La douleur du sujet âgé

Prise en charge

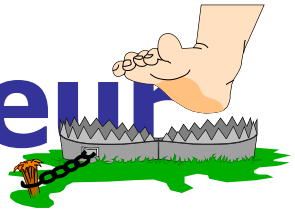
DU SP
2014

Dr Catherine Gires
23 rue des Bateliers
CHRU Lille
59037 Lille cedex

Spécificités de la douleur chez la personne âgée

- **Fréquente** (80%, fin de vie, ostéoarticulaire)
- **Grave si négligée** (Csq physique, psychique, familles, soignants, institution…)
- **Evaluation difficile** (troubles communication, cognitif, intensité?, étiologie?, test thérapeutique)
- **Traitement prudent** (fragilité, personnalisé, par palier, dose réduite, tous traitements, horaire, prescription anticipée, soins récurrents)
- **Surveillance** rapprochée et régulière
- **Souffrance morale = Pertes multiples**

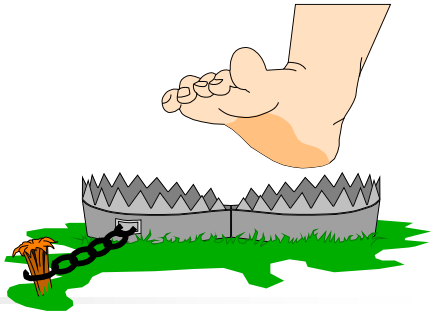
Mécanismes de la douleur



- **NOCICEPTION** : Stimulation périphérique des récepteurs. Le traitement interrompt la transmission du message douloureux.
- **DESAFFERENTATION** : Lésion d 'une voie neurologique (Nerf, plexus, racine, moelle, cerveau). Le traitement doit agir sur cette composante
  - **Superficielle : picotement brûlure** **ADT**
  - **profonde : décharges** **Anticonvulsivants**
- **PSYCHOGENE** : Il n 'y a pas de lésion objective et pourtant il existe une sensation douloureuse (diagnostic d 'élimination)

- **MIXTE**: fréquente chez le sujet âgé

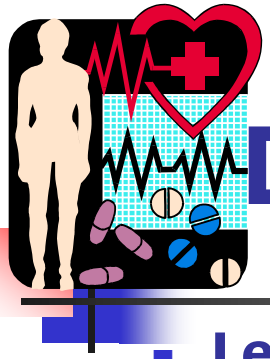
Types de douleurs



- AIGUË
  - signal d ’alarme
  - Traitement à la demande
  - Récurrente lors d ’un soin
- CHONIQUE
  - Durée prolongée
  - Plus de trois à six mois
  - Composantes physiques, psychoaffective, sociale, spirituelle
  - Traitement au long cours
  - Préventif
- **Aiguë récurrente +++**
  - **Fréquente SA**

AGE ET DOULEUR

- **Presbyalgosie ou hyperalgosie ?**
- **Nombreuses idées reçues .**
- **Expression très variée et trompeuse :**
  - agitation, confusion, dépression, repli, mutisme...
- **Les effets de la douleur sur la PA bien connus et à évaluer : retentissement fonctionnel et psychologique**
  - anorexie, dénutrition, troubles du sommeil, dépression, perte d'autonomie, complications liées au décubitus, démission, isolement social, perte d'intérêt pour la vie .
- **Les conséquences de la douleur sur l'entourage**
  - angoisse, souffrance, agressivité, épuisement et demande d'euthanasie.



LES CAUSES DES DOULEURS CHRONIQUES .

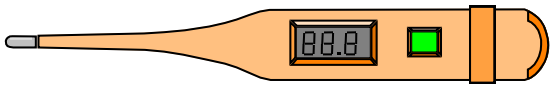
- **Les maladies physiques**
  - (fréq augmentée avec l'âge)
- **Les pathologies de l' appareil locomoteur** : l'arthrose
- **Les pathologies cancéreuses**
  - (fréq augmentée avec l'âge).
- **Les pathologie vasculaires et neurologiques**
- **Nombreuses causes inhabituelles**
  - examens complémentaires, inadaptation de la prise en charge, surmédicalisation, manque de personnel...
- **Association fréquente à de nombreux facteurs d'aggravation**.
- **Les douleurs liées à la fin de vie +++**

Multiples!!!

Toujours chercher la cause !!

