

# DOULEUR CHEZ LE SUJET AGE

Dr Michèle BECKER-SCHNEIDER  
CHU Besançon 6 MAI 2011

1

---

---

---

---

---

---

---

---

La douleur concerne **73% des PA > 75ans**  
**79%** > **85 ans**  
seulement 6% des PA ne se plaignent pas

⇒ nécessité d'une **prise en charge adaptée**

2

---

---

---

---

---

---

---

---

## 1- Définition

**La douleur** « est une expérience *sensorielle* et *émotionnelle* désagréable associée à une lésion tissulaire, potentielle ou décrite comme telle »

**Elle** exprime et réintègre les deux composantes essentielles d'un être humain : *son psychisme et son corps* .

3

---

---

---

---

---

---

---

---

## Pas de ↓ du seuil douloureux avec l'âge

- **↓ de l'expression des D. fortes** : IDM,  $\Sigma$  abdo. aiguë
- **↑ des patho. douloureuses chroniques** : arthrose, ostéoporose, artérite ...
- **Particularités de l'expression D.** : normalité, habitude, « liée à l'âge », banalisée ... « freinée » par handicap sensoriel, aphasie, confusion, démence .
- **Particularités du retentissement de la D. qui se chronicise** : ralentissement idéatoire et intellectuel.  
↓ activités psychomotrices et sociales  
Tr. du comportement : prostration confusion, régression, agitation ...

4

---

---

---

---

---

---

---

---

## ETIOLOGIES

- **Ostéo-articulaire** : **50 à 80%**  
arthrose, ostéoporose, traumatisme, méta.
- **Neurologique** : **10 à 25%**  
séquelles d'hémiplégie, compressions néoplasiques, neuropathies ...
- **Artérielle** : **6 à 20%**  
ischémie subaiguë, ulcère, gangrène ...
- **Viscérale** : **4 à 20%**  
angineuses, pleuro-pulmonaires, I. urinaires

5

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2- Le SA ne souffre pas comme un plus jeune

**Le vécu douloureux** est ≠ chez SA

- **certaines douleurs dites « signal d'alarme »** peuvent disparaître, comme les D. des grands  $\Sigma$  abdominaux aigus (péritonite, occlusion) ou cardiaque  
→ **IDM** = D. absente ou atypique dans plus 50% des cas  
→ d'**autres** évoluent à bas bruits
  - caries dentaires
  - ulcères
  - cystite

6

---

---

---

---

---

---

---

---

- A l'inverse, **certaines D.**, en rapport avec des pathologies liées à l'âge, **↑ en fréquence**
  - *patho. Ostéo-articulaires* (arthrose, ostéoporose, fract. vertébrales ou du col fémorale, PR)
  - *vasculaires* ( artériopathies, maladie de HORTON)
  - *escarres*
  - *zostériennes et post zostériennes* ( **25 à 40%** des cas de zona après 70 ans)
  - *chutes* +++++

---

---

---

---

---

---

---

---

- **L'état douloureux** peut s'exprimer par
  - Une confusion
  - Un état d'agitation
  - Ou un phénomène de régression
- L'association **douleur chronique et dépression** est fréquente, avec auto-entraînement et création d'un cercle vicieux ⇒ **15% à 25%** PA institutionnalisées présentent cette association .

---

---

---

---

---

---

---

---

**3- Les conséquences de la douleur**

peuvent être graves chez SA }  
 - Tr du sommeil } peuvent survenir  
 - dépression } rapidement  
 - anorexie avec dénutrition }

La perte d'autonomie → immobilisation avec ses conséquences cardio-vasculaires, digestives, pulmonaires, cutanées... et douloureuses

La perte d'intérêt pour la vie peut → Σ de glissement

---

---

---

---

---

---

---

---

⇒ Le **retentissement sur l'entourage** ne doit pas être négligé: famille(angoisse, souffrance, agressivité, voire demande d'euthanasie)  
ou soignants (sentiments de culpabilité, d'épuisement, de conflits.....)

