

LES DOULEURS CHEZ LA PERSONNE AGÉE EN PRATIQUE GERIATRIQUE QUOTIDIENNE M LAMLOUM

De tout ce que l'on fait pour les personnes âgées, bien peu de choses paraissent avoir pour objectif direct d'assurer leur mieux-être.

I / INTRODUCTION-DEFINITION

Sensation et émotion désagréables associées à des lésions tissulaires présentes ou potentielles ou présentées en de tels termes

Elle représente un signe essentiel dans le diagnostic d'une maladie aiguë et dans la prise en charge d'une maladie chronique.

Lorsque la douleur persiste, elle se modifie et se complexifie pour passer d'un symptôme initialement d'alarme à une véritable maladie douloureuse- la douleur chronique- au-delà de 3 mois d'évolution.

Du fait du vieillissement de la population, la prise en charge de la douleur devient un défi de santé publique, les perspectives démographiques montrent une augmentation considérable des grands et très grands vieillards (> 85 ans). Ceci nous oblige à mieux connaître les effets du vieillissement sur la douleur.

D'ici l'an 2050, le nombre de personnes de 65 à 85 ans dans le monde passera de 400 millions à 1,3 milliards d'après l'organisation des nations unies. Les 85 ans et plus, quant à eux seront alors 175 millions, soit sept fois plus nombreux qu'aujourd'hui.

En Tunisie la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus était de 6,3% en 2001 ; elle sera en 2029 à 12,2%.

La maladie et la douleur ont été de tous temps associées au vieillissement. La sagesse populaire contenue dans ces quelques proverbes le prouve suffisamment :

« La vieillesse rend tout le monde malade »

« La vieillesse est un hôpital où toutes les maladies sont rassemblées »

« Plus on est vieux, plus on est souffrant »

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge, notamment chez les patients porteurs d'une polypathologie avec perte de l'autonomie.

Les occasions de souffrir sont effectivement nombreuses aux âges élevés. Un certain nombre d'affections douloureuses sont spécifiquement gériatriques (zona, artérite temporale, pseudo-polyarthrite rhizomélique, chondrocalcinose et artérite des membres inférieurs).

Les cancers au cours desquels la douleur représente un symptôme majeur, voient leur incidence augmenter avec l'âge. Les maladies ostéo-articulaires et notamment l'arthrose provoquent des douleurs. Enfin, les

situations de fin de vie sont pratiquement toujours génératrices de douleur.

Pourtant, la douleur chez les personnes âgées n'occupe pas la place qu'il faut. Quelque soit son caractère, elle est souvent sous ou mal diagnostiquée. Trop souvent enfin elle n'est pas traitée ou alors insuffisamment traitée. Les causes de cette méconnaissance graves sont multiples : le sujet âgé lui-même (démence, peur, douleur noyée, troubles sensoriels, expression atypiques, confusion, troubles du comportement...) et le personnel soignant.

Chez le sujet âgé, la chronicité de la douleur affecte de façon négative le comportement, le bien être et les performances cognitives : elle s'accompagne alors d'anxiété, d'insomnie, de perte de l'autonomie et d'une altération de la qualité de vie souvent associées à un sentiment d'abandon et/ou d'insécurité.

La douleur exprimée par les patients n'est alors plus uniquement en rapport avec la lésion initiale déclenchante. Elle est entretenue par des facteurs somatiques, psychiques et environnementaux : c'est la douleur globale.

II /PHYSIOPATHOLOGIE

La douleur de la personne âgée, reste complexe, et encore insuffisamment explorée. Le système nociceptif, vieillit mais la réalité clinique d'une « presbyalgésie », n'est encore qu'une formule peu argumentée. L'absence d'expression, voire de comportement vis-à-vis de la douleur ne signifie pas forcément perte sensitive, analgésique ou analgothymie (Indifférence émotionnelle vis-à-vis d'une stimulation nocive) mais peut relever d'un problème de langage ou de comportement, cas fréquent chez les patients âgés.

