

DOULEUR, SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE

LES OBJECTIFS :

- Expliquer le principe d'utilisation d'antalgiques chez le sujet âgé
 - Classe médicamenteuse
 - Indications
 - Précaution d'emploi
- Identifier les situations révélant des soins palliatifs
- Argumenter les principes de prise en charge d'un malade en fin de vie et son entourage
- Aborder les problèmes éthiques posés par les situations fin de vie

I. INTRODUCTION

- La Médecine gériatrique est une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des personnes âgées.
- Ce groupe de patients est considéré comme présentant une fragilité importante ainsi que de multiples pathologies évolutives requérant une approche globale.
- La médecine gériatrique dépasse ainsi la médecine d'organe et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes multidisciplinaires. Son objectif essentiel est d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie.
- Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités d'adaptation de l'organisme
- La Pharmacodynamique et pharmacocinétique sont modifiés chez la personne âgée.

II. LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

1. DEFINITION

- Définition de l'Association Internationale pour l'étude de la douleur. : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à des lésions tissulaires réelles ou possibles ou décrites comme si ces lésions existaient »
- La prévalence des douleurs augmente avec l'âge, notamment chez les patients porteurs d'une polypathologie avec perte d'autonomie d'origine physique et / ou psychique ou chez les sujets en fin de vie.

2. LES COMPOSANTES DE LA DOULEUR

L'aspect pluridimensionnel de la douleur oblige à considérer :

- **la composante sensori-discriminative** correspondant aux mécanismes de détection et d'analyse du stimulus nociceptif ;
- **la composante affective et psychique** correspondant à la perception douloureuse qui est modulée par l'anxiété ou la dépression ;
- **la composante cognitive** qui se réfère à la mémoire, au vécu, aux phénomènes d'attention ou d'interprétation
- **la composante comportementale** correspondant aux manifestations observables : verbales (plaintes, gémissements...), motrices (postures, attitudes antalgiques) et végétatives (sueurs...)

3. IMPACT DU VIEILLISSEMENT SUR LA DOULEUR

- le vieillissement modifie peu les seuils douloureux provoqués par des stimuli nociceptifs mais la perception est influencée par les expériences douloureuses antérieures, l'anxiété, la dépression et le vieillissement pathologique des zones corticales impliquées dans la douleur.

4. SPÉCIFICITÉS CLINIQUES DE LA DOULEUR CHEZ LES SUJETS ÂGÉS

- La symptomatologie douloureuse est souvent atypique et l'expression d'une douleur chronique peut prendre un masque trompeur à type de confusion, de perte d'autonomie ou de repli sur soi.
- La douleur aiguë** : est un symptôme douloureux (signal d'alarme)
- La douleur est dite chronique** lorsqu'elle évolue depuis plus de 3 mois (douleur -maladie).

	Douleur par excès de nociception	Douleur neurogène
Physiopathologie	Stimulation des nocicepteurs	Lésion nerveuse périphérique ou centrale
Sémiologie	Rythme mécanique ou inflammatoire	Composante continue (brûlure).ou Composante fulgurante (décharges électriques)
Topographie	Régionale, sans topographie neurologique systématisée. Zone douloureuse atypique.	Topographie neurologique périphérique (tronc, racine), ou centrale (hémicorporelle)
Caractéristiques descriptives	Serrement, écrasement en étau, broiement, étirement, torsion, arrachement, lourdeur, sourde, sensation d'être grignoté, mangé par l'intérieur. Douleur pulsatile.	Elancement en éclairs, décharge électrique, picotement, fourmillement, démangeaison, engourdissement
Examen clinique	Examen neurologique normal	Signes d'hypoesthésie ou d'hypersensibilité (allodynie)

- Les sujets âgés sont avant tout exposés aux
 - Les douleurs musculosquelettiques** : dans le cadre de l'arthrose, de l'ostéoporose et des conséquences mécaniques des chutes
 - les pathologies neurologiques** : les neuropathies périphériques, à un syndrome des jambes sans repos. Les séquelles d'accident vasculaire cérébral associent des douleurs par troubles du tonus, des rétractions tendineuses, des algodystrophies et plus rarement, un syndrome thalamique.
 - les douleurs chroniques** sont plus fréquentes : les cancers évolués incurables avec métastases osseuses et / ou compression de voisinage, les ischémies tissulaires d'origine artérielle, les immobilisations prolongées au lit ou au fauteuil avec constitution d'escarres et de rétractions tendineuses. Le zona. La névralgie faciale par conflit anatomique vasculo-nerveux n'apparaît qu'après 60 ans. Les douleurs posttraumatiques ou post-chirurgicales comme les douleurs des membres fantôme après amputation
 - Des pathologies aiguës chirurgicales ou médicales** : l'ulcère de l'estomac ou les urgences abdominales surviennent, dans plus de la moitié des cas, en l'absence de douleur aiguë évocatrice ou Les localisations de la douleur sont souvent atypiques : douleurs abdominales de l'infarctus du myocarde et des pneumopathies.

5. EVALUATION DE LA DOULEUR

- L'évaluation de la douleur est difficile, car 30 à 40 % des hospitalisés âgés présentent des déficiences sensorielles ou cognitives ou des troubles du langage.
- L'évaluation de la douleur peut être réalisée par
 - **Auto évaluation** : Lorsque la communication est possible, les capacités visuelles et cognitives permettent
 - L'échelle visuelle analogique (EVA)
 - L'échelle verbale simple (EVS)
 - L'échelle numérique (EN)
 - **Ou hétéro-évaluation** : Chez les patients ayant des troubles de la compréhension et/ou de la communication,
 - Échelle comportementale pour personne âgée (ECPA – 2)
 - Échelle **DOLOPLUS**
 - Échelle **ALGOPLUS**

6. LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DES SUJETS ÂGÉS

La prise en charge de la douleur, notamment chez la personne âgée, est un enjeu de santé publique.

- Traiter si possible la cause de la douleur
- Proposer un traitement en respectant les principes de l'OMS

Classifications de l'OMS 2008		
Niveau I Antalgiques non morphiniques	- paracétamol Aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens - <u>Nefopam</u> (acupan*) - Noramidopyrine (<u>visceralgine forte*</u> , <u>optalidon*</u> , <u>avafortan*..</u>)	
	Niveau II Antalgiques opioïdes faibles - Codéine ± paracétamol (<u>Codoliprane*</u>) - <u>Tramadol</u> (<u>Tramal*</u> , <u>Tremadol*...</u>)	
Niveau III Antalgiques opioïdes forts	Agonistes purs	- Fentanyl (<u>Durogésic*</u>) - Morphine (<u>Actiskenan*</u> , <u>Skenan*</u> , - <u>Pethidine</u> (<u>Dolosal*</u>)
	Agonistes -antagonistes	<u>Buprénorphine</u> (<u>Temgesic*</u>) - <u>Nalbuphine</u> (<u>Nubain*</u>) - <u>Pentazocine</u> (<u>Fortal*</u>)
Co- analgésiques	- Anti-comitiaux (<u>carbamazépine</u> , <u>phénytoïne</u> , <u>clonazépam</u>) - Corticoïdes - Neuroleptiques (phénothiazines) - Spasmolytiques - Tricyclique	

- Privilégier la voie orale
- Administrer les antalgiques à horaires réguliers en respectant la pharmacologie du médicament.
- Hiérarchiser l'analgésie en fonction du niveau évalué de la douleur
- Passer au palier supérieur après échec avéré du palier inférieur bien conduit (respect des paliers de l'OMS) L'utilisation d'un antalgique du palier 3 est possible en cas de douleur intense.
- Le paracétamol du palier 1 peut être associé aux paliers 2 et 3
- Chez le sujet âgé ou fragile, les règles classiques de l'antalgie sont valables mais il faut être prudent notamment au début du traitement. Il est préférable de commencer par des plus faibles doses et d'augmenter progressivement afin de chercher les doses minimales efficaces

- L'utilisation des co-antalgiques à chaque palier de l'OMS est recommandée en particulier dans les douleurs neurogènes, viscérales, les céphalées par hypertension intracrânienne, les douleurs osseuses.
- Réévaluer régulièrement l'efficacité du traitement et adapter les doses au besoin du malade.
- Prévenir et traiter les effets secondaires. Informer le patient des effets indésirables attendus
- Associer des soins non médicamenteux : posture, massage, relaxation
- Chercher à préserver la lucidité
- Précaution d'emploi

MEDICAMENTS	RECOMMANDATIONS
PARACETAMOL	<ul style="list-style-type: none"> • Sans dépasser 3 g par jour • En cas d'insuffisance rénale sévère, il faut espacer les prises et réduire la posologie journalière
AINS	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-indiqués si Cl créatinine < 60 ml / mn • Diminuer les doses de 25 à 50 %. • Durée maximum: 2 à 5 jours • Réhydrater et réévaluer la clairance de la créatinine régulièrement • Surveillance clinique et contrôle régulier de l'hémoglobine • Association aux inhibiteurs de la pompe à protons recommandée • Risque d'interactions médicamenteuses notamment avec les diurétiques, les antibiotiques néphrotoxiques. • Éviter les AINS NS chez les grands vieillards (> 85 ans)
NEFOPAM	N'est plus recommandé chez le sujet âgé du fait de ces effets anticholinergiques
TRAMADOL	<ul style="list-style-type: none"> - Effets neuropsychiques semblent également majeurs chez les sujets âgés (convulsions, confusion). • 50 mg x 2 / 24 h pour les formes à libération immédiate • 100 mg / 24 h pour les formes à libération prolongée
CODEINE	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer les doses chez le sujet âgé • ces opioïdes faibles favorisent une somnolence et des troubles du transit intestinal avec parfois des rétentions urinaires.
MORPHINE	<ul style="list-style-type: none"> • La morphine par voie orale est l'antalgique de référence chez la personne âgée dans les douleurs sévères. • Diminuer les doses de 40 à 50% et/ou ↑ intervalle entre les Prises. • la période de titration impose l'utilisation de la morphine-base avec une posologie initiale très faible de 2 à 5 mg toutes les 4 heures Une réévaluation régulière de l'effet antalgique permet d'adapter la posologie. Le relais, une fois le plateau d'efficacité atteint, peut être pris par la morphine à libération prolongée
ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • En cas des douleurs neurogènes, l'utilisation de faibles doses
CORTICOTHERAPIE	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de réduire les effets secondaires de l'extension tumorale (hypercalcémie associée à des métastases osseuses, œdème cérébral, compressions nerveuses).

III. LES SOINS PALLIATIFS CHEZ LE SUJET AGE

« Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale.

L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle » SFAP (1992)

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution.

Ils considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables (communément appelés acharnement thérapeutique)

1. Identifier les situations révélant des soins palliatifs

- **Cancers ou hémopathies malignes graves** : par leur localisation (poumon, pancréas, Œsophage, mélanome, glioblastome...), leur évolutivité (métastases, résistance aux traitements spécifiques)
- **Pathologies d'organe** : insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, rénale non dialysable, SIDA, sclérose latérale amyotrophique (SLA), sclérose en plaques (SEP), démence de type Alzheimer évoluée, AVC massif, maladies neurodégénératives et vasculaires....
- **Polypathologie** : Chaque maladie prise individuellement n'est pas mortelle mais c'est leur association qui va provoquer le décès (Polypathologie de la personne âgée)

2. Les objectifs

- Traiter la cause du symptôme
- Prévenir le symptôme
- Soulager le symptôme
- Garder le patient le plus valide possible
- Préserver les facultés intellectuelles
- Privilégier la voie orale
- Ne pas écarter une pathologie curable non liée à la maladie incurable

3. Principaux symptômes

- Douleurs
- Troubles de l'état général: asthénie, anorexie, fièvre...
- Troubles respiratoires
- Troubles digestifs
- Troubles psychiques : confusion, agitation...
- Troubles urinaires, cutanés...

Symptômes	Mesures générales	Mesures pharmacologiques
Anorexie	Manger très peu, plusieurs fois Manger à plaisir	Dexametasone (2-4 mg/j) ou metilprednisolone 16-24 mg/j Amitiptyline 12,5-25 mg au coucher) Acetate de Megestrol (160 mg, 2-3 i/j)
Nausées et vomissement	Corriger la cause (médicaments, constipation, obstruction intestinale, hypercalcémie, anxiété, toxicité tumorale, hypertension intracrânienne, etc.)	Médicaments au niveau central : <ul style="list-style-type: none"> • Halopéridol : 1-3 mg/12-24 h • Chlorpromazine (10-25 mg/12-24 h) Médicaments d'action périphérique : <ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramide : 5-10 mg/6-8 h • Dompéridone 5-10 mg/6 h Adjuvants : <ul style="list-style-type: none"> • Anxiété : Diazepan • Irritation gastrique : Ranitidine • hypertension intracrânien : Dexametasone
Diarrhée	Traitement spécifique selon la cause (occlusion intestinale-fécalome) ; excès de laxatif ; diarrhée pancréatique ou biliaire)	Loperamide 16 mg VO
Constipation		Laxatif (Lactulose, fibre) Enémas et micro-énémas
Candidose orale		<ul style="list-style-type: none"> • Violet de gentiane 3 fois x/j • Clotrimazole ou nystatine • Fluconazole 50 mg de 1 fois/j/ 5 jours ou 200 mg par v.o. 1 fois/j/3 jours
Candidose de l'œsophage ou candidose orale récurrente		<ul style="list-style-type: none"> • Fluconazole 200 mg par v.o. 1 fois/j/2 semaines • Kétoconazole 200 mg de* par v.o. 2x/j /2 semaines
Herpès		Aciclovir 200 mg v.o. 4 fois /j

Insomnie		Benzodiazépines : Loracepam, alprazolam, diazepam. Si agitation : chlorpromazine
Crises d'épilepsie		<ul style="list-style-type: none"> • Diazépam 10 mg de IR ou IM, à répéter si nécessaire après 10 minutes • Midazolam 5 mg SC si possible ou par voie buccale • Phénobarbital 200 mg IM pour les crises qui ne répondent pas au diazépam.
Confusion mentale	Si un patient souffre soudainement de confusion, posez-vous toujours ces questions : <ul style="list-style-type: none"> • prend-il de nouveaux médicaments ? Peuvent-ils être à l'origine de la confusion du patient ? • y a t il une infection qui peut être traitée ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Halopéridol 1,5 à 5 mg 3 fois/j et jusqu'à ce que le patient soit calme • Chlorpromazine 25 à 50 mg de 1 à 3 fois/j et jusqu'à ce que le patient soit calme. • ajoutez diazépam 5 à 10 mg au coucher si nécessaire mais ne pas l'utiliser sans halopéridol ou chlorpromazine sinon la confusion peut empirer • Dans les cas graves qui ne répondent pas à ces médicaments, envisagez phénobarbital 200 mg de SC 4 fois x/j

IV. PRISE EN CHARGE D'UN SUJET AGE EN FIN DE VIE

- **Concept de fin de vie:** Les patients approchent de la « fin de vie » lorsqu'ils sont susceptibles de mourir dans les douze prochains mois
- L'évolution psychologique qui mène à la mort se fait lors d'étapes qui dépendent
 - Du stade de la maladie
 - De la personnalité
 - Des mécanismes de défense propres à chaque individu.
- E. Kübler - Ross a décrit schématiquement 5 étapes n'ayant pas un lien chronologique obligatoire entre elles.
 - Le refus, la dénégaration sous l'effet du choc
 - La colère, la révolte, l'agressivité
 - La culpabilité et le marchandage
 - La tristesse et la dépression
 - L'acceptation, la résignation, le lâcher prise
 -

1. les principes de prise en charge d'un malade en fin de vie et son entourage

La fin de vie provoque une période de crise psychologique intense durant laquelle la personne doit intégrer les pertes, accepter les changements, faire le deuil de sa vie et être capable de réinvestissement dans une existence devenue autre

La médecine gériatrique doit être capable d'établir un projet de soin et d'accompagnement incluant les proches, basé sur le soulagement de la douleur et l'écoute des besoins exprimés par le patient.

- De l'annonce du diagnostic jusqu'à la fin de la vie les besoins d'accompagnement relèvent des bonnes pratiques professionnelles.
- Les soins terminaux considèrent le malade comme un vivant et sa mort comme un processus normal. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès.
- lorsque les personnes sont parvenues au terme de leur existence, elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques
 - Nursing et mobilisation
 - L'hydratation
 - Les soins de bouche
 - L'alimentation
 - Les nausées et les vomissements
 - La constipation et l'occlusion intestinale
 - La dyspnée
 - L'incontinence et la rétention urinaire
 - Le sommeil, la vigilance et l'agitation
 - L'accompagnement psychologique

- **Utilisation de la voie sous-cutanée en fin de vie**

Spécialité	DCI et spécialités	Posologie / 24h habituelle
Solutés	Glucose 5 % / Na Cl 0,9 %	0,5 -> 1,25 l
	Glucose 2,5 + Na Cl 0,45 %	0,5 -> 1,25 l
	Trophysan simple	0,5 l
Antalgiques	Chlorydrate de morphine	1/2 dose orale par Ampoule de 10 ou 20 mg / pousse-seringue
	Buprénorphine (Temgésic®)	1/2 à 1 ampoule 0,3 mg 500 mg puis selon fonction rénale
Antibiotiques	Amikacine (Amiklin®)	500 mg puis selon fonction rénale
	Ceftriaxone (Rocéphine®)	500 mg / perfusion (risque de nécrose)
	Teicoplanine (Targocid®)	400 mg puis selon fonction rénale
Antisécrétoires	Atropine	1/2 ampoule 0,25 mg / 4 fois
	Scopolamine (Scopos®)	1/2 ampoule 0,25 mg / 4 fois
Antémétiques	Métoclopramide (Primpéran®)	1 ampoule 10 mg / 4 fois
	Halopéridol (Haldol®)	1/2 ampoule 2,5 mg / 4 fois
Psychotropes et	Diazépam (Valium®)	1/2 ampoule 10 mg / 4 fois
	Phénobarbital (Gardénal®)	1/2 ampoule 200 mg / 2 fois
Antiépileptiques	Midazolam (Hypnovel®)	1 ampoule 5 mg / pousse-seringue
Corticoïdes	Dexaméthasone (Soludécadron®)	1 ampoule 4 mg / 3 fois
	Méthylprédnisolone (Solumédrol®)	1 ampoule 40 mg / 3 fois

2. les problèmes éthiques posés par les situations fin de vie

- le médecin une obligation de faire tout son possible pour soulager la souffrance du malade.
- lorsque les personnes sont parvenues au terme de leur existence, elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques. Elles sont accompagnées si elles le souhaitent par leurs proches et les personnes de leur choix et naturellement par le personnel soignant.
- «Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.»

V. CONCLUSION

La gestion de la douleur et le soutien d'une personne âgée en fin de vie font partie intégrante des responsabilités des professionnels de la santé. Dans cette perspective, il est crucial pour le gériatre d'élargir la portée du concept de soins palliatifs à toutes les phases terminales de maladies. L'objectif de l'équipe gériatrique est de maintenir une relation continue entre le patient, sa famille et les soignants jusqu'à la fin