douleurs stables dont on connaît déjà la dose de morphine efficace, surtout chez le sujet très âgé pour qui la progression posologique doit toujours se faire avec prudence.

Quand la voie orale n'est pas possible, la morphine peut être administrée par voie sous-cutanée discontinue ou continue, mais les doses doivent alors être diminuées de moitié par rapport à celles utilisées *per os* [32]. La forme intra-veineuse continue peut aussi être utilisée (pousse-seringue électrique ou pompe auto-contrôlée) en divisant la posologie orale quotidienne par 3. En pratique, la voie intra-veineuse est peu utilisée chez les sujets âgés hospitalisés, car ils ont souvent un mauvais état veineux ou parfois des troubles cognitifs, incompatibles avec une perfusion IV continue.

Parmi les opioïdes d'un niveau intermédiaire entre le palier 2 et le palier 3, il faut citer la buprénorphine<sup>(6)</sup> agoniste partiel qui s'utilise en sublingual (si l'état de la muqueuse buccale le permet) toutes les 8 heures. La buprénorphine ne doit jamais être associée à la morphine car leurs effets antalgiques propres s'annulent par antagonisme, et elle présente un effet plafond ce qui limite son indication dans les douleurs potentiellement évolutives. Dans notre expérience, cet opioïde n'apporte pas d'avantage supplémentaire.

Enfin, le fentanyl<sup>(7)</sup> est un opioïde délivré par voie transdermique (patch) destiné aux douleurs d'origine cancéreuse. Lors d'une première application, 24 heures en moyenne sont nécessaires pour obtenir l'effet antalgique maximum [34]. Pendant ce délai, il faut compléter la prescription par un morphinique d'action courte et rapide [35]. La durée d'action du fentanyl transdermique est de 72 heures. Chez la personne âgée, l'utilisation doit donc être très prudente. Les patches les plus faibles sont dosés à 25 µg/h ce qui équivaut à une posologie de morphine comprise entre 90 et 130 mg/j. Le recours au fentanyl en première intention pour un

malade âgé n'ayant jamais reçu d'opiacés expose donc au risque de surdosage. De plus, il faut savoir que la fièvre augmente la pénétration transcutanée du produit avec un risque de surdosage, si elle n'est pas contrôlée.

En France, la prescription d'opiacés nécessite l'utilisation d'ordonnances sécurisées. La prescription doit être rédigée en toutes lettres, même les chiffres indiquant la posologie. Les morphiniques retardés peuvent être prescrits pour une durée de 28 jours, les morphiniques simples administrés par voie orale ou le fentanyl transdermique pour 14 jours et les opiacés injectables pour 7 jours.

### Effets secondaires

Les effets secondaires de la morphine sont bien connus et peuvent être soulagés le plus souvent par des thérapeutiques simples [36] :

- La constipation doit être prévenue systématiquement dès l'introduction de la morphine, surtout chez la personne âgée souvent prédisposée. On utilise habituellement des laxatifs osmotiques comme le lactulose ou le macrogol à la dose de 1 à 3 sachets par jour.

- Les nausées et les vomissements, peu fréquents en pratique, disparaissent après quelques jours de traitement, mais peuvent être contrôlés si nécessaire par du metoclopramide, de la dompéridone voire de faibles doses d'halopéridol qui agit sur le centre encéphalique du vomissement (moins d'1 mg/jour pour débiter) [37]. Par ailleurs, le metoclopramide et l'halopéridol peuvent être utilisés par voie sous-cutanée [37, 38].

- La somnolence est fréquente en début de traitement. La diminution de la posologie ou l'arrêt des éventuels psychotropes associés (benzodiazépines, neuroleptiques) est souvent nécessaire et bien préférable à l'arrêt de la morphine. Toutefois, il ne faut pas non plus confondre sommeil récupérateur (chez un malade n'ayant pas dormi depuis plusieurs jours en raison des douleurs) et surdosage en morphine. Enfin, la fonction rénale devra être réévaluée si la somnolence persiste.

- La dépression respiratoire n'est pas à craindre avec le schéma thérapeutique progressif décrit précédemment. ●●●

<sup>(6)</sup> Temgésic.– Schering-Plough.

<sup>(7)</sup> Durogésic.– Janssen-Cilag SA.

- L'apparition d'une confusion mentale doit faire chercher un trouble ionique, un globe vésical, un fécalome ou une métastase cérébrale, avant d'incriminer la morphine.
- Une rétention d'urines peut survenir, favorisée par une constipation non contrôlée et la coprescription d'anticholinergiques.
- Il peut exister parfois un prurit qui sera soulagé par les antihistaminiques.
- Les hallucinations sont assez rares. Elles seront contrôlées par des neuroleptiques type halopéridol.

### Traitement des douleurs neurogènes

Le traitement des douleurs par désafférentation fait appel aux antidépresseurs et aux antiépileptiques et, éventuellement, aux techniques de neurostimulation. Il faut noter cependant que les antalgiques centraux peuvent avoir une efficacité partielle.

*Les antidépresseurs tricycliques* : Ils sont efficaces sur la composante continue de la douleur (brûlure, fourmillements). Mais leur utilisation est limitée en gériatrie par leurs effets secondaires (hypotension orthostatique,...) et leurs contre-indications (adénome prostatique, glaucome). La posologie initiale doit être faible (par exemple : amitriptyline<sup>(8)</sup> 10 mg/jour) et augmentée progressivement.

*La paroxétine*<sup>(9)</sup> peut également être utilisée dans cette indication [39, 40].

*Les anticonvulsivants* : La carbamazépine<sup>(10)</sup> ou surtout le clonazepam<sup>(11)</sup> et l'acide valproïque<sup>(12)</sup> sont efficaces sur la composante paroxystique de ces douleurs. Il faut commencer là encore par de faibles doses (par exemple : V gouttes de clonazepam le soir. En sachant que l'utilisation de gouttes chez le sujet âgé nécessite souvent la présence d'un tiers).

### Traitements adjuvants

Les co-analgésiques permettent une meilleure antalgie, par un effet propre et/ou par un effet synergique avec les antalgiques usuels, dont ils permettent de réduire les posologies.

– *Les corticoïdes* : ils sont efficaces sur les douleurs par infiltration et compression d'organe d'origine tumorale, mais aussi dans les métastases osseuses ou hépatiques. Le régime désodé n'est pas nécessaire en l'absence d'œdème et à la phase terminale de la maladie. Il faut surveiller l'apparition d'une candidose digestive qui peut gêner l'alimentation et garder en mémoire l'effet diabétogène et dysphorique de ces produits (éviter les prises vespérales).

*Les diphosphonates* (clodronate<sup>(13)</sup>, pamidronate<sup>(14)</sup>) : ils peuvent être utiles dans le traitement des douleurs osseuses métastatiques.

*Les antispasmodiques* (tiémonium<sup>(15)</sup>) : Selon l'origine de la douleur, ils peuvent compléter utilement les traitements antalgiques classiques, comme par exemple dans les tumeurs urologiques obstructives.

*Les myorelaxants* (diazepam<sup>(16)</sup>, baclofène<sup>(17)</sup>) : ils peuvent être utiles dans les douleurs de rétraction tendineuse. Le diazepam a l'avantage d'exister en gouttes pouvant être administrées par voie sublinguale.

- kinésithérapie, massage, relaxation,
- soutien psychologique,
- acupuncture,
- radiothérapie (très efficace en cas de métastases osseuses hyperalgiques)...

### CONCLUSION

La prise en charge de la douleur du sujet âgé est une nécessité de Santé Publique de plus en plus largement reconnue aujourd'hui. L'utilisation de la stratégie thérapeutique de l'OMS, bien prescrite et bien suivie, soulage efficacement 85 à 90% des malades. Le grand âge ne doit surtout pas empêcher l'utilisation de la morphine. Il nécessite simplement une adaptation de la posologie et une progression prudente des doses, en fonction notamment de la clairance de la créatinine évaluée par la formule de Cockcroft et Gault. Les recherches actuelles devraient permettre de disposer bientôt d'un outil validé d'hétéroévaluation de la douleur chez le sujet âgé. En attendant, pour tout patient, il faut se poser systématiquement la question de l'existence éventuelle d'une douleur et savoir pratiquer un test thérapeutique en cas de doute. □

(8) Laroxyl.– Produits Roche.

(9) Deroxat.– SmithKline Beecham.

(10) Tégretol.– Novartis Pharma SA.

(11) Rivotril.– Produits Roche.

(12) Dépakine.– Sanofi Winthrop.

(13) Clastoban.– Bellon, groupe Rhône-Poulenc Rorer.

(14) Arédia.– Novartis Pharma.

(15) Viscéralgine.– Riom Laboratoires – CERM.

(16) Valium.– Produits Roche.

(17) Liorésal.– Novartis Pharma.

### LES TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX SONT ÉGALEMENT UTILES

Ils devraient toujours être associés au traitement médicamenteux [41, 42] ; en voici quelques exemples :

### [Références]

1. Holstein J. Vieillesse de la population française. *Rev Prat - Médecine Générale* 1997 ; 11:25-8.
2. Merskey H, Bogduk N, eds. Classification of chronic pain, 2nd Ed. IASP Press, Seattle 1994: xi.
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANAES / Service des recommandations et références professionnelles, Paris février 1999.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Nature de la douleur cancéreuse. In: Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs. OMS, Genève 1990 ; 22-3.
5. World Health Organization. A new understanding chronic pain. In: Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health. Kaplan A, ed. WHO, Copenhagen 1992: 141-226.
6. Ferrell BA. Overview of aging and pain. In: Pain in the Elderly. Ferrell BR, Ferrell BA, eds. IASP Press, Seattle 1996:1-10.
7. Moss SM, Lawton MP, Glicksman A. The role of pain in the last year of life of older person. *J Gerontol Psychol Sci* 1991 ; 46:51-7.
8. Yancik R. Cancer burden in the aged. *Cancer* 1997 ; 80:1273-82.
9. Brattberg G, Parker GM, Thorslund M. The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain* 1996 ; 67:29-34.
10. AGS panel on chronic pain in older persons. The management of chronic pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 1998 ; 46:635-51.
11. Sengstaken E, King S. The problem of pain and its detection among geriatrics nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1993 ; 41:541-4.
12. Cartwright A. Dying when you're old. *Age Ageing* 1993 ; 22:425-30.

13. Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995 ; **123**:681-7.
14. Larue F. Situation du traitement de la douleur en France. *Rev Prat - Médecine Générale* 1997 ; **11**:11-16.
15. Harkins SW. Geriatric pain : pain perceptions in the old. *Clin Geriatr Med* 1996 ; **12**:435-59.
16. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity : a comparaison of six methods. *Pain* 1986 ; **27**:117-26.
17. Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995 ; **10**:591-8.
18. Parmelee PA. Pain in cognitively impaired older persons. *Clin Geriatr Med* 1996 ; **12**:473-87.
19. Gauvain-Piquard A, Rodary C. Evaluation de la douleur. In: La douleur chez l'enfant. Pichard-Leandri E, Gauvain-Piquard A, eds. MEDSI/Mc Graw-Hill, Paris 1989:38-59.
20. Wary B, Pandolfo J, Farnetti S. Ce vieillard a-t-il mal ? Douleur et antalgie. Douleur et antalgie.: Les annales de soins palliatifs. Collection Amaryllis, Montréal 1993 ; **2**:89-98.
21. Wary B et collectif DOLOPLUS... Plaidoyer pour l'évaluation de la douleur chez les sujets âgés. *Gérontologie et Société* 1997 ; **78**:89-98.
22. Bustany P, Moulin M. Maniement des médicaments chez le sujet âgé. *Rev Prat - Médecine Générale* 1992 ; **6**:19-24.
23. Trivalle C. Modifications pharmacocinétiques chez la personne âgée. *Général Gerontol* 1998 ; **42**:22-7.
24. Gonthier R. La morphine en gériatrie. *Rev Gériatrie* 1997 ; **22**:543-9.
25. Popp B, Portenoy RK. Management of chronic pain in the elderly : pharmacology of opioids and other analgesic drugs. In: Pain in the elderly. Ferrell BR, Ferrell BA, eds. IASP Press, Seattle 1996:21-34.
26. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron* 1976 ; **16**:31-41.
27. Charnes JP, Merle L. Les conséquences du vieillissement rénal en thérapeutique. *Rev Gériatrie* 1996 ; **21**:447-52.
28. World Health Organization. Cancer Pain Relief. WHO, Genève 1986.
29. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. Recommandations pour la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANDEM, Paris 1995.
30. Lefebvre-Chapiro S, Sebag-Lanoë R. Le traitement de la douleur chez les vieillards. *Concours Médical* 1996 ; **118**:81-4.
31. Cossmann M, Kohnen C, Langford R, Mc Cartney C. Tolerability profile of tramadol: findings from international studies and postmarketing surveillance data. *Drugs* 1997 ; **53**(suppl 2):50-62.
32. Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. Morphine in cancer pain: modes of administration. *BMJ* 1996 ; **312**:823-6.
33. Anonyme. Morphine à libération prolongée. Une prise par jour au lieu de deux. *Rev Prescrire* 1998 ; **18**:566-8.
34. Esteve M. Pharmacologie des morphiniques : voie orale et transdermique. *Med Ther* 1995 ; **1**:659-71.
35. Anonyme. Fentanyl en dispositif transdermique, une alternative à la morphine. *Rev Prescrire* 1998 ; **18**:331-4.
36. Anonyme. Soins palliatifs : Utiliser largement la morphine orale. *Rev Prescrire* 1997 ; **17**:594-8.
37. Marie d'Avigneau J, Tenailleau V. Les médicaments injectables par voie sous-cutanée chez les patients en fin de vie. *Rev Gériatrie* 1994 ; **19**:167-72.
38. Anonyme. Mieux soigner les malades en fin de vie. Deuxième partie. Il n'y a pas que la douleur. *Rev Prescrire* 1997 ; **17**:829-39.
39. Portenoy RK. Nontraditional analgesics in the management of cancer pain. In: Pain 1996 - an updated review. Campbell JN ed. IASP Press, Seattle 1996:559-66.
40. Sindrup SH, Gram LF, Brosen K, Eshoj O, Mogensen EF. The selective serotonin reuptake inhibitor paroxetine is effective in the treatment of diabetic neuropathy symptoms. *Pain* 1990 ; **42**:135-44.
41. AGS Clinical Practice Committee. Management of cancer pain in older patients. *J Am Geriatr Soc* 1997 ; **45**:1273-6.
42. Sebag-Lanoë R. Traitement de la douleur chez les personnes âgées. In: La douleur en pratique quotidienne. Serrie A, Thurel C, eds. Amette, Paris 1994:521-34.