-Existe-t-il une modification avec l'âge des données sensorielles concernant la transmission nociceptive : seuil de perception, tolérance à la douleur, conduction des voies nociceptives analysée par électrophysiologie ?

-Le système de contrôle neurochimique et neurophysiologique de la douleur subissent-ils des modifications ?

-Ces données sont-elles concordantes avec les expériences cliniques ?

-Enfin quel est le rôle des lésions corticales sur l'intégration douloureuse, en particulier celui des pathologies dégénératives ?

La douleur, de la nociception à la sensation douloureuse, est un phénomène complexe mettant en jeu des mécanismes électrophysiologiques et neurochimiques ou trois étapes vont se succéder :

La nociception avec l'élaboration de l'influx et sa transmission dans la fibre nerveuse périphérique

Le relais au niveau de la corne dorsale

L'intégration au niveau du cerveau

A chaque étape, il existe des mécanismes d'amplification de l'influx, mais également de frein physiologique. L'effet de l'âge sur ces différentes étapes est complexe et mal connu.

Modifications du système nociceptif périphérique liées à l'âge

Les anomalies structurales liées au vieillissement concernent peu le système nociceptif à la différence du système somesthésique.

La myéline vieillit davantage que l'axone, et les fibres A β , alpha et Δ seront affectées plus que les fibres amyéliniques C : l'âge touche préférentiellement plus les fibres myéliniques A Δ responsables de la douleur localisée, de la discrimination topographique et l'évaluation fine de la douleur.

Il existe des anomalies des grosses fibres.

Le tact superficiel est modifié dans les régions supérieures du corps. La perception des vibrations baisse de façon linéaire avec l'âge après 60 ans.

Mais les différences entre sujets jeunes et sujets âgés concernant les seuils et la tolérance sont minimales.

Le seuil douloureux plus élevé chez le sujet âgé, par atteinte des fibres A Δ et amyéliniques C, pourrait expliquer la réaction plus tardive aux stimuli douloureux et la difficulté qu'a une personne âgée de décrire une douleur aiguë tant dans sa topographie que dans ses caractéristiques.

Mais, les problèmes rencontrés lors de l'expérimentation chez le sujet âgé peuvent être liés à l'incapacité du sujet âgé de discriminer les différentes modalités des stimuli douloureux par altération de la mémoire épisodique.

Les personnes âgées courent-elles le risque de masquer une affection aiguë par présentation atypique ?

Par exemple infarctus du myocarde silencieux plus fréquent chez le sujet âgé.

Mais ceci n'est pas vrai pour l'angor d'effort et la névralgie faciale, mais pas pour la migraine moins fréquente chez le sujet âgé.

Le contrôle neurochimique de la douleur de la corne postérieure

La complexité chimique et l'intrication des contrôles et de la modulation sont telles qu'actuellement on ne peut définir une atteinte spécifique d'un système donné, d'autant plus qu'aucun système neurochimique n'est accessible aux dosages en clinique.

Du fait d'une baisse des neuromédiateurs (noradrénaline, sérotonine), les systèmes de contrôle de la douleur sont moins efficaces.

Douleur et vieillissement cognitif

Difficulté de communication de la douleur aiguë ou chronique chez le sujet dément ou aphasique, source de sous traitement.

L'atteinte à la fois de la mémoire sémantique et épisodique chez le dément et au cours du simple vieillissement cognitif gêne la verbalisation de la douleur chez le sujet âgé.

Le thérapeute doit être particulièrement attentif à une douleur qui ne s'exprime que par la mimique, le retrait, les signes de défense.

Les zones corticales impliquées dans la douleur (insula, lobe frontal et temporal interne) sont celles qui sont les plus touchées lors du

vieillesse pathologique.

Elles sont aussi indispensables pour l'intégration de la douleur et la réponse adaptée. Les modifications du comportement douloureux des sujets âgés dépendent des modifications de ces aires associatives.