Spécificités Personne âgée

- **La douleur est fréquente chez la personne âgée**
- **Trop souvent sous-estimée**
  - Absence de plainte
  - Incapacité en raison de trouble de la communication (démence, troubles sensoriels, AVC,grabataire, fin de vie…)
- **Recherche systématique de ce symptôme par autoévaluation et quand l'auto-évaluation est impossible par l'observation +++ ou hétéroévaluation**



OUTILS et LIMITES

- AUTO-EVALUATION
  - EVA
  - EN
  - EVS
    - Limites: troubles de communication, compréhension, sensoriels
- HETERO-EVALUATION
  - DOLOPLUS 2
  - ECPA
  - Algoplus
    - **Limites: diagnostic de présomption de douleur sur le comportement**
    - **Test thérapeutique utile**

EVS

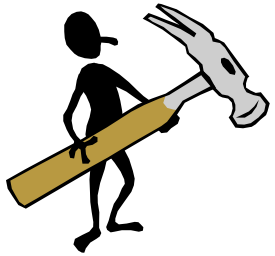
Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?		
0	pas de douleur	☐
1	faible	☐
2	modérée	☐
3	intense	☐
4	extrêmement intense	☐

Tableau 1: Echelle Verbale Simplifiée en 5 points appréciant l'intensité de la douleur.

Recherche systématique de ce symptôme par l'observation

- Deux outils recommandés par L'HAS en douleur chronique
  - **DOLOPLUS**
  - **ECPA**
  - **ALGOPLUS (DOULEUR AIGUE)**

INTERETS DES OUTILS



- Identifier les patients douloureux
- Améliorer la relation soignant/ malade
- Faciliter les prises de décisions thérapeutiques antalgiques ou autres
- Suivre la réponse aux thérapeutiques
- Utiliser des critères communs dans l'équipe favorisant la transmission des informations.

Quand les utiliser?

- Dès l'entrée à l' hôpital ou en structure
- Mais surtout lors de la réalisation de soins potentiellement douloureux : toilette, nursing, soins de plaies
- Lors de la surveillance d'un traitement antalgique

DOLOPLUS 2

- Initiative du collectif Doloplus (Dr Wary)
- Recherche dès 1992 reconnue en 1999 par L'ANAES
- Objectifs:
  - évaluation de la douleur par son retentissement somatique, psychomoteur et psychosocial
  - Explore la douleur chronique
  - Une échelle pour la douleur aiguë en cours
- Nombreuses publications
- Grille à 10 items en trois sous groupe
- Cotation à 4 degrés

Retentissement somatique

1. **Plaintes somatiques**

. Pas de plainte	0
. Plaintes uniquement à la sollicitation	1
. Plaintes spontanées occasionnelles	2
. Plaintes spontanées continues	3

Retentissement somatique

2. Positions antalgiques au repos

. Pas de position antalgique	0
. Le sujet évite certaine position de façon occasionnelle	1
. Position antalgique permanente et efficace	2
. Position antalgique permanente inefficace	3

Retentissement somatique

3. Protection des zones douloureuses

. Pas de protection	0
. Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou du soin	1
. Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2
. Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3

Retentissement somatique

4. Mimique

. Mimique habituelle	0
. Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1
. Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2
. Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3

Retentissement somatique

5. Sommeil

. Sommeil habituel	0
. Difficultés d'endormissement	1
. Réveils fréquents (agitation motrice)	2
. Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3

Retentissement Psychomoteur

6. 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 impossible le malade exprimant son opposition à toute tentative	3

Retentissement Psychomoteur

7. Mouvement

. 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	3

Retentissement Psychosocial

8. 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

Retentissement Psychosocial

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

Retentissement Psychosocial

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)	3

Technique (1)

- Nécessite un apprentissage
- Coter en équipe pluridisciplinaire de préférence
- Ne rien coter en cas d'item inadapté
- Les comportements passifs ont autant de valeur que les comportements actifs
- Pas de cotation d'un item isolé c'est le score global qui compte
- Ne pas comparer les scores de patients différents
- Pas de douleur si score inférieur à 5

Technique (2)

- Etablir la cinétique des scores sur la feuille de température sous traitement
- Ne pas hésiter à faire un test thérapeutique
- L'échelle cote la douleur et non la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives
- Ne pas recourir à l'échelle systématiquement si la personne est communicante et coopérante +++

ECPA

- Initiative de l'équipe du Dr ALIX du CHU de Caen
- Recherche dès 1993 reconnue en 1999 par L'ANAES
- Objectifs:
  - évaluation de la douleur lors des soins (toilette, pansement, nursing) moments les plus douloureux dans la journée de ces patients surtout en institution
  - Valoriser la compétence des soignants les plus proches des sujets douloureux.
- Nombreuses publications

Les items ECPA

- **Avant les soins**
  - Observation du visage: regard et mimique
  - Position spontanée au repos
  - Mouvements ou mobilité du patient (hors et/ou dans le lit)
  - Relation à autrui

