

# Approche multimodale de l'analgésie appliquée au sujet âgé: nouveau concept?

Dr Marco-Achille GAMBIRASIO  
Unité de Médecine Palliative  
Equipe Mobile de Soins Palliatifs

# L'analgésie multimodale: un «*vieux*» concept

---



- ▶ Fast-track surgery (péri opératoire)
  - ▶ < douleurs = < complications \*
- ▶ Douleurs complexes
  - ▶ Composantes diverses
- ▶ Synergie
  - ▶ Associations médicamenteuses : < iatrogénie \*
- ▶ Collaborations multidisciplinaires
  - ▶ Anesthésistes-Réanimateurs
  - ▶ Médecins de la douleur
  - ▶ Gériatres?

\* *N Kolte, H Kehlet – Brit J Surg 2000*

# Vieillessement

---

- ▶ Polymédication
  - ▶ Interactions médicamenteuses
- ▶ Polypathologie
  - ▶ Equilibre fragile ++
- ▶ Métabolisme
  - ▶ Rénal
  - ▶ Hépatique



**FREINS à la PRESCRIPTION**  
des traitements antalgiques  
(crainte effets indésirables)

## Et pourtant...

---

- ▶ la douleur chronique touche
  - ▶ 50 % des personnes âgées vivant à domicile
  - ▶ **49 à 83** % de celles vivant en institution
  - ▶ jusqu'à **80** % des personnes âgées **en fin de vie** \*
- ▶ **35%** des patients soignés connaissent des douleurs aigues, très souvent induites par les soins
- ▶ Le ressenti « moyen » de ces douleurs est coté à **6/10** sur l'échelle numérique

\* *Rapport Institut UPSA, 2011*

# Les causes de la douleur

---

- ▶ Ostéo-articulaire : 50 à 80%
  - ▶ arthrose, ostéoporose, traumatisme, métastases
- ▶ Neurologique : 10 à 25%
  - ▶ séquelles d'hémiplégie, compressions
  - ▶ néoplasiques, neuropathies ...
- ▶ Artérielle : 6 à 20%
  - ▶ ischémie subaiguë, ulcère, gangrène ...
- ▶ Viscérale : 4 à 20%
  - ▶ angineuses, pleuropulmonaires, inf. urinaires
  
- ▶ Psychogène

# Les conséquences de la douleur

---

- ▶ Effets directes :
  - ▶ troubles du sommeil
  - ▶ dépression
  - ▶ anorexie avec dénutrition
  - ▶ perte d'autonomie / immobilisation
  
- ▶ Effets indirects
  - ▶ cardio-vasculaires,
  - ▶ digestifs (constipation+++)
  - ▶ cutanés.... douloureux !!
  
- ▶ La perte d'intérêt pour la vie →  $\Sigma$  de glissement

# L'évaluation de la douleur

---

- ▶ Auto-évaluation (quantitative)
  - ▶ EN/EVA
  - ▶ EVS
  
- ▶ Hétéro-évaluation (quali-quantitative)
  - ▶ ECPA /Doloplus
  - ▶ Algoplus 2
  - ▶ QDSA
  - ▶ HADS



**TRAÇABILITE'**

# Cas clinique n°1

---

- ▶ Me C. 83 ans, vit en EHPAD.
  - ▶ Polyarthrose avec dérouillage matinal difficile
  - ▶ Douleurs dorso-lombaires mixtes nociceptives et neuropathiques. EN/EVS peu fiables. Dit « *c'est pénible de vivre comme ça* »
  - ▶ Son ordonnance: Paracétamol, AINS topiques
  - ▶ Intolérances: Topalgic (nausées, vertiges)
  
- ▶ Que faire?



## Cas clinique n°1

---

- ▶ Lorsque le médecin envisage un ttt d'épreuve par AINS systémique le soir, l'IDE de la structure rebondit
  - ▶ *« ça a été fait auparavant, sans succès: pourquoi vous ne lui mettez pas un patch de Durogesic? »*
  
- ▶ Le médecin répond
  - ▶ *« voulez-vous qu'elle soit soulagée, ainsi d'aller aux animations... ou bien qu'elle soit sédatée ?! »*
  
- ▶ Cherchez les erreurs.....

## Cas clinique n°2

---

- ▶ Mr B. 80 ans, vit à domicile, OMS = 1-2 KPS = 60%
  - ▶ AdénoK pulmonaire évolué, arrêt des ttt étiologiques
  - ▶ Douleurs abdominales de type viscéral depuis **6 mois**, toute exploration diagnostique → négative
  - ▶ Fond douloureux EN = 6-7/10 avec ADP à 9/10
  - ▶ **Epuisement physique et psychique**, souffrance de famille
  - ▶ Son ordonnance: Oxycontin® LP/Oxynorm® LI, Paracétamol
  
  - ▶ Retrouve ses cp dans les selles...
  - ▶ Fentanyl transmuqueux (Instanyl®) peu efficace
  
- ▶ Quelle stratégie?

## Cas clinique n°3

---

- ▶ Mme A. 78 ans, hospitalisée en S.S.R. OMS = 4
  - ▶ AVC séquellaire avec déficit moteur hémicorps droit et aphasie. Alitement presque complet. Nutrition par GPR.
  - ▶ Escarre sacré stade IV
  - ▶ Echelle ECPA à 6/32 au repos, 14/32 lors des soins: la patiente « grimace » à la défection du pansement
  - ▶ Somnolence importante après les soins, 1 pause respiratoire constatée → arrêt des paliers III
  
- ▶ Son ordonnance: Fentanyl 25 mcg/h, Paracétamol, Morphine 10 mg SC 30' avant la toilette du matin
  
- ▶ Propositions?

# Les bases pharmacologiques

---

- ▶ Pharmacocinétique +++
  - ▶ Absorption → voie d'administration + +
  - ▶ Distribution
  - ▶ Métabolisme
  - ▶ Excrétion → fonction rénale + + , hépatique + +
  
- ▶ Pharmacodynamique +++
  - ▶ Effets thérapeutiques: quelle action → récepteurs
  - ▶ Délai et durée d'action → demi-vie + +
  - ▶ Effets indésirables: fréquence? spécificité?

**IMPREGNATION ≠ SURDOSAGE**

# Les bases théoriques: la douleur aiguë

---

- ▶ Douleur par excès de nociception
  - ▶ Stimulation mécanique → activation des récepteurs
- ▶ Composante inflammatoire
- ▶ Souvent « induite »
  - ▶ Mobilisations
  - ▶ Soins d'hygiène
  - ▶ Soins de nursing « lourd »

Stratégie:

- ▶ **Anticipation + +**
- ▶ Traitements:
  - ▶ Synergie
  - ▶ Délai d'action rapide
  - ▶ Demi-vie courte



- ▶ Opiïdes LI
- ▶ Paracétamol
- ▶ MEOPA
- ▶ AINS?

# Les bases théoriques: la douleur chronique

---

- ▶ Hypersensibilité 2<sup>nd</sup>
  - ▶ Allodynie mécanique
  - ▶ Absence d'inflammation locale
- ▶ Neuropathique
  - ▶ Sensibilisation « centrale » des récepteurs
  - ▶ Perte de la « modulation » des mécanismes de contrôle inhibiteur descendant
- ▶ Psychogène
  - ▶ Composante morale, épuisement
  - ▶ Appréhension (lors des soins)

Stratégie:



- ▶ Opioides LP
- ▶ Psychotropes
- ▶ Lidocaïne
- ▶ Anti-NMDA?

## ▶ **Multimodale**

# L'approche multimodale: un modèle?

---

- ▶ Stratégie « fast track » → le modèle péri opératoire
  - ▶ Opioïdes
  - ▶ Paracétamol
  - ▶ AINS
  - ▶ Gabapentine/Prégabaline
  - ▶ Kétamine
  - ▶ Lidocaïne
  
- ▶ Extrapolation du concept évoquant une stratégie d'analgésie « *à la carte* »\*.
  
- ▶ Protocoles différents pour situations différentes avec 2 points en commun: **l'anticipation** et **l'interdisciplinarité**

## LA DOULEUR INDUITE

\*F Aubrun – Congrès SFAR Lyon 2013

# Les options thérapeutiques

---

- ▶ Opiïdes forts (Palier III)
- ▶ Stratégie épargne-morphine
  - ▶ Éviter effets indésirables (somnolence, bradypnée, confusion)
- ▶ Paracétamol
  - ▶ Synergie paliers I et III +++
- ▶ Co-antalgiques
  - ▶ Anticonvulsivants → Gabapentine/Prégabaline
  - ▶ Antidépresseurs tricycliques → Amitriptyline
  - ▶ Antidépresseurs IRS/IRSNa → Venlafaxine, Duloxétine
- ▶ Analgésie locale
  - ▶ Lidocaïne
  - ▶ Capsaïcine (Qtenza®) → avis expert douleur
- ▶ Analgésie locorégionale/périmédullaire → RCP « douleur rebelle »
- ▶ Action anti-hypéralgésique
  - ▶ Anti-NMDA → néfopam, kétamine (H)
  - ▶ Agoniste opioïde → méthadone
- ▶ Protoxyde d'azote (Meopa®, Kalinox®)



# Cas clinique n°1

---

- ▶ Me C. 83 ans, vit en EHPAD.
  - ▶ Polyarthrose avec dérouillage matinal difficile
  - ▶ Douleurs dorso-lombaires mixtes nociceptives et neuropathiques. EN/EVS peu fiables. Dit « *c'est pénible de vivre comme ça* »
  - ▶ Son ordonnance: Paracétamol, AINS topiques
  - ▶ Intolérances: Topalgic (nausées, vertiges)
  
- ▶ Que faire?

## Correction

---

- ▶ Douleur intense mais non continue donc « aiguë »
- ▶ Rythme inflammatoire, donc prévisible (le matin)
- ▶ Composante nociceptive prédominante
  
- ▶ L'ordonnance:
  - ▶ Ok Paracétamol (poids, BH...)
  - ▶ AINS.... Corticoïdes? Avis Rhumato ++
  - ▶ Ok Paliers III mais....titration!!
  - ▶ Oxycodone LI → gélules/formes ORO, **sol.buvable** ++)
  - ▶ Morphine LI → comprimés, **gouttes** (1 gtt = 1,25 mg)
  
- ▶ Approches complémentaires (kiné/ergothérapie)

## Cas clinique n°2

---

- ▶ Mr B. 80 ans, vit à domicile, OMS = 1-2 KPS = 60%
  - ▶ AdénoK pulmonaire évolué, arrêt des ttt étiologiques
  - ▶ Douleurs abdominales de type viscéral depuis **6 mois**, toute exploration diagnostique → négative
  - ▶ Fond douloureux EN = 6-7/10 avec ADP à 9/10
  - ▶ **Epuisement physique et psychique**, souffrance de famille
  - ▶ Son ordonnance: Oxycontin® LP/Oxynorm® LI, Paracétamol
  - ▶ Retrouve ses cp dans les selles...
  - ▶ Fentanyl transmuqueux (Instanyl®) peu efficace
  
- ▶ Quelle stratégie?

## Correction

---

- ▶ Patient « non en fin de vie », accepte hospitalisation en Soins Palliatifs mais souhaite RAD rapide.
- ▶ Probable malabsorption intestinale (ischémie chronique mésentérique? iléus fonctionnel?) → voie PO compromise
- ▶ L'ordonnance:
  - ▶ Relais opioïdes IV avec dispositif d'automédication PCA puis rotation Oxycodone → Morphine avec EN 2-3/10
  - ▶ Introduction Kétamine à dose faible (0,5 mg/kg/J) à visée anti-hyperalgésique (IV puis PO)
  - ▶ Introduction Venlafaxine (Effexor®) à visée co-antalgique et thymorégulatrice
- ▶ Retour à domicile en HAD

## Cas clinique n°3

---

- ▶ Mme A. 78 ans, hospitalisée en S.S.R. OMS = 4
  - ▶ AVC séquellaire avec déficit moteur hémicorps droit et aphasie. Alitement presque complet. Nutrition par GPR.
  - ▶ Escarre sacré stade IV
  - ▶ Echelle ECPA à 6/32 au repos, 14/32 lors des soins: la patiente « grimace » à la défection du pansement
  - ▶ Somnolence importante après les soins, 1 pause respiratoire constatée → arrêt des paliers III
  
- ▶ Son ordonnance: Fentanyl 25 mcg/h, Paracétamol, Morphine 10 mg SC 30' avant la toilette du matin
  
- ▶ Propositions?

# Correction

---

- ▶ Douleurs induites par les soins
- ▶ Composante neuropathique (hyperalgésie, allodynie)
- ▶ Probable appréhension (mémoire de la douleur)
- ▶ Effets 2<sup>nd</sup> des opioïdes « dose-dépendants »
  
- ▶ L'ordonnance:
  - ▶ Adaptation posologie morphiniques (cf. Tableau d'EquiAnalgésie) et délai d'action (voie SC → 45' à 1h)
  - ▶ Protocole de prémédication: Paracétamol via GPR 1h avant la toilette, Morphine (Oxycodone) via GPR ou SC, MEOPA® durant la toilette
  - ▶ Considérer co-analgésie (Lyrica® gél/sirop matin-soir)
  - ▶ Considérer anxiolyse avant les soins (BDZ demi-vie << via GPR ou SC)

## Petit rappel

---

- ▶ Fentanyl transdermique (Durogésic®), Matrifen®)
  - ▶ Douleur cancéreuse (AMM)
  - ▶ Douleur stabilisée, équilibrée
  
- ▶ Fentanyl transmuqueux (Abstral®, Instanyl®)
  - ▶ Douleur cancéreuse, ADP (AMM)
  - ▶ Traitement opioïde de fond +++
  - ▶ Intégrité et hydratation muqueuse ++
  
- ▶ Oxycodone vs *Morphine*
  - ▶ BE, BH
  - ▶ Peu de données en faveur d'une meilleure tolérance →  
excrétion, *métabolites actifs*

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Dr Marco-Achille GAMBIRASIO  
Unité de Médecine Palliative  
Equipe Mobile de Soins Palliatifs