III/ SPECIFICITES CLINIQUES DE LA DOULEUR CHEZ LE SUJET AGE

1/EPIDEMIOLOGIE

Le taux de prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge. Elle est en lien avec la grande fréquence des maladies chroniques chez le sujet âgé.

25 à 30% des sujets âgés souffrent de douleurs quotidiennement et la plupart ne consultent pas ou ne suivent pas de traitement pour ces symptômes.

La fréquence est plus élevée chez les femmes âgées, et elles décrivent en moyenne un nombre plus grand de sites douloureux que les hommes.

50 % des patients à domicile

25 à 30 % pour les 70-80 ans

40 % pour les 80 ans et surtout les femmes

45 à 70 % des patients en institution

40 % des douleurs non détectées par le médecin traitant.

La prise en charge s'est certes améliorée elle reste encore insatisfaisante

Elle justifie une connaissance plus approfondie des mécanismes physiopathologiques.

Etude Paquid sur les sujets âgés de plus de 65 ans, 71,5% ont rapporté avoir eu une douleur quelque part, au cours de l'année écoulée. La prévalence des douleurs chroniques est proche de 30%.

En Tunisie

2/PARTICULARITES SEMIOLOGIQUES

Les plaintes douloureuses du sujet âgé sont fréquentes, discontinues, multipolaires, disproportionnées après un traumatisme minime, imprécises, fluctuantes, erratiques et non explicite pour des raisons culturelles et par pauvreté de langage.

Les sujets âgés utilisent souvent des synonymes pour la douleur : malaise, lourdeur, étirement et sentiment d'abandon.

La douleur est parfois utilisée par les personnes âgées pour justifier un confinement au domicile, une clinophilie ou une dépendance par rapport aux tiers.

-DOULEUR AIGUE

30 % des patients âgés arrivant aux urgences ont des symptômes douloureux aigus (syndromes abdominaux et traumatologie)

Certaines douleurs aiguës tendent à diminuer ou passent souvent inaperçues avec l'âge (douleurs de l'IDM...)

Des pathologies habituellement hyperalgiques et aiguës chez le sujet

jeune peuvent se révéler sur un mode chronique et pauci symptomatique chez le sujet âgé (IDM, les crises appendiculaires, les sinusites, les caries dentaires ou certaines plaies distales

-DOULEUR CHRONIQUE

Augmente avec l'âge et s'associe à

- L'augmentation de la morbidité déshydratation et dénutrition
- Une réduction de l'activité motrice et de l'autonomie fonctionnelle avec économie des gestes pour ne pas accentuer la douleur, ce qui peut entraîner des complications du décubitus.
- À la baisse de qualité de la vie avec installation de dépression, source de cercle vicieux majorant l'intensité de la douleur provoquant un état d'épuisement et un désir de mort et même vers une conduite suicidaire par syndrome de glissement.
- Une confusion mentale qui peut résulter d'un état de panique anxieuse.
- Certaines affections chroniques comme l'angor, l'ulcère de l'estomac, l'oesophagite ou la cholécystite, se manifestent souvent à bas bruit avec des sémiologies à type de gênes abdominothoraciques mal définis, d'états lipothymiques avec sueurs ou de mal-être digestif avec anorexie et adipsie
- Toutes les gênes (ou inconforts ou symptômes non douloureux) ne sont pas des douleurs : l'asthénie, la soif, fièvre, la dyspnée, la toux, le prurit, les nausées, les vomissements, la dysphagie, le hoquet, l'agitation, l'insomnie, la confusion, l'hypertension intracrânienne (HTIC), l'anxiété, la dépression, sont sources de souffrance, même si elles ne répondent pas stricto sensu à la définition de la douleur.
- Inversement, une douleur peut augmenter des nausées et une insomnie.
- L'angoisse et la douleur peuvent augmenter une dyspnée