(certains items se réfèrent aux jours précédents)

Echelle ECPA

Nom : ..... Prénom : ..... Service : ..... Date :	SCORE TOTAL (sur 32) :

I OBSERVATION AVANT LES SOINS

1° Expression du visage : REGARD et MIMIQUE

0 : Visage détendu
1 : Visage soucieux
2 : Le sujet grimace de temps en temps
3 : Regard effrayé et/ou visage crispé
4 : Expression complètement figée

2° POSITION SPONTANEE au repos
(recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)

0 : Aucune position antalgique
1 : Le sujet évite une position
2 : Le sujet choisit une position antalgique
3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique
4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur

3° MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient
(hors et/ou dans le lit)

0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*
1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements
2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*
3 : Immobilité contrairement à son habitude*
4 : Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude*

4° RELATION A AUTRUI
Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ...

0 : Même type de contact que d'habitude*
1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude*
2 : Evite la relation contrairement à l'habitude*
3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude*
4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*

* : se référer aux jours précédents
** : ou prostration
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

Les items ECPA

- Observation pendant les soins
  - Anticipation anxieuse aux soins
  - Réactions pendant la mobilisation
  - Réactions pendant les soins des zones douloureuses
  - Plaintes exprimées pendant le soin

II OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5° Anticipation ANXIEUSE aux soins

0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété
1 : Angoisse du regard, impression de peur
2 : Sujet agité
3 : Sujet agressif
4 : Cris, soupirs, gémissements

6° Réactions pendant la MOBILISATION

0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière
1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins
2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins
3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins
4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins

7° Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

0 : Aucune réaction pendant les soins
1 : Réaction pendant les soins, sans plus
2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses
3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses
4 : L'approche des zones est impossible

8° PLAINTES exprimées PENDANT les soins

0 : Le sujet ne se plaint pas
1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui
2 : Le sujet se plaint en présence du soignant
3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne
4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne

TECHNIQUE (1)

- Respecter le déroulement : grille de 8 items observés à 4 degrés
  - Les 4 premiers évaluent le comportement en dehors des soins
  - Les 4 suivants pendant les soins
- Un seul soignant en quelque minute mais souvent réalisé par le binôme qui a fait les soins
- Evaluation systématique lors de l'observation d'un comportement inhabituel ou lors de soins potentiellement douloureux (toilette en fin de vie) car impossible de la faire pour tous les patients non communicants d'un service

TECHNIQUE (2)

- Tous les items sont nécessaires et en cas d'hésitation, prendre le degré le plus élevé
- Pas de score limite qui signe la douleur
- Le soignant doit se faire confiance
- Le médecin doit faire confiance à l'évaluateur
- Ne prendre en compte que ce qui est observé et non ce qui existait les jours précédents
- Réévaluation fréquente
  - Surveillance de l'efficacité du traitement instauré
  - Réapparition d'une douleur surtout en fin de vie
- Transmission orale et écrite
- Le résultat ne préjuge en rien d'un traitement antalgique

EXEMPLE DE COTATION

- Score de 16/32

  - Avant soin 2/16
  - Pendant soin 14/16

EXEMPLE DE COTATION

- Douleur générée par le soin
- Antalgie avant celui-ci

EXEMPLE DE COTATION

- Score de 16/32

  - Avant le soin 8/ 16
  - Pendant le soin 8/16

EXEMPLE DE COTATION

- Douleur en permanence
- Traitement systématique à horaire fixe voire avant le soin

MAIS SURTOUT EVOLUTION SOUS TRAITEMENT

➔Réévaluation

ALGOPLUS

Score supérieur ou égal à 2 = prise en charge.

5 domaines d'observation

1. VISAGE: OUI NON

   froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.

2. REGARD OUI NON

   regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés

3. PLAINTES OUI NON

   « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissement, cris.

4. CORPS OUI NON

   retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitude figée

5. COMPORTEMENT OUI NON

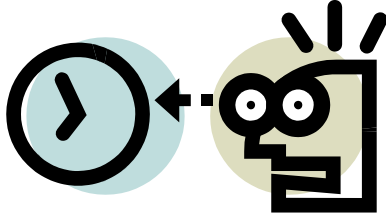
   agitation ou agressivité, agrippement

Total de oui/5

TRACABILITE !!