10

---

---

---

---

---

---

---

---

## Sémiologie de la Douleur

- Description de la D., ex. clinique = **étapes essentielles irremplaçables** pour le diag. et le ttt approprié
- **D.aiguë** = < 3 mois, est 1 symptôme, 1 signal d'alarme
- **D.chronique** = >3-6 mois est 1 syndrome, impact sur comportement et qualité de vie
  - ° D. liées à patho.évolutive (K)
  - ° D. non malignes (lésion post-trauma, patho rachidienne)

11

---

---

---

---

---

---

---

---

### • **Interrogatoire** du patient douloureux :

Quel que soit le site de la D., l'interrogatoire doit préciser au moins **7 caractéristiques**

- Profil évolutif - ancienneté de D.
  - mode de début, circonstances
  - mode évolutif, horaire
- Topographie (siège de D. maximale, irradiations)
- Type (brûlure, décharge électrique)
- Intensité
- Facteurs de soulagement et d'aggravation
- Manifestations associées
- Impact sur la qualité de vie

12

---

---

---

---

---

---

---

---

• Douleur projetée

- D. mb sup → cardiaque
- D. épaule → hépato-vésiculaire ou péricardique
- Dorsalgie → ulcère gastrique
- D. abdominale haute → thoracique
- D. testiculaire → colique néphrétique ou appendicite
- D. genou → hanche

13

---

---

---

---

---

---

---

---

**Savoir reconnaître la D.**

- La perception douloureuse **ne s'atténue pas avec l'âge...**
- Son expression peut se modifier
- Pas de parallélisme anatomo-clinique entre lésion et douleur

14

---

---

---

---

---

---

---

---

**Détecter les urgences organiques**

- Pas de parallélisme entre l'intensité douloureuse et le degré d'urgence ⇒ VIGILANCE...
  - **U. mécaniques** : RAU , fécalome
  - **U. chirurgicales** : *par ordre décroissant*
    - anévrisme abdo. fissuré
    - hernie ou éventration étranglée
    - occlusion du grêle par strangulation
    - pyocholécyste
    - péritonite
    - perforation d'organe creux

15

---

---

---

---

---

---

---

---

° **U. infectieuses** : si D. lombaire ou hypochondre droit( colique néphrétique et hépatique sont rares)  
⇒ on doit évoquer 1 U. inf. : *pyélonéphrite aiguë, cholécystite, angiocholite, appendicite, sigmoïdite* .

*La pneumopathie* → D. abdo. ou thoracique

° **U. cardiovasculaires:**

- Céphalées ou algies faciales → m. de Horton

- D. thoraciques → frustes dans IDM

- D. abdo. : IDM peut simuler gastro-entérite

D. hypochondre D → foie cardiaque

- Ischémie aiguë devant toute D. aiguë d'1 mbre

---

---

---

---

---

---

---

---

° **U. Ostéoarticulaires :**

**Arthrose** oui mais ...

- *D. et fracture ostéoporotique* : D. isolée, fract. spontanée , de contrainte par insuffisance osseuse (bassin , mb.inf.)

- *Tassement vertébral* dorsal bas ou lombaire haut peut → iléus fonctionnel avec météorisme et D. abdo.

- *Fract. du col fémoral ou br. Pubienne* → D. inguinale isolée ou 1 boiterie indolore

17

---

---

---

---

---

---

---

---

**Des diagnostics « gériatriques à ne pas manquer »**

• *Chondrocalcinose*

• *Maladie de Paget* : svt. asymptomatique  
pb.diagnostic avec méta.os.du K de prostate

• *Ostéonécrose*: si D. hanche ou genou ne faisant pas sa preuve

• *Ostéomalacie* : si D. pelvienne ou fessière , +/- irradiation cuisse avec faiblesse musculaire

• *Algodystrophie*: D. sur 1 segment de mbre (main, pied, genou, épaule)

18

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Maladie de Parkinson* : Y penser si D.musculaires à prédominance rhizomélique ou mb. inf.
- *Rhumatisme inflammatoire* : PPR, PR
- *Arthrose* :  
Pas de parallélisme entre l'intensité des D. et l'intensité des lésions radio

19

---

---

---

---

---

---

---

---

## Douleurs neurogènes

- *Zona*
- *Neuropathie diabétique* :D. dans 30% des cas  
  
Polynévrite = neuropathie sensitive distale + hyperalgie à marche ,hypoTA  
Mononévrite : névralgies thoraco-abdo ou cruralgies +/- amyotrophie et déficit proximal invalidant
- *Radiculalgies et tronculalgies compressives* :  
Cruralgie , sciatique, radiculalgie discovertébrale, canal carpien
- *Séquelles d'AVC*