-OBSTACLES A L'EXPRESSION DE LA DOULEUR

- 6 % des personnes âgées ne se plaignent de rien
- Difficilement avouable, considérée comme une composante anormale de la maladie par les soignants et par le patient lui-même : " C'est normal, c'est l'âge..."
- Vocabulaire inadapté aux générations précédentes et aux différences socio- culturelles
 - troubles du langage
 - handicap sensoriel
 - état confusionnel
 - pathologie neuropsychiatrique
 - mutisme

LOCALISATIONS

1/Douleurs ostéo-articulaires

La plus fréquente, la première cause, plus de 50%. Elles sont un facteur de morbidité et de perte de l'autonomie chez le sujet âgé. Dénommées communément douleurs arthrosiques et considérées comme banales, quelles peuvent cacher un grand nombre de pathologie graves.

Les douleurs mécaniques peuvent se réveiller la nuit s'exacerber lors des mouvements et nécessite un dérouillage matinale et s'accompagner d'une amélioration à la mobilisation douce chez le sujet âgé.

Les douleurs inflammatoires sont moins franches, et les signes inflammatoires ne sont pas toujours visibles.

-Douleurs de l'arthrose

Dans l'étude Paquid les arthralgies des membres étaient présentes chez 45% des patients et du rachis chez 30%.

En Tunisie 70% des patients interrogées souffrent d'arthralgies les en souffrent significativement plus que les hommes. Quatre personne âgées sur dix déclarent prendre des antalgiques pour des arthralgies.

Elles gênent la marche et la mobilisation. L'handicap qui en résulte est important. Elles sont souvent méprisées et intégrées dans la vie des sujets âgés. Mais vieillir, ce n'est pas souffrir d'arthrose.

Elles siègent habituellement au niveau des membres inférieurs

Coxarthrose plus fréquente en Europe

Gonarthrose plus fréquente en Tunisie 25%, les femmes plus que les hommes.

Mais peuvent également toucher les membres supérieurs, notamment le pouce (rhizarthrose), les interphalangiennes distales qui sont fugaces gênant les gestes de la vie quotidienne, ou l'épaule qui sont intenses et permanentes gênant le sommeil et les activités et rentrant dans le cadre d'une atteintes dégénératives de la coiffe des rotateurs.

-Douleurs d'origine inflammatoire : les causes les plus fréquentes sont les rhumatismes microcristallins, très douloureux avec des accès aigus

La chondrocalcinose plus fréquente que la goutte chez le sujet âgé. Elle peut se révéler par des arthrites aiguës, subaiguës ou une polyarthrite chronique

Le rhumatisme à apatite est caractérisé par des dépôts extra- et intra-articulaire d'hydroxyapatite. Il se manifeste par des poussées aiguës de tendinite et des poussées d'arthrite

Les rhumatismes inflammatoires : la maladie de Horton et la pseudo-polyarthrite rhizomélique. La polyarthrite rhumatoïde est moins destructrice chez le sujet âgé, s'accompagne d'œdème dans le cadre du classique RS3PE

Les syndromes articulaires paranéoplasique qui peuvent révéler

un

cancer : les fasciites plantaires, l'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumonique de Pierre Marie
Les connectivites.

-Douleurs osseuses : elles sont fréquentes

Les douleurs des fractures ostéoporotiques sont souvent sous-estimées car il persiste des douleurs chroniques après la douleur aigue post fracture ou tassement, très handicapantes pouvant perdurer des années

La maladie de Paget

Les fissures de fatigue chez les sujets très âgés ou sous corticoïdes.

Les lésions secondaires doivent toujours être évoqué de principe.

L'algodystrophie chez le sujet peut faire suite à un traumatisme même minime, mais les facteurs iatrogènes et métaboliques doivent être recherché de principe.

L'ostéonécrose de hanche ou de genou

-Douleurs intriquées

Les douleurs du zona peuvent mimer des douleurs rachidiennes ou des douleurs de tassement vertébral

Des douleurs des membres inférieurs avec oedèmes peuvent être d'origine vasculaire neurologique ou osseuse. 56% des patients souffrent des douleurs la nuit.

