

# EVALUATION ET THERAPEUTIQUES DE LA DOULEUR EN GERIATRIE

## Réseau Géronto 15.7

### EVALUATION DE LA DOULEUR

1. Reconnaître l'existence de la douleur sous une forme trompeuse ;
  - confusion, agitation, refus alimentaire, repli, prostration, insomnie, perte d'autonomie
  - rôle essentiel de l'entourage et des intervenants (IDE, aide soignante, médecin, kinésithérapeute)
2. Localiser la douleur
  - difficulté en présence de troubles cognitifs
  - intrication des pathologies
  - chronicisation plus fréquente
  - penser globe vésical, fécalome
3. Evaluer le niveau de la douleur
  - pour faire le suivi ++
  - pour le patient communicant EVA (échelle visuelle analogique)
  - pour le patient non communicant échelle comportementale DOLOPLUS 2
4. Evaluer son retentissement sur ;
  - L'autonomie fonctionnelle
  - L'humeur
  - L'appétit
  - Le sommeil
5. Rechercher l'étiologie

## METTRE EN PLACE UNE STRATEGIE MEDICAMENTEUSE

### I Douleurs nociceptives (suivre les 3 paliers de l'OMS)

- Vérifier que le **palier 1** a été utilisé à dose maximale càd 4 g/j de paracétamol. On évite l'aspirine ou les AINS comme antalgique, risque majoré de complication hémorragique et d'insuffisance rénale aiguë.
  
- **Palier 2** : dextropropoxyphène DIANTALVIC (6 gélules = 20 mg de morphine ) ou codéine EFFERALGAN CODEINE, à éviter car confusogène (6 cps = 30 mg de morphine) **attention** ce ne sont pas les même équivalences que pour l'adulte jeune.
  
- **Palier 2** : tramadol TOPALGIC, CONTRAMAL, ZAMUDOL, attention aux effets secondaires.
  
- **Palier 3** : la morphine
  1. **la titration** : commencer par la morphine à libération immédiate en fonction des traitements antalgiques précédents. Si 6 gélules de DIANTALVIC, donner ACTISKENAN 5 mg ou ½ cp de SEVREDOL 10 mg toutes les 4 heures. Sinon commencer par une ½ dose soit 2.5 mg toutes les 4 heures.  
Augmenter progressivement ( 20 à 50 % de la dose journalière) chaque prise de morphine jusqu'à sédation de la douleur puis convertir la dose totale en 2 prises journalière SKENAN ou MOSCONTIN.
  2. **si titration impossible** : commencer par petites doses de SKENAN à 20 mg/j + si besoin interdoses ( 10% de la dose quotidienne)
  3. **ne jamais commencer par le DUROSEGIC en première intention**
  4. toujours associer aux morphiniques ; laxatifs, mobilisation hydratation

- **La conversion**

En cas de mauvaise tolérance aux morphiniques classiques (confusion ou troubles digestifs), on peut effectuer une conversion pour SOPHIDONE OU OXYCONTIN.

Pour les douleurs chroniques, une fois que l'on a obtenu la dose de morphine permettant la sédation de la douleur, on peut effectuer une conversion pour DUROGESIC.

1. DUROGESIC 25 µg = 60 mg/j morphine orale
2. SOPHIDONE LP 8 mg = 60 mg/j morphine orale
3. OXYCONTIN 10 mg 2 fois par jour = 60 mg/j de morphine orale
4. MORPHINE SC = MORPHINE per os / 2

## II Douleurs neurogènes

- Si brûlures : LAROXYL X gouttes pour débiter puis augmenter progressivement
- Si décharges fulgurantes: RIVOTRIL V gouttes par jour ou NEURONTIN augmenter progressivement à partir de 300 mg/j
- Le tramadol peut également agir sur ce type de douleur ( ne pas dépasser 400 mg/j)

## III Douleurs avec forte composante anxieuse ou dépressive

- Anxiolytique ou antidépresseur de préférence non anticholinergique

## IV MEOPA

- Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (la pièce doit être ventilée) en l'absence de contre indication
- Au moment des gestes invasif, des pansements d'escarre, de la toilette

## V COANALGESIES

- Corticoïdes
- Antispasmodiques
- Biphosphonates
- Hormonothérapie/ chimiothérapie

## METTRE EN PLACE DES STRATEGIES NON MEDICAMENTEUSES

- Psychothérapie
- Radiothérapie
- Chirurgie
- Méthodes physiothérapeutiques : massage, TENS (neurostimulation transcutanée)