- **Démarche qualité**
- **Score à noter sur la feuille de suivi des constantes**

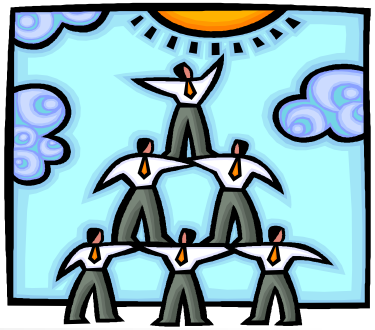
Préciser si Douleur = Zéro



LIMITES des GRILLES

- Ne permettent pas d'infirmer ou d'affirmer la douleur
- Diagnostic de présomption de douleur évaluée sur la modification du comportement
- Intérêt de la connaissance du patient
- Intérêt des tests thérapeutiques antalgiques
- Non utilisable pour les états végétatifs et la sédation

TRAVAIL D'UNE EQUIPE



- Formation du personnel indispensable
- Mise à disposition des grilles
- Initiative des soignants
- Implication des médecins (demande, suivi des grilles)
- Etat d'esprit douleur dans un établissement

Les douleurs neurogènes chez le sujet non communicant

- **1) Fond douloureux permanent**
  - Le patient ne peut pas se plaindre de douleurs continues à type de chaleur, picotement, prurit douloureux, torsion, arrachement, engourdissement, sentiment d'étrangeté ⇨**AGITATION, CRIS, pleurs**

- **2) Fulgurantes, paroxystiques**,
  - Brèves, à type de décharges électriques, en éclair,
  - Le simple contact d'un vêtement, l'effleurement du drap est douloureux +++ ⇨**AGITATION**

    (= allodynie)

Toujours y penser
Surtout si la toilette difficile

Evaluation DN4 impossible

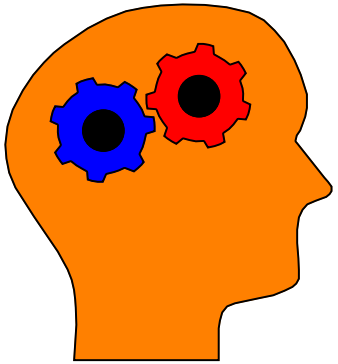
PRISE EN CHARGE

- Modifier le seuil de perception (individuel et génétique) +++
- Confort lors des soins avec antalgie anticipée +++ (protocole toilette et autres)
- Mobilisation du patient adapté à son handicap
- Installation
- Psychomotricité
- Soins locaux si plaies
- Traitements médicamenteux prudents car patients fragiles +++ adaptés à la fonction rénale et à la dénutrition en surveillants les effets secondaires (protocole effets secondaires)
- Ne pas hésiter à prescrire des antalgiques majeurs à dose et à demi-vie adapté

FACTEURS MODULABLES

Seuil de perception diminué

- Inconfort
- Fatigue
- Anxiété
- Peur
- Colère
- Tristesse
- Dépression
- Isolement mental
- Introversion
- Expérience antérieure



Seuil de perception augmenté

- Sommeil
- Repos
- Sympathie
- Compréhension
- Diversion
- Meilleur moral
- Analgésique
- Tranquillisants
- Antidépresseurs

Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

Protocole

SOINS INFIRMIERS ET DOULEURS

En conformité avec le nouveau décret du 11 février 2002
relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Mesures limitant les douleurs lors de :
LA TOILETTE réalisée au lit, au lavabo, à la douche ou au bain
Selon le protocole hygiène de l'Hôpital

PRINCIPES

- La toilette permet de conserver la peau en parfait état de propreté et préserve ainsi ses rôles protecteurs et sécréteurs.
- Elle procure normalement un bien-être total mais dans certains cas, **il ne faut pas sous-estimer** la douleur provoquée par ce geste.
- Maîtriser le geste :
  - **avoir une bonne organisation et savoir regrouper les soins (pansement,toilette)**
  - maintenir l'autonomie de la personne âgée
- respecter ses habitudes d'hygiène (macrocible)

INSTALLATION DU SOIGNANT

- Utiliser les lits à hauteurs variables.
- **Travailler en binôme** quand cela est possible pour éviter les mouvements traumatiques.
- Se tenir le plus près possible du malade pour le réassurer.
- intégrer les techniques de manutention visant à limiter les douleurs
- Le confort du soignant est primordial pour éviter l'angoisse et la répercussion sur la personne soignée.

RELATION

- Favoriser une relation privilégiée avec la personne âgée en particulier lors de troubles cognitifs.
- instaurer un climat de confiance
- **informer le malade de l'acte**
- proposer, expliquer le soin, ne jamais lui imposer et savoir le différer
- négocier les modalités avec la personne âgée
  adapter l'heure de la toilette
  en fonction de son état et de sa fatigue
- s'adapter à la personnalité du malade pour optimiser le contact

INSTALLATION DU MALADE

- **Mobiliser les articulations de manière passive** avant un étirement ou un retournement.
- **Rechercher la position antalgique à privilégier avant, pendant et après le soin.**
- Inviter le malade à regarder vers l'endroit où il doit être tourné pour faciliter la rotation naturelle du corps.
- Penser à relever une barrière lors du retournement cela rassure le malade et lui permet de se tenir.
- Veiller au respect de la pudeur de la personne âgée.