La fibromyalgie semble exceptionnelle chez le sujet âgé mais des facteurs comme, la dépression, les deuils, l'isolement, le handicap, la

solitude, la perte de l'autonomie et les difficultés financières

nous incite à la reconnaître plus facilement et d'identifier plus de cas chez le sujet âgé

-Pièges de la douleur ostéo-articulaires chez le sujet âgé

Les démences

Les changements de comportement chez les sujets âgés avec troubles de la communication

Les douleurs projetées et/ou masquées : IDM, problèmes digestifs, sigmoïdites, ulcérés, etc. révéler par des douleurs rachidiennes, pelviennes ou de la hanche.

2/Douleurs neurologiques

Elles sont fréquentes et sous estimées, généralement chroniques, très invalidantes, de sémiologie particulière et de mécanisme complexe et de ce fait difficiles à traiter.

Les mécanismes physiopathologiques des douleurs neuropathiques sont à la fois périphériques et centraux.

Sémiologiquement, elles n'ont pas d'horaire mécanique ou

inflammatoire et sont le plus souvent associés à des dysesthésies (fourmillements, brûlures, troubles de la sensibilité). Elles peuvent être soit continues (brûlure, broiement) soit paroxystiques (en décharges électriques) plus ou moins déclanchées par un stimulus modéré (toucher, froid)

Malgré des caractéristiques sémiologiques particulières, les douleurs neurogènes sont difficiles à reconnaître, évaluer et localiser chez les sujets âgés lorsqu'ils ont des difficultés cognitives ou linguistiques. C'est sur le comportement et le retentissement psychosocial que l'intensité de la douleur et sa topographie sera évaluée. Les comportements d'évitement, de retrait, les positions antalgiques, les mimiques au moindre attouchement de la zone douloureuse lors des soins ou des gestes de la vie quotidienne, l'agitation, ou la prostration sont des éléments importants d'orientation. Le retentissement somatique (anorexie, troubles du sommeil), et psychologique (confusion, dépression) et la perte de l'autonomie sont des indicateurs de l'intensité.

Les étiologies sont :

Le diabète, les polynévrites toxiques carencielles ou iatrogène, les paranéoplasiques, les douleurs des membres fantômes, etc.

...

Les séquelles d'accidents vasculaires cérébraux surtout thalamique (hémorragique, réalisant le syndrome de Dejerine Roussy, ou ischémie lacunaire) ou bulbaire de suite d'un syndrome de Wallenberg.

Les douleurs au cours de la maladie de Parkinson évoluée dans 50% des cas ou secondaires aux conséquences rhumatologiques de l'affection (anomalies posturales, algodystrophie de l'épaule, déformations des membres, immobilisation)

3/Cancérologie

Le notion de douleur est intimement liée au cancer et la peur de souffrir s'installe avant la même la peur de mourir. Tout ceci est encore plus vrai chez le sujet âgé, mais pas toujours puisque ces phénomènes douloureux peuvent être rapportés à d'autres pathologies plus fréquentes à cet âge.

Le cancer de la prostate et les cancers gynécologiques avec ou sans métastases sont les plus douloureux chez le sujet âgé.

La douleur physique ne doit en aucun cas nous faire oublier la douleur morale.

Les douleurs iatrogènes qu'elle soit secondaire à des explorations diagnostiques ou à des gestes thérapeutiques (radiothérapie ou chimiothérapie).

La douleur est souvent la manifestation initiale de la maladie cancéreuse. Cela pose un problème chez le sujet âgé. En effet, ces phénomènes douloureux vont souvent être rapportés à des pathologies associées, en particulier des phénomènes dégénératifs. Les personnes âgées sous

expriment souvent leur douleurs de crainte qu'il s'agit d'un problème de cancer. Ceci explique une partie des retards diagnostiques. Cela amène souvent à sous traiter les douleurs.

