

DOULEUR EN GERIATRIE

**Docteur FERRON Chantal
CHU Saint-Etienne
Hôpital Bellevue
Service Médecine Gériatrique**

**Module 6
11 mars 2005**

LE FACTEUR AGE

. **75 ans et plus**

. **A âge égal, les situations peuvent être extrêmement différentes** en fonction de «l'âge physiologique», des maladies et douleurs antérieures, de la pathologie responsable, des maladies associées, de l'autonomie, des fonctions visuelles et auditives, de l'état intellectuel et psychologique, des capacités cognitives, du mode de vie, de l'origine culturelle et ethnique, des croyances...

. **Polymorphisme des douleurs**

. **Intrication fréquente des différents types de douleur**, nociceptive, neuropathique, fonctionnelle, psychogène (douleurs mixtes).

. **Double dichotomie**

douleur somatique / psychique

douleur aiguë / chronique

. **Évolution de la douleur dans le temps** : persistance du symptôme douloureux

douleur **aiguë** : signal d'alarme

douleur-**maladie** : syndrome à part entière

douleur **globale** : entretenue et pérennisée par des facteurs psychiques, somatiques et environnementaux.

. **Ambiguïté des comportements**

la douleur pour exister

le comportement stoïque ou l'abandon

. **3 aspects souvent intriqués** : douleur aiguë, douleur chronique, douleur dans la fin de vie

➔ **L'AGE NE MODIFIE PAS LA PERCEPTION DE LA DOULEUR
MAIS LUI CONFÈRE UNE EXPRESSION DIFFÉRENTE**

➔ **DOULEUR ET SOUFFRANCE DU VIEILLISSEMENT :**
*interprétation subjective de l'entourage, de l'observateur, des soignants et
diagnostic objectif du médecin et des soignants.*

LA CLINIQUE

① La douleur engendre trois grandes catégories de comportement sans aucune verbalisation

. **Les signes émotionnels** : cris, émotions faciales, agitation, gémissements

. **Les réponses défensives du corps** : positions antalgiques au repos, protection des zones douloureuses, plaintes lors de l'examen clinique, bradykinésie lors des soins, de la toilette, de l'habillage ou des transferts

. **Disparition des mouvements d'affects** : désintérêts, anhédonie, inhibition psychomotrice voire atonie psychomotrice.

② L'expression de la douleur : atypique et trompeuse

. **La douleur absente** dans les pathologies habituellement douloureuses
(30 % des IDM)

. **Le syndrome anxieux**, symptôme d'appel de la souffrance morale

. **La douleur aiguë** noyée dans toute une série de plaintes chroniques

. **Les plaintes multiples**, imprécises, diffuses qui apparaissent
disproportionnées par rapport aux données somatiques

. **Retentissement fonctionnel** : anorexie, perte d'autonomie, confusion,
troubles du comportement, syndrome dépressif, limitation des activités
voire isolement social, mutisme...

③ Interrogatoire et verbalisation des symptômes

- . L'interrogatoire du patient et de son entourage reste l'élément déterminant dans l'analyse de la plainte douloureuse
- . Localisation - type - intensité - durée - facteurs déclenchants ou soulageants -
- . Retentissement sur la vie quotidienne
- . **MAIS** : un tiers des patients hospitalisés présentent des handicaps sensoriels (en particulier surdité), des troubles du langage ou un déficit cognitif gênant l'expression de leur douleur

④ Évaluation : EVA

EVS

DOLOPLUS

L'EVS reste la plus adaptée : 65 % des cas utilisables chez les patients de + de 85 ans avec MMS 12 ± 8

⑤ Examen clinique

- . Plus difficile que chez le patient plus jeune
- . Long et patient : temps essentiel de l'observation
- . Trompeur : exemple une défense remplace souvent la contracture abdominale de la péritonite

⑥ Démarche clinique

- . Affirmer la douleur ou rechercher la douleur
- . Existe-t-il ou non une lésion anatomique capable d'entraîner des douleurs ?
- . Quel impact de la douleur sur la vie du patient ?
- . Quelles sont les attentes précises du patient ?