CHOIX D'UN TRAITEMENT ANTALGIQUE

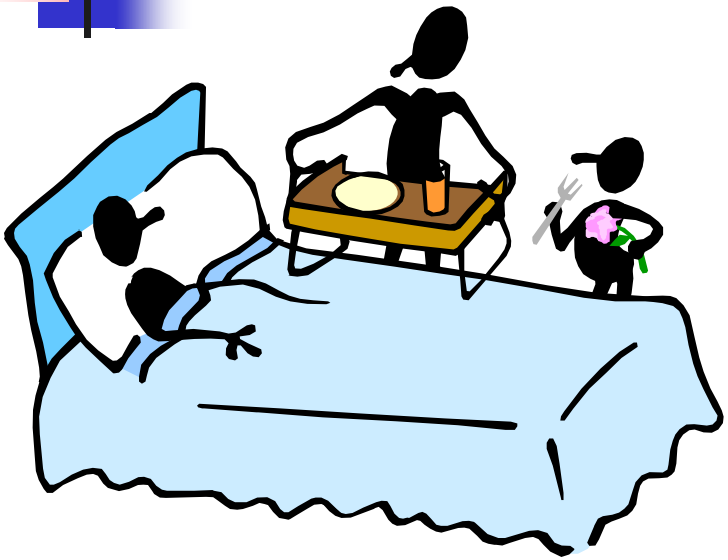
- **Evaluation** systématique lors de la toilette de la douleur : **plainte ou comportement**
- Utilisation d'outils validés (EVA, **ECPA)** lors de la toilette suivante
- **Prescription d'une antalgie anticipée**
- **Respect du délai d'action.**
- **Réévaluation** lors des toilettes suivantes

CHOIX DU MATERIEL POUR LIMITER L'INCONFORT

- Utiliser le matériel adapté (lève-malade, verticalisateur, planche de transfert etc…) avec une explication auprès du malade.
- **Utiliser du petit matériel** (boudin, coussin, traversin, matériel d'ergothérapie…).
- Rendre l'environnement le moins agressif possible (bruit, luminosité, température, odeur, fond musical…).
- Choisir une température d'eau en fonction du désir du patient du malade.
- Proposer le bassin ou l'urinal avant de commencer la toilette
- Utiliser des produits dont l'odeur n'incommode pas le malade.

Ce document est perfectible et évolutif. Il a été élaboré en décembre 2003
par le groupe « Douleur » de l'Hôpital Gériatrique les Bateliers – CHR U LILLE-
Validé par Mme Moura directeur des soins infirmiers en décembre 2003

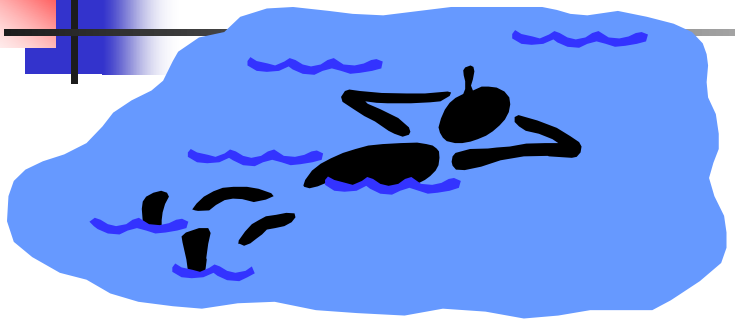
MOBILISATION DES MALADES



Réfléchir en équipe à la meilleure technique de mobilisation

- On peur limiter les douleurs de mobilisation en prenant comme règle, de ne jamais tirer un malade par les bras.
- On le mobilise en le glissant à l ’aide de support: alèse, drap, planche de transfert

INSTALLATION DES MALADES

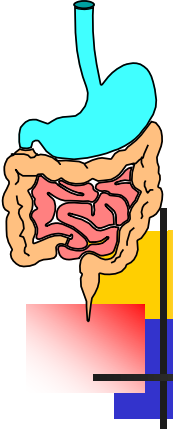


Réfléchir en équipe
à la position optimale.
Faire participer
les ergothérapeutes et
kinésithérapeutes

- On peut limiter beaucoup les douleurs d ’installation en utilisant:
  des mousses de décharges,
  des mousse de support,
  des supports anti-escarres adaptés...