20

---

---

---

---

---

---

---

---

## 4-Douleur aiguë du SA – Prise en charge

→repose sur la détermination du type de douleur

- *D. par excès de nociception*

correspondant à une lésion d'origine périphérique (stimulus inflammatoire,ischémique,mécanique,par atteinte viscérale,osseuse,des parties molles,des Vx)

Ex: D. mécanique de l'**arthrose**  
inflammatoire de **PR**

**escarre**

**ischémie aiguë des membres**

21

---

---

---

---

---

---

---

---

• **D. neurogènes** ou par désafférentation :  
 en rapport avec 1 lésion partielle ou totale des voies  
 sensibles afférentes :

→ lésion périphérique

- amputation
- arrachement ou section d'un nerf
- neuropathie diabétique
- éthylisme
- zona

22

---

---

---

---

---

---

---

---

→ lésion centrale  
 touchant la moelle ou les structures thalamiques  
 D. : trajet nerveux ou médullaire + signes sensitifs  
 objectifs , hypoesthésie, hyperpathie(*perception  
 douloureuse anormale par son intensité et caractère  
 angoissant*), allodynie(*douleur ressentie à la suite  
 d'une stimulation non nociceptive*)

• **D. psychogènes**  
 pas de support objectif , diagnostique d'élimination

23

---

---

---

---

---

---

---

---

**Démarche d'évaluation**

• **Observation globale du patient**

- Que sent le patient ?( sensorielle)
- Que ressent -il?( affective et cognitive)
- Quel est le retentissement sur le comportement ?  
 (comportementale)

Signes , attitudes témoignent de la présence de D.

• **Démarche nécessaire:**

- **Écouter** (et entendre), **observer, croire,**  
**décoder,apprécier.**
- **Être disponible +++**

24

---

---

---

---

---

---

---

---

## Méthodes et outils

- **Auto-évaluation**  
uni ou multidimensionnelle
- **Hétéro-évaluation**
  - Évaluation du malade douloureux par **un tiers**
  - Quand les mots font défaut ...

25

---

---

---

---

---

---

---

---

## Auto-évaluation

- **Unidimensionnelle :**
  - Échelle visuelle analogique : **EVA**
  - Échelle numérique : **EN**
  - Échelle verbale simple : **EVS**
  - Échelle de visages

= Évaluation **quantitative** ( composante sensorielle)  
= Évaluation **interindividuelle**

26

---

---

---

---

---

---

---

---

## Auto-évaluation

- **Multidimensionnelle:**
  - Questionnaire de Saint Antoine : **QDSA**  
(analyse les composantes sensorielle et émotionnelle de la D.)
  - Échelle du retentissement émotionnel : **HAD**

= Évaluation **quantitative et qualitative** ( sensorielle et émotionnelle)

27

---

---

---

---

---

---

---

---

### Auto-évaluation parfois inadaptée chez SA.

- **EVA:** compréhension de l'analogie difficile, il faut des capacités d'abstraction: rapport réglette/ curseur/douleur?
- **EN:** relation note/douleur?
- **EVS:** tr. Mémoire
- SA. évalue les conséquences de la D.(gène, handicap) + que l'intensité
- **70% ne peuvent pas s'évaluer** ( tr. Cognitifs, tr. Psycho-comportementaux, tr. Sensoriels) <sup>28</sup>

---

---

---

---

---

---

---

---

### Manifestations observées:(non verbal)

- **Le visage :** expression , mimique, faciès(regard)  
D. → froncement sourcils, sillon naso-labial ↑, grimace ou visage figé avec regard fixe ou vide (comportement émotionnel)
- **Le corps :** réaction d'adaptation défensive du corps à D. puis d'évitement ( position antalgique, protection zones douloureuses, évitement de contact...)

29

---

---

---

---

---

---

---

---

### • Le comportement :

Retentissement de la D. dans vie quotidienne et sociale → agressivité  
agitation  
confusion  
indifférence  
régression

30

---

---

---

---

---

---

---

---

## Hétéro-évaluation

- **Échelle ECPA** = échelle comportementale pour patient non communicant
  - Évaluation *avant les soins* : expression visage , position spontanée au repos, mouvements, sur la relation à autrui
  - Évaluation *pendant les soins* : anxiété, réactions, plaintes...
- **Échelle DOLOPLUS -2** évalue les retentissements somatique, psycho-social et psycho-comportemental

31

---

---

---

---

---

---

---

---

## TTT de la douleur aiguë

⇒ Ttt préventif

Repose sur la conservation de l'autonomie → kiné, nursing

- Prise en charge précoce
- Bannir les prescriptions à la demande génératrices d'angoisse ... et peu efficaces...

