

DOULEUR AIGÜE

Auteure : Pr S. Pautex, Service de médecine de premier recours, HUG

Experte : Dr V. Piguet, Service de pharmacologie clinique, HUG

Relecteurs : Dr N.-T. Tran, Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, HUG
Dr H. Spechbach, Service de médecine de premier recours, HUG