COMMENT EVITER OU ATTENUER LA DOULEUR LORS DE SOINS CUTANES ou PROVOQUES

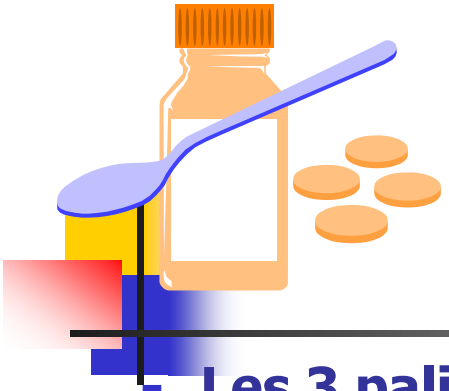
- **Traitement antalgique de fond médicamenteux** pour les douleurs chroniques sur l'ensemble de la journée
- **Traitement antalgique médicamenteux** avant le soin
- **Anesthésie locale: Emla,Xylocaïne**
- **Réalisation de pansement adapté.** ***Rassurer le patient, le mettre en confiance, passer des « contrats »…***
- **Possibilité d'utiliser le MEOPA**



LES MODIFICATIONS METABOLIQUES ⇩ Prudence

- L'absorption des médicament peu modifiée.
- La distribution est modifiée
  - diminution du débit cardiaque, rénal et hépatique.
- Diminution de l'eau totale et de la masse maigre au profit de la masse grasse .
- Diminution de l'albumine surtout chez les sujets dénutris
- L'élimination des produits diminuée tant au niveau rénal que hépatique.

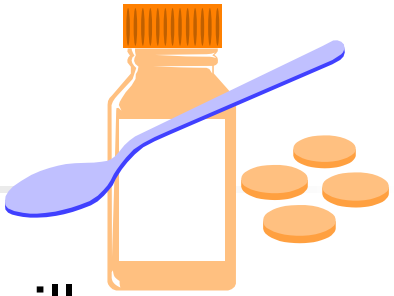
- L'estimation de la clairance de la créatinine indispensable.



TRAITEMENT DE LA DOULEUR DU SUJET AGE

- **Les 3 paliers de l' O.M.S**
  - en respectant ceux-ci sans hésiter à passer d'un palier à l'autre.
- **Des préférences thérapeutiques**
  - habitudes des prescripteurs et forme galénique.
- **Voie orale**
  - tant que celle-ci est possible.
- **Des prises régulières**
  - à intervalles adaptés à la demi-vie du produit préférables à des traitements à la demande.
- **Réévaluation régulière**
  - de l'efficacité et de la tolérance.
- **Préserver l'autonomie et la conscience du malade.**

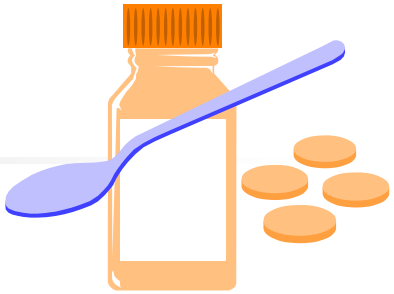
LES MEDICAMENTS DU PALIER I



- **PARACETAMOL**
- Pas de toxicité gastrique mais surveillance hépatique en chronique.
  - plus utilisé que l'acide acétyle salicylique .
  - POSOLOGIE : O,5 g à 1 g / prise toutes les 6h.
  - Adapté au poids patient
  - Elimination diminuée si IR sévère
- **L'ACIDE ACETYLE SALICYLIQUE**

  Toxicité gastrique
  - Intérêt pour les douleurs osseuses 2g max

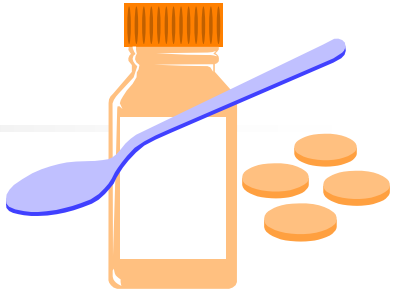
LES MEDICAMENTS DU PALIER II



- **LA CODEINE + ou – PARACETAMOL**
  - 1 à 2 cpm toutes les 6 h
  - Bonne efficacité
  - Effets secondaires : somnolence, **constipation +++**

- **ACUPAN* (nefopam)**
  - Ampoule de 2ml /20mg actif en 30min 1h
  - Douleur post chirurgicale
  - Intensité modérées à intense
  - Préférable en continu SAP IVou 20mg/prise par 6h, per os possible
  - Anticholinergique danger: CI Convulsions, adénome prostate, glaucome à angle fermé
  - Risque confusion chez SA rétention d'urine, sécheresse buccale, hallucinations, malaise, glaucome
  - Peut être associé aux autres antalgiques
  - Attention si IR ou IH

