

L'évaluation de la douleur selon l'âge fonctionnel et non selon l'âge chronologique

Douleur – spécificités de la personne âgée

Le vieillissement de la population est un problème majeur de santé publique et la douleur chronique est un des effets prépondérants du vieillissement. La douleur est une expérience personnelle et subjective, engageant la totalité du sujet avec toute son histoire de vie, ses capacités cognitives et ses émotions. Face aux changements physiologiques liés à l'âge ou aux maladies neurodégénératives, la notion de douleur, sa perception par les sujets et même sa prise en charge s'en trouvent souvent modifiés.

Les chiffres de l'Office Fédérale des Statistiques Suisse (1) montrent que plus de 1 personne sur 3 se plaint de douleurs rhumatismales (dos, de la tête, épaules, nuque ou bras). La prévalence de la douleur des > 70 ans dépend du cadre de vie (50% à domicile, 49–83% en milieu institutionnel, 80% en fin de vie et environ 30% aux urgences) (2).

Presque toutes les études montrent une augmentation progressive de la prévalence de la douleur chez le jeune adulte avec un pic de prévalence aux environs de 50 à 65 ans suivi d'un plateau ou d'une baisse chez les personnes de 75 à 85 ans et ceux de plus de 85 ans (3, 4) (fig. 1).

La douleur en fonction des sites anatomiques et l'âge

Ces chiffres varient toutefois en fonction des sites anatomiques. En effet, la prévalence des douleurs articulaires, des pieds ou des jambes fait plus que doubler chez les plus de 65 ans. Par contre, les céphalées, les douleurs abdominales et thoraciques présentent un pic vers 45-55 ans pour ensuite diminuer (2).

Les études décrivent aussi des différences liées à l'âge lorsque la douleur est la présentation d'une maladie. Par exemple, 35-42% des > 65 ans présentent une ischémie myocardique silencieuse ou indolore (5). On note aussi un retard significatif, lié à l'âge, entre l'apparition d'ischémie et la douleur thoracique, avec une intensité de douleur qui semble diminuée (2).

Le schéma semble similaire lors de pathologies abdominales aiguës telles que péritonite, ulcère peptidique et obstruction abdominale (2). Dans le cas de néoplasies, l'incidence de la douleur décrite diminue avec l'âge (jeunes: 55%, âge moyen: 35%, adultes plus âgés: 26%) (2).

De plus, une corrélation inverse significative entre plainte douloureuse et altération cognitive est retrouvée chez les résidents de maisons de retraite quelle que soit le type d'évaluation (2).

Ceci suggère donc que la douleur est plus fréquente pendant la phase de l'âge moyen tardif de la vie et ce quel que soit le site anatomique ou la cause pathologique, sauf lors de maladies articulaires dégénératives.



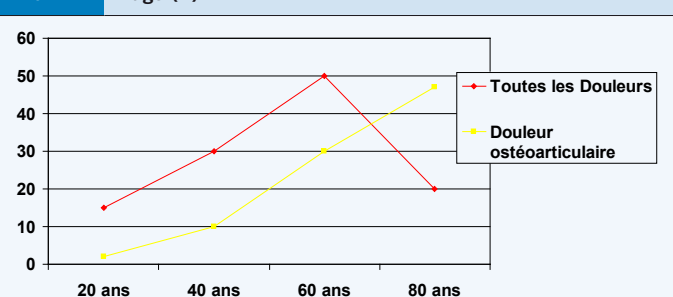
Dr Nicole Doser Joz-Roland
Morges

Neurophysiologie et changements au cours du vieillissement

En étudiant les différences liées à l'âge des aspects neurophysiologiques au niveau de la perception et la signalisation de la douleur, il est important de prendre en compte le rôle des médiateurs psychologiques et sociaux. Avec l'âge il y a souvent une accommodation et la mise en place de stratégies de gestion, tendant à disparaître si la douleur devient persistante ou sévère (2). On retrouve aussi une discordance entre la sévérité de la maladie et les symptômes comme par exemple une prévalence importante d'arthrose silencieuses sur les articulations porteuses avec le temps (80% > 75 ans) (2).