32

---

---

---

---

---

---

---

---

⇒ Maniement des antalgiques

*- se situer au bon niveau d'antalgique*

selon OMS : stratégie progressive à **3 paliers**, valable pour les D. par excès de nociception, est applicable chez SA

**utilisation d'emblée des antalgiques majeurs si D. très vive >7 sur EVA**

*- choisir 1 voie d'administration simple*

la voie orale svt. la + indiquée

la voie IV pour D. intenses

33

---

---

---

---

---

---

---

---



Entre les paliers 2 et 3:

- **Tramadol** : antalgique central opioïde
- **Ixprim** : Tramadol + paracétamol

Le chlorhydrate de tramadol → **grand pourvoyeur de confusion...**

37

---

---

---

---

---

---

---

---

→ **Antalgiques de palier 3**

Spécialités	Contenu	Doses	Durée	Délai d'action
Actiskénan	Sulfate de morphine	5 à 30 mg	4h	30-45min
Sévrédol	Sulfate de morphine	10 à 20 mg	4h	30-45min
Morphine	Chlorhydrate de morphine	10 à 20 mg	4h	30-45min
Moscontin	Sulfate de morphine	10 à 200 mg	12h	2- 3 h
Skénan	Sulfate de morphine	10 à 200 mg	12 h	2-3 <sub>h</sub>

---

---

---

---

---

---

---

---

Opioides	Rapport des doses	Equivalent de dose de morphine
Morphine orale	1	1
Morphine SC.	2	5mgSC= 10 mg PO
Morphine IV.	3	3mg IV= 10mg PO
Hydromorphone	7,5	4mg = 30mg PO
Fentanyl	100	25g/h=60mgPO/24 h

39

---

---

---

---

---

---

---

---

- **Hydromorphone** = Sophidone LP ( 4-8-16-24mg)  
que dans les douleurs d'origine cancéreuse , en cas d'intolérance ou de résistance à la Morphine , rotation des opioïdes  
1mg de Sophidone = 7,5mg Morphine  
→ règle de prescription = 14j

40

---

---

---

---

---

---

---

---

→ **Prévention des effets secondaires des Morphiniques :**

- **constipation** : systématique chez SA
  - ⇒ Transipeg +ou – Normacol si sub occlusion
  - ⇒ massage abdominal
- **nausées et vomissements** : 30%
  - ⇒ Motilium

41

---

---

---

---

---

---

---

---

- **Confusion** : rechercher 1 trouble métabolique des interactions médicamenteuses 1 surdosage
- **Hallucinations**
- **Rétention d'urine** : 15 à 20 %
- **Accoutumance et dépendance** exceptionnelle par voie orale

42

---

---

---

---

---

---

---

---

→ **Autres antalgiques utilisables chez SA**

Acupan = analgésique non morphinique  
si CI morphinique ex : I respiratoire  
IM ou IV lente 10 à 20 mg/ 6h  
⇒ effets indésirables = sueurs, somnolence,  
nausées, vomissements, malaises et réactions  
atropiniques

**CI = adénome prostate et glaucome**

43

---

---

---

---

---

---

---

---

→ **Utilisation de médicaments coanalgésiques**

Très utile dans la douleur chronique

- Douleur de métastases osseuses :

Aspirine, Morphine

- Lombo-radiculalgies, céphalées par HIC,

compression nerveuse : corticoïdes

Cortancyl (Prédnisone) 15 à 30 mg

Solumédrol 80 à 240 mg

- Les métastases osseuses, les lésions lytiques du Myélome :

Clastoban 4 gel/j (biphosphonate)

44

---

---

---

---

---

---

---

---

- Douleurs neurogènes :

Laroxyl 20 à 75mg (antidépresseur  
tricyclique)

ou IRS Deroxat, Zoloft...