LES MEDICAMENTS DU PALIER II bis



- Tramadol* (Contramal*, Topalgic*…) ou associations avec Paracétamol

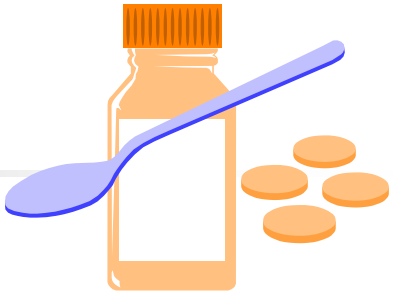
  - Risque de nausée, somnolence, confusion, Vertiges
  - Forme immédiate et retard
  - Posologie plus faible et prises plus espacées
  - Bien toléré en injectable à l ’hôpital

  (IV et SCUT)

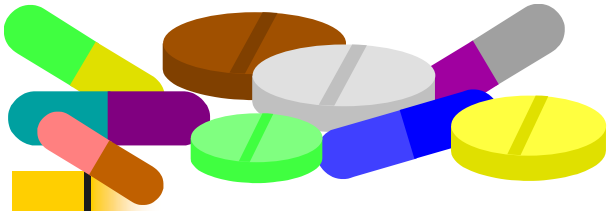
  Nubain Ne pas associer avec morphine

1 prise /jr forme LP

LES MEDICAMENTS DU PALIER III



- **MORPHINE**
  - orale
    - Sirop de morphine
    - Sulfate de morphine à libération prolongée
    - Sulfate de morphine immédiat
  - injectable Chlorhydrate
    - indications : trouble de déglutition, refus thérapeutique, trouble de conscience
    - discontinu ou continu à la S.A.P
- **HYDROMORPHONE**
- **FENTANYL**
- **OXYCODONE intérêt sujet fragile**



MORPHINE ET PERSONNE AGEE

- L'âge n'est pas une contre-indication à la MORPHINE mais impose une plus grande vigilance.
  - Dose croissante
  - Effets secondaires nombreux
    - constipation, inhibition de la toux, confusion, rétention d'urine, trouble digestif, prurit
  - Toute somnolence = Surdosage
  - Prescription systématique de laxatif
  - Adaptation de la dose
    - réduction de la posologie initiale de <u>50 %</u> par rapport à l'adulte et Fn rénale
  - Pas de dépression respiratoire à dose antalgique progressive.

Protocole

LES EQUIVALENCES

- 6 Efferalgan codeiné= 40mg de morphine orale
- Topalgic 50 mg = 1 gel /10h
- 100mg de Topalgic/j = 10 mg de morphine orale
- Durogésic 25 µg/h pour 72h = 60mg de morphine orale
- Sophidone LP 1mg= 7,5 mg de morphine orale LP
- 4MG DE SOPHIDONE = 30 MG DE SKENAN
- 10MG D ’OXYCODONE=20MG DE SKENAN

PRINCIPES ANTALGIQUES

On n'associera dès que possible

- un antiépileptique
- un antidépresseur tricyclique à dose antalgique délai action 2 à 3 semaines

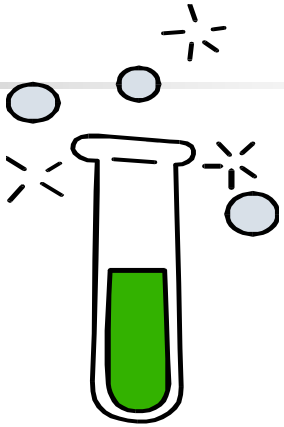
tant la composante neurogène est fréquente

Ou un antidépresseur pour la composante psychogène

Attention effets secondaires

A évoquer systématiquement en cas de non soulagement.

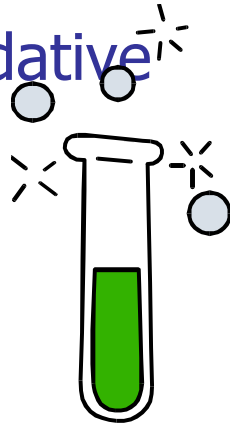
LES CO - ANALGESIQUES



- AINS Danger
  - Douleurs osseuses
  - Surv de la fonction rénale
  - Protecteur gastrique syst.
- CORTICOIDES
  - Oedèmes tumoraux
  - Effets secondaires frqts
  - Rétention hydro sodée, désafférentation, diabète, confusion mentale, toxicité gastrique...
- ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES Laroxyl
  - Douleurs de désafférentation
  - Nombreuses contre-indications (glaucome, prostatisme, confusion mentale...) peu d'effets secondaires à dose antalgique.
- ANTICONVULSIVANTS Neurontin- Lyrica
  - Douleurs de désafférentation.
  - Bien tolérés à faible dose