De multiples revues décrivent les changements neurophysiologiques liés à l'âge. Ainsi, des altérations de la structure, de la neurochimie et de la fonction des systèmes nerveux (central et périphérique), y compris la dégradation neurochimique des systèmes opioïdes et sérotoninergiques suggèrent des changements du traitement des signaux nociceptifs et notamment des altérations du système inhibiteur des douleurs (2). Les nerfs périphériques montrent une diminution de la densité des fibres nerveuses myélinisées et surtout non myélinisées ainsi qu'une augmentation de la présence de lésions et de dégénération de ces fibres conduisant à un ralentissement de la vitesse de conduction (2). Des études expérimentales de perception montrent aussi une altération sélective de la fonction des fibres Aδ (douleur épicritique) et une dépendance plus forte des informations provenant des fibres C (douleur plus sourde, diffuse et prolongée) avec comme corollaire un changement de la qualité et de l'intensité de

FIG. 1 Prévalence de la douleur (en pourcent) en fonction de l'âge (2)



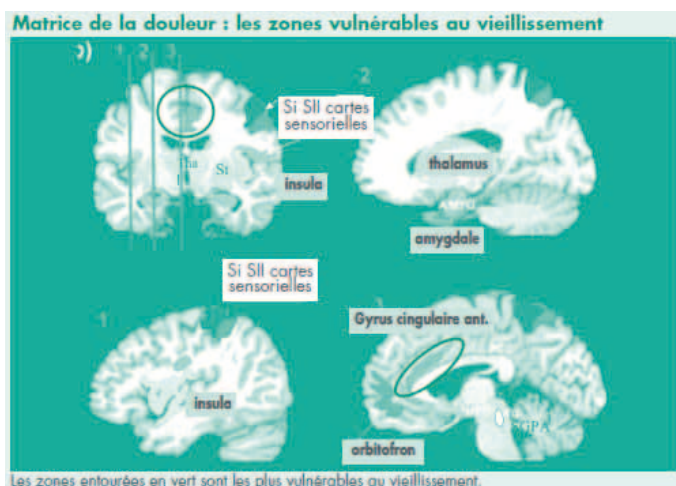


Fig. 2 : Les zones cérébrales vulnérables au vieillissement (2)

la douleur. Une méta-analyse portant sur une cinquantaine d'études montre aussi un seuil de la douleur augmenté chez la personne âgée ce qui pourrait indiquer un déficit de la fonction d'alerte précoce de la douleur et contribuer à un risque augmenté de diagnostic tardif d'un traumatisme ou d'une maladie (6).

Au niveau SNC, des changements dégénératifs des neurones sensoriels et une perte de myéline au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière sont décrits. On note aussi une perte de neurones et de connexions dendritiques au niveau du cortex cérébral y compris dans les zones impliquées dans le traitement des signaux nociceptifs (2) (fig. 2). Ceci suggère donc un ralentissement lié à l'âge du traitement des informations, et une réduction de l'activation corticale et des mécanismes modulateurs de la douleur au niveau du corps strié ainsi qu'une diminution possible des réseaux endogènes inhibiteurs de la douleur (7). Suite à un traumatisme, la douleur sera ainsi plus lentement résolutive et plus difficile à gérer chez une personne âgée. Dans le cas de maladie démentielle, il peut y avoir une exacerbation des altérations liées à l'âge du traitement des signaux douloureux. Les réactions du SNC autonome en cas d'interventions peuvent entraîner des réactions émoussées. Même si le seuil douloureux reste inchangé, la tolérance à la douleur pourrait être accrue. Des études suggèrent aussi une dégradation sélective des aspects cognitivo-émotionnels de la douleur pas seulement liée aux difficultés de communication (2).

Evaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur dans cette population hétérogène est complexe. Elle devrait d'abord se baser sur l'âge fonctionnel et non l'âge chronologique et tenir compte des changements dans les capacités relationnelles ainsi que les difficultés dans l'expression verbale des douleurs (8). Elle devrait comporter une anamnèse, un recueil des antécédents et un examen clinique soigneux. Il est important de faire la distinction entre douleur chronique et aiguë et enfin évaluer s'il y a une composante de douleur neuropathique. Dans les limites du possible, il faut toujours privilégier l'autoévaluation au moyen d'outils validés comme l'EVA (échelle visuelle analogique), l'EN (échelle numérique), l'EVS (échelle verbale simple) ou l'échelle des visages. L'outil qui semble le plus fiable en cas de troubles cognitifs semble être l'EVS (2). Il faut aussi être attentif aux conditions d'évaluation: favoriser un espace lumineux, sans bruits surajoutés et s'assurer autant que possible de la bonne compréhension de l'outil.