La qualité de vie de ces patients est compromise du fait de l'absence de reconnaissances du symptôme, et donc de l'insuffisance des mesures proposées. Cela peut aboutir à une altération de l'état général du fait de douleurs chroniques méconnues

Les principales pathologies douloureuses :

Le cancer de la prostate : soit des phénomènes locaux, ou le plus souvent des métastases osseuse en particulier ostéocondensantes. Certaines molécules de chimiothérapie ont une efficacité démontrée sur l'amélioration des symptômes et en particulier les douleurs (mitoxantrone).

Les cancers gynécologiques et surtout le cancer du sein d'une part par extension locale de la maladie, ou par métastase. Il y a un retard diagnostique avec des localisations cutanées.

4/Les soins douloureux

Les soins techniques et les soins d'hygiène de vie.

5/Escarres et douleurs

Elle nécessite des soins quotidiens tant locaux que généraux qui peuvent être source de douleurs. La douleur doit être recherché systématiquement et traité.

6/La iatrogénie

Apporte son lot de douleurs : pansements de plaies traumatiques ou de pression, irritations médicamenteuses en particulier viscérales : gastralgies surtout

Les conséquences de ces douleurs, surtout quand elles sont durables, sont importantes : l'anxiété, la dépression, la régression, l'isolement social, les troubles du sommeil et de l'appétit, les troubles de la marche et les chutes, la perte d'autonomie, le recours plus important et plus coûteux aux services de soins.

Les douleurs de fin de vie

La fin de vie peut être marquée par l'apparition de douleurs. Ces douleurs de fin de vie vont toucher toutes les dimensions (somatique, affective, sociale, spirituelle et physique)

Les douleurs physiques avec plusieurs composantes tel que

Les œdèmes qui nécessitent des soins particuliers en dehors des antalgiques,

Les douleurs de mobilisation par le biais de rétraction musculaire et tendineuse

La cavité buccale est souvent le siège de douleur en fin de vie

Les autres composantes de la douleur totale tel que l'angoisse, la dépression.

EVALUATION

L'évaluation initiale du malade douloureux demande du temps. Elle est basée sur un entretien permettant de connaître les antécédents du patient et d'analyser la plainte, sur un examen clinique et sur des outils d'évaluation.

La verbalisation et la description de la douleur

L'interrogatoire du patient et de son entourage précise le mode de début, la localisation, le profil évolutif, les facteurs déclenchants ou soulageants, les antécédents, la comorbidité et le vécu de la douleur. Lorsque la compréhension du sujet âgé est satisfaisante, on utilise un schéma du corps pour localiser les zones douloureuses. De même, la douleur peut être qualifiée par un questionnaire pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs et apprécier le retentissement affectif

AUTO-EVALUATION

Pour des patients ayant des capacités visuelles et cognitives intactes l'auto-évaluation reste préférentielle

· EVALUATION QUANTITATIVE : intensité de la douleur :

Echelle Visuelle Analogique (EVA) écrite ou réglette ou Echelle numérique

Echelle Verbale Simple (ESV, dont l'échelle numérique est celle proposée par les soignants en Gériatrie)

HETERO-EVALUATION

Une seule échelle comportementale validée : Doloplus 2

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur portant sur 3 axes

- le retentissement somatique

- le retentissement psychomoteur au cours des actes de la vie quotidienne

- le retentissement psycho-social

Utilisée essentiellement chez les patients ayant des troubles du comportement, de la compréhension et de la communication

EN PRATIQUE

La prise en charge de la douleur chez le sujet âgé

La douleur chez le sujet âgé nécessite une approche globale qui tient compte de son retentissement fonctionnel, psychologique et social.