- Douleurs paroxystiques :

Rivotril (10 gouttes = 1mg), Neurontin

Lyrica. **Pas de Tégrétol car confusion, agitation,  
sommolence**

- Manifestations psychologiques associées :

Xanax, Séresta

45

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les infiltrations et les techniques algologiques

*Pour les douleurs rebelles*

→ **arthrose lombaire** : ttt médical + corset + rééducation + infiltration des articulaires postérieurs ( sous scopie)

- discarthrose et canal lombaire étroit = infiltration péri-durale

→ **arthrose des membres** :

- gonarthrose et coxarthrose ++++ chez SA , handicap majeur ⇒ infiltration

Autres moyens : utilisation d'une canne, perte de poids, rééducation

46

---

---

---

---

---

---

---

---

→ **Névralgie du trijumeau**

Thermo coagulation ou compression percutanée du ganglion de Gasser ⇒ 75 à 85 % de bons résultats durables

→ **Autres névralgies**

*névralgies intercostales, hémicrâniées* dans le territoire du nerf occipital d' Arnold

**Toute douleur chronique** décrite en terme de brûlure paresthésie, localisée dans le territoire d' 1 nerf sensitif peut ↓ par **infiltration péri tronculaire ou radiculaire d' 1 corticoïde retard**

47

---

---

---

---

---

---

---

---

→ **Zona**

Fréquence des douleurs post-zostériennes chroniques ↑ avec l'âge > 70 ans

⇒ après cicatrisation de l'éruption , et dans les 6 mois → **injection péri-durale métamérique** de 40mg d' Hydrocortancyl → 70% de bons résultats , le plus souvent définitif .....

Y penser!!!

48

---

---

---

---

---

---

---

---

→ **Algodystrophie**

= Douleur persistante après traumatisme  
asymétrie de la température cutanée et/ou de la  
sudation, des douleurs svt nocturnes

TTT : • **Calcitonine + Antalgiques**

Effets secondaires : nausées, bouffées de chaleur

- **Blocs sympathiques IV** : parfois mal tolérés chez SA car garrot artériel
- **Rééducation ++++ à la phase froide**

49

---

---

---

---

---

---

---

---

→ **Artériopathie, douleurs post-amputation**

TTT = • **sympatholyse lombaire percutanée** (injection  
de Phénol dans la gouttière pré-vertébrale)

- **électrostimulation transcutanée = +++**
- moignon d'amputation ne tolérant plus la prothèse = **injection péridurale** de Corticoïdes et Clonidine ⇒ reprise de la marche

50

---

---

---

---

---

---

---

---

→ **Cancer**

• **Alcoolisation cœliaque** percutanée  
(pancréas, estomac, voies biliaires)

• **Alcoolisation du plexus hypogastrique**  
k. pelviens

• **Alcoolisation de métastases hépatiques ou osseuses**

• **Vertébroplastie percutanée** au ciment sur  
méta. unique avec risque de tassement et de  
compression

• **Site diffuseur intra rachidien**

51

---

---

---

---

---

---

---

---

→ **Prise en charge psychologique**

La douleur du SA peut préfigurer la mort et être perçue comme inutile, dans le cadre d'un avenir *non investissable*, **mais** ce n'est pas parce qu'une douleur a une cause organique éventuellement mortelle qu'elle n'est pas modifiable .

**La douleur est un affect, et le psychisme peut en modifier l'intensité.**

52

---

---

---

---

---

---

---

---

**CONCLUSION (1)**

- **Croire le Patient** et l'assurer de notre compréhension
- Penser qu'un SA peut être douloureux, même s'il ne l'exprime pas ..... ou peu .....
- **Évaluer** la douleur chronique et ses retentissements fonctionnels et psychologiques
  - **Faire** un diagnostic précis
  - **TTT** la douleur sans attendre : le soulagement permet de démasquer certains symptômes et facilite l'examen .

53

---

---

---

---

---

---

---

---

**CONCLUSION (2)**

- **Associer TTT médicamenteux et non médicamenteux** ,importance des coanalgésiques , de la masso-kinésithérapie sédative et de la ré autonomisation
- Pour le TTT médicamenteux ⇒ voie orale chaque fois que possible , horaires fixes , paliers selon OMS
- **Prévenir et TTT l'anxiété**, voire la dépression associée...

54

---

---

---

---

---

---

---

---

### CONCLUSION (3)

- **Réévaluer et réajuster** le TTT avec le souci de **préserver l'autonomie, la qualité de vie et le maintien du SA au domicile**

- **Favoriser la prise en charge relationnelle** ,  
l'abord pluridisciplinaire et le travail en équipe .

55

---

---

---

---

---

---

---

---