- ⑦ Les trois aspects : douleur aiguë
douleur chronique
fin de vie

DOULEURS ABDOMINALES AIGUES

- . **La hantise est de manquer l'urgence chirurgicale car la sémiologie est frustrée et trop souvent faussement rassurante**
- . Ne pas hésiter à demander un ASP, un avis chirurgical et ne pas oublier l'ECG
- . L'AMG est difficile à définir chez le vieillard
- . La douleur brutale et intense est rare mais le plus souvent plainte peu précise voire seulement à la palpation abdominale
- . Vomissement
- . Cicatrice abdominale et éventration
- . TR
- . ECBU
- . Attention : « une pathologie peut en cacher une autre »

ABDOMEN AIGU DU VIEILLARD

. Les causes les plus fréquentes

lithiase biliaire compliquée

hernie étranglée

pathologie sigmoïdienne compliquée (diverticulite, cancer)

. Les grandes urgences chirurgicales

anévrisme aortique fissuré

hernie étranglée

occlusion du grêle

pyocholecyste

péritonite

. Les pièges diagnostiques

Thoraciques : IDM, pneumopathie, insuffisance cardiaque

Urologiques : pyélonéphrites aiguës, rétention aiguë d'urine

Digestifs : fécalome

DOULEURS ABDOMINALES CHRONIQUES

. Trois pathologies sont d'une très grande fréquence chez le sujet âgé :
le reflux gastro-oesophagien avec ou sans œsophagite avec ou sans
hernie hiatale
les pathologies gastro-duodénales (ulcère, gastrite)
la colopathie fonctionnelle

. Les signes accompagnateurs

- . Les prises médicamenteuses
- . Le caractère de la douleur
- . Recherche d'un globe : rétention chronique
- . L'état général

. La conduite à tenir est toujours difficile

Recherche de l'organicité ? (l'association douleurs abdominales et amaigrissement n'exclut pas la dépression masquée)

Recherche des pathologies rentables ? (pour le patient)

Les examens complémentaires ? diagnostic, thérapeutique, pronostic

LES DOULEURS THORACIQUES

- . Peu de spécificités gériatriques
- . La polypnée est un signe précoce de gravité
- . OAP sur IDM
 - embolie pulmonaire
 - épanchement pleural abondant
 - dissection aortique
- . Rôle de l'anémie : angor instable
- . Reflux gastro-oesophagien
 - PNP
 - fractures de côtes
 - tassement vertébral
 - zona
- . Bilan minimal simple : ECG - RP
 - grill costal
 - rachis dorsal face et profil

AUTRES LOCALISATIONS

- . Musculo-squelettiques : arthrose
ostéoporose
chondrocalcinose
périarthrite scapulo-humérale
ne pas oublier la fréquence des chutes chez les PA
- . Neurologiques : neuropathies périphériques
crampes
syndrome des jambes sans repos
séquelles AVC (rétractions tendineuses, algodystrophie)
algies post-zostériennes
- . Néoplasiques : métastases osseuses
compressions de voisinage
- . Ischémies tissulaires d'origine artérielle
- . Immobilisations prolongées : escarres
rétractions tendineuses
- . Buccodentaires : mycose buccale
douleurs prothétiques

DOULEURS ET FIN DE VIE

. Diagnostic difficile entre souffrance, douleur aiguë, douleur chronique et inconfort

. Rechercher toute cause intercurrente surajoutée

décubitus

fécalome

gène respiratoire (rôle de la salive)

rétenion urinaire

hallucinations (souvent iatrogènes)

soif

...

TRAITEMENT

- . **PEU DIFFERENT DU SUJET JEUNE** : antalgiques répondant aux 3 différents paliers de l'OMS
- . **POLYMEDICATION CHEZ LE SUJET AGE** : avant de prescrire un traitement antalgique, vérifier tous les traitements du patient (*il existe 52 spécialités contenant du Paracétamol seul ou associé, 30 spécialités contenant de la codéïne, 7 du dextropropoxyphène, 8 du tramadol et il apparaît sans cesse de nouveaux médicaments donc risque de prescrire la même molécule et donc risque de surdosage*)
- . Calcul de la clearance de la créatinine obligatoire : si < 10 ml/mn, augmenter l'intervalle entre les prises
- . Prescription systématique : éviter les « à la demande » ou « en cas de »
- . Voie d'administration qui doit être simple et adaptée, penser aux formes sous-cutanées, rectales, sublinguales...

. Marge de manœuvre entre antalgie efficace et effets indésirables des médicaments plus étroites chez la personne âgée

. **Palier 1 :** Paracétamol 3g/24 h

. **Palier 2 :** Dextropropoxifène (Propofan) Codéine et Tramadol (Topalgic)
nausées, constipation, insuffisance rénale, confusion, risque majoré de dépression respiratoire

. **Palier 3 :** Morphine - Fentanyl (Durogesic)
faible dose pour commencer (2,5 mg ou 5 mg toutes les 4 h)
Interdoses de 1/10 à 1/6 de la dose totale par 24 heures pour la même voie (en particulier pour douleurs lors des soins)
Règle d'équianalgésie (EAPC) = équivalence de 1/10 (conversion simplifiée)

Coprescription : laxatifs et diminution des psychotropes

. **Autres traitements :** antidépresseurs (exemple Deroxat hors AMM)

anticonvulsivants (Rivotril - Neurontin)

benzo à 1/2 vie courte à petites doses

Scopolamine

Crème EMLA

Corticoïdes