Principes généraux

La prise en soins combine l'utilisation de médicaments antalgiques de méthodes non pharmacologiques (positionnement du patient, relaxation...), et de thérapeutiques locales (analgésie locale, physiothérapie, neurostimulation)

Il ne faut pas utiliser de placebo, il faut personnaliser la prescription. Il faut informer le patient qu'il est plus facile de traiter une douleur modérée précocement qu'une douleur sévère et négligée. La prescription doit être régulière et non au coup par coup, à un niveau suffisant, pour empêcher la

douleur de s'intensifier.

L'objectif prioritaire du traitement est de supprimer les douleurs de repos et d'obtenir un sommeil de bonne qualité.

Il faut choisir un antalgique adapté au mécanisme de la douleur, et préférer la voie orale chaque fois que cela est possible.

Il est indispensable de respecter des horaires de prises fixés qui soient cohérents avec la durée d'action de l'antalgique.

Il est nécessaire de traiter, parallèlement à la douleur l'anxiété, l'angoisse et la dépression réactionnelle.

Les médicaments antalgiques et leur utilisation chez le sujet âgé

Comme toujours on fera référence aux trois paliers de l'OMS

PALIER I : Douleurs faibles à très modérées

- En gériatrie le paracétamol est privilégié (500 mg toutes les 4 heures ou 1 g toutes les 8 heures). Les AINS sont réservés aux douleurs de type inflammatoire avec une coprescription d'un protecteur gastrique type inhibiteur de la pompe à protons. Dans ce cas la fonction rénale et la tension doivent être surveillés (++ si patient sous diurétique ou IEC).
- Le propacétamol injectable es un bon antalgique durant la période postopératoire.

PALIER II : Douleurs modérées à intenses

- codéine et paracétamol-codéine. Plusieurs associations sont commercialisées et la dose utile est plutôt répartie en des prises toutes les 4 heures. La constipation sera systématiquement prévenue par une coprescription. Les nausées, vomissements, somnolences et confusion sont assez rares. A noter que 100 mg de codéine correspondent à 10 mg de morphine.
- Le dextropropoxyphène généralement associé au paracétamol. Les EI sont les mêmes que ceux de la codéine. Cependant il peut entraîner des hypoglycémies graves chez les sujets âgés. La répartition posologique se fera toutes les 4 à 6 heures.
- le tramadol(topalgic) . Les formes LP sont privilégiées. Sauf insuffisance rénale, la posologie initiale est de 100 mg/j puis la posologie adaptée au résultat obtenu avec une dose maximale de 400 mg/J. Les EI sont les mêmes (mais moins fréquents) que ceux de la codéine.
 - Buprémorphine(temgésic) et le néofopam(acupan)

PALIER III : douleurs intenses à très intenses

- Les produits du palier III ne sont pas réservés qu'aux douleurs de fin de vie. C'est l'intensité de la douleur qui justifie leur utilisation.

- La morphine à libération immédiate. Pour rechercher la dose efficace, la morphine à action immédiate est recommandée. On peut utiliser la solution de chlorhydrate de morphine en ampoules (1 ml = 10 mg de morphine) associée à un sucre ou un jus de fruit, l'Actiskénan (gél 5, 10, 20 et 30 mg), Sévrédol (cp sécables 10, 20 mg). La posologie initiale recommandée est de 2,5 à 5 mg toutes les 4 heures avec un intervalle minimal de 8 heures entre deux majorations de doses (+ 25 à 50 %). Pour éviter une prise nocturne, il est licite de doubler une dose de début de nuit. La prise suivante se fera alors 8 heures plus tard.
- La morphine à libération prolongée. Elle représente la forme la plus commode (Moscontin, Skénan LP). Chez le patient âgé, la dose initiale sera généralement de 10 mg toutes les 12 heures. Si une morphine à libération immédiate a été utilisée pour rechercher la dose nécessaire, on répartit la même dose en 2 prises espacées de 12 heures.
- La première prise associera les formes retard et rapide .
- Morphine par voie sous-cutanée. Lorsque la voie orale n'est pas possible, on peut utiliser la voie SC toutes les 4 heures ou en continu (voire à la demande +++) à la seringue électrique. Le passage de la voie orale à la voie SC nécessite de diviser la dose par deux.
- Le fentanyl transdermique. Le Durogésic (opiacé agoniste de la morphine) se présente en patchs dosés à 25, 50, 75 et 100 µg). Son délai d'action est de 12 à 16 heures et sa durée d'action est de 72 heures. Si nécessaire, le patient peut bénéficier d'un morphinique d'action immédiate en interdose ou en début de traitement.
- Le chlorhydrate d'hydromorphone. Le Sophidone LP est une alternative à la morphine en cas d'intolérance ou de résistance. Elle est efficace 12 heures et 4 mg de Sophidone sont équivalent à 30 mg de morphine ce qui sous entend que seul des patients recevant 60 mg de morphine peuvent bénéficier d'un relais par ce produit.
- Le citrate de fentanyl. L'Actiq s'utilise par voie orale. Il est indiqué pour le traitement des accès aigus douloureux chez des patients déjà traités par la morphine ou autre opioïdes de niveau 3. Son délai d'action est de 5 à 15 minutes et une durée d'action courte (2 heures).
- Le chlorhydrate d'oxycodone. L'Oxycontin LP est un agoniste opioïde dont l'indication est limitée aux douleurs chroniques d'origine cancéreuse. les prises d'Oxcontin LP sont espacées de 12 heures. 10 mg correspondent à 15 mg de morphine.

LES-CO-ANTALGIQUES

Leur utilisation associée aux antalgiques est parfois majeure.

- Le traitement des troubles digestifs : nausées, constipation +++
- Les corticoïdes. Ils sont très efficaces pour certaines douleurs osseuses inflammatoire, infiltrations tumorales ou métastatiques (hépatiques, carcinose péritonéale,..).
- Les antispasmodiques
- Les myorelaxants
- Les anxiolytiques et antidépresseurs
- Le froid, le chaud.
- Les massages, la physiothérapie
- Les techniques de relaxation...

LES DOULEURS NEUROGENES ou PAR DESAFFERENTATION LES MEDICAMENTS

- Les antidépresseurs. Les tricycliques sont les plus efficaces sur les douleurs continues.
LAROXYL (amitriptylline) 10 à 150 mg/j par paliers de quelques jours.
ANAFRANIL (clomipramine) 10 à 150 mg/J par paliers de quelques jours
PERTOFRAN (désipramine) 10 à 100 mg/J par paliers de quelques jours
TOFRANIL (imipramine) 10 à 150 mg/J par paliers de quelques jours

Chez la personne âgée, leur utilisation peut être limitée par les effets secondaires (Hypotension, bouche sèche, somnolence,..) et les contre-indications (Glaucome, adénome de la prostate). Les doses initiales seront toujours faibles et le plein effet antalgique demande 10 à 15 jours.

- Les anti-épileptiques: Pour les douleurs paroxystiques, chez la personne âgée, le RIVOTRIL est souvent utilisé en prise vespérale (5 à 20 gouttes)
En cas d'échec, la DEPAKINE (acide valproïque) à la dose de 20 mg/kg/J est préférée au TEGRETOL (Carbamazépine) et au DIHYDAN(hydantoïne)
Le NEURONTIN (gabapentine) est intéressant dans le traitement des douleurs post zostériennes (100 mg à 900 mg/j en augmentant très progressivement)
- Les anti-dystoniques : Chez le sujet âgé, la lévodopa (SINEMET, MODOPAR) est plus facile à utiliser que l'ARTANE (trihexyphénidyle).
- Le Bacofène (LYOSERAL), myorelaxant d'action centrale peut également rendre service.
- Ces médicaments sont essentiellement utilisés pour les phénomènes dystoniques d'origine centrale (AVC, lésions médullaires).

- Les traitements locaux. Aux anesthésiques locaux (Gel ou patch ELMA), on pourra rattacher la mésothérapie
- La neurostimulation : transcutanée à faible intensité et haute fréquence (TENS)