LES ADJUVANTS

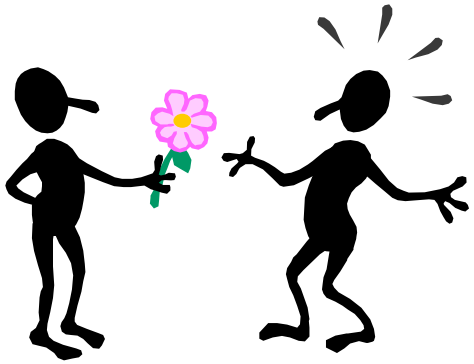
- **BENZODIAZEPINES**
  - Composante anxieuse frqte, trouble du sommeil et myorelaxant
  - Espacer les prises
- **NEUROLEPTIQUES**
  - Efficacité antiémétique, anxiolytique, sédative et hallucinatoire.
  - Posologie faible.
- **ANTIDEPRESSEURS**
  - Dépression frqte
  - IRS et IRS-NA



Surveiller les effets secondaires : somnolence, chutes, confusion .

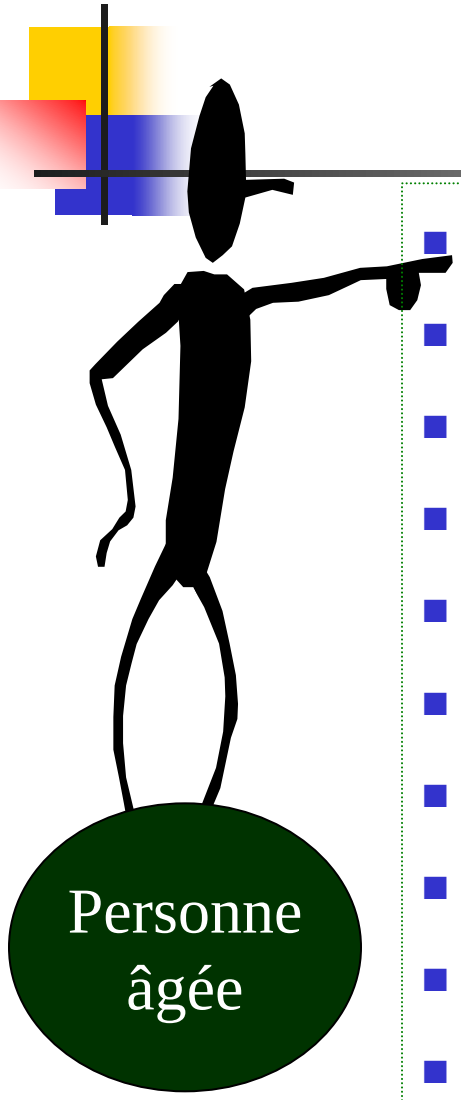
LES AUTRES THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES

- KINESITHERAPIE DOUCE/TENS
- MASSAGES LOCAUX
- INFRA-ROUGES
- SOUTIEN PSYCHOTHERAPEUTIQUE
- RELAXATION
- BALNEOTHERAPIE
- MUSICOTHERAPIE
- ACUPUNCTURE
- OSTEOPATHIE



Action directe et par la relation humaine que ces techniques procurent.

LES DIX PRINCIPES



- Le comportement, tu observeras
- Toute modification, tu analyseras
- En équipe, tu le feras
- Un traitement d'épreuve, tu tenteras
- L'efficacité, tu rechercheras
- Par palier, tu traiteras
- A dose progressive, tu agiras
- Preuve de vigilance, tu feras
- Dans sa globalité, tu soigneras
- Paisible, tu le rendras

CONCLUSION

- En gériatrie, la qualité de vie est bien souvent le seul objectif des soins en particulier en fin de vie et chez les patients non communicants.
- Le soulagement de la douleur est un objectif en soi
- De nombreuses douleurs ne sont pas soulagées pour des raisons multiples (fragilité,douleurs neurogènes…) et engendrent des conséquences lourdes tant au niveau du patient, de sa famille, des soignants que des institutions
- Une évaluation systématique grâce à des outils validés, la transmission des informations entre tous les acteurs et une prise en charge adaptée sont les éléments d'amélioration de la qualité de vie.

CONCLUSION

- **Impliquer l ’ensemble du personnel soignant à cette démarche et en particulier à l ’évaluation est une nécessité.**

- **Former les équipes est prioritaire.**

- **Motiver les équipes par la mise en place de groupe douleur au sein des établissements gériatriques est un moyen simple et efficace.**