Les autres dimensions peuvent, aussi être explorées tels que dépression (Mini GDS), appétit (MNA), sommeil, impact sur l'activité physique et qualité de vie. Si une autoévaluation se révèle trop difficile à effectuer, on peut utiliser des outils d'hétéroévaluation tels que DOLOPLUS ou ECPA (2).

Prise en charge de la douleur

Comme nous l'avons vu plus haut la douleur est fréquente chez la personne âgée et souvent sous traitée. On estime que seuls 34% des personnes âgées vivant à domicile avec des douleurs bénéficient d'un traitement et seulement 9% d'un traitement opioïde (2). Plus le patient est âgé, plus il a de troubles cognitifs, plus il a de risque de bénéficier d'un traitement sous optimal.

Dans le choix du traitement, il faut tenir compte des différences de pharmacocinétique liées à l'âge. En effet, il y a souvent une diminution de l'absorption au niveau gastrique, une modification du volume de distribution (augmentation de la masse grasse, diminution de la masse maigre et du volume de distribution), un changement du métabolisme médicamenteux et une diminution de l'excrétion rénale. Il y a un consensus pour suivre les recommandations de l'OMS mais en l'adaptant à la sévérité de la douleur. Certes, pour une douleur légère, on peut commencer par du paracétamol (maximum 2,6 g/jour), mais on essaiera d'éviter les AINS qui peuvent entraîner des effets secondaires importants (ulcère gastrique, insuffisance rénale, décompensation cardiaque...). Face à une douleur aiguë, on pourrait débiter directement avec un palier 2 ou 3, c'est à dire un opioïde faible (tramadol ou buprénorphine) ou des faibles doses d'un opioïde plus puissant (morphine, hydromorphone ou oxycodone) (2). Les traitements adjuvants, comme les antidépresseurs sont aussi intéressants. Si on essaie d'éviter les tricycliques au vu de leurs effets anticholinergiques, on peut utiliser la duloxétine ou la venlafaxine (inhibiteurs de la recapture sérotoninergiques et noradrénaline) pour les douleurs neuropathiques. Les anticonvulsivants (gabapentine et prégabalin) peuvent aussi être utiles dans ce cas avec toutefois quelques effets secondaires (sommolence, troubles cognitifs et oedèmes). Les traitements topiques ou neuroaxiaux peuvent aussi être utiles (2).

Dr Nicole Doser Joz-Roland

Médecin Adjoint

Unité Soins aigus aux Seniors, Hôpital de Morges

Chemin du Crêt 2, 1110 Morges

nicole.doser@ehc.vd.ch

+ C onflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Messages à retenir

- ◆ Prendre en charge la douleur chez la personne âgée est un défi au quotidien
- ◆ Suite à une évaluation individualisée, la prise en charge doit être collective et individualisée
- ◆ Ne pas sous-estimer les douleurs, surtout en cas d'atteinte cognitive
- ◆ Instaurer un traitement optimal en tenant compte des comorbidités et des effets secondaires possibles

Références:

1. Enquête santé Suisse 2012 <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/01/01.html>
2. Douleur et personne âgée - Edition Institut UPSA 2010
<http://www.institut-upsa-douleur.org/iudtheque/ouvrages/derniers-nes/douleur-et-personne-agee>
3. Helme RD et al. Clin Geriatr Med 2001;17:417-431
4. McBeth J et al. Best Pract Res Clin Rheumatol 2007;21(3): 403-25
5. MacDonald JB et al. Age Ageing 1983;12:17-20
6. Gibson, SJ et al. Pain and ageing 10th world Congress on pain, IASP Press, 767-790
7. Gibson SJ et al. Assessment of pain in the elderly. 1990 VI world conference on pain. Elsevier science 523-529
8. Makris U et al. JAMA 2014;312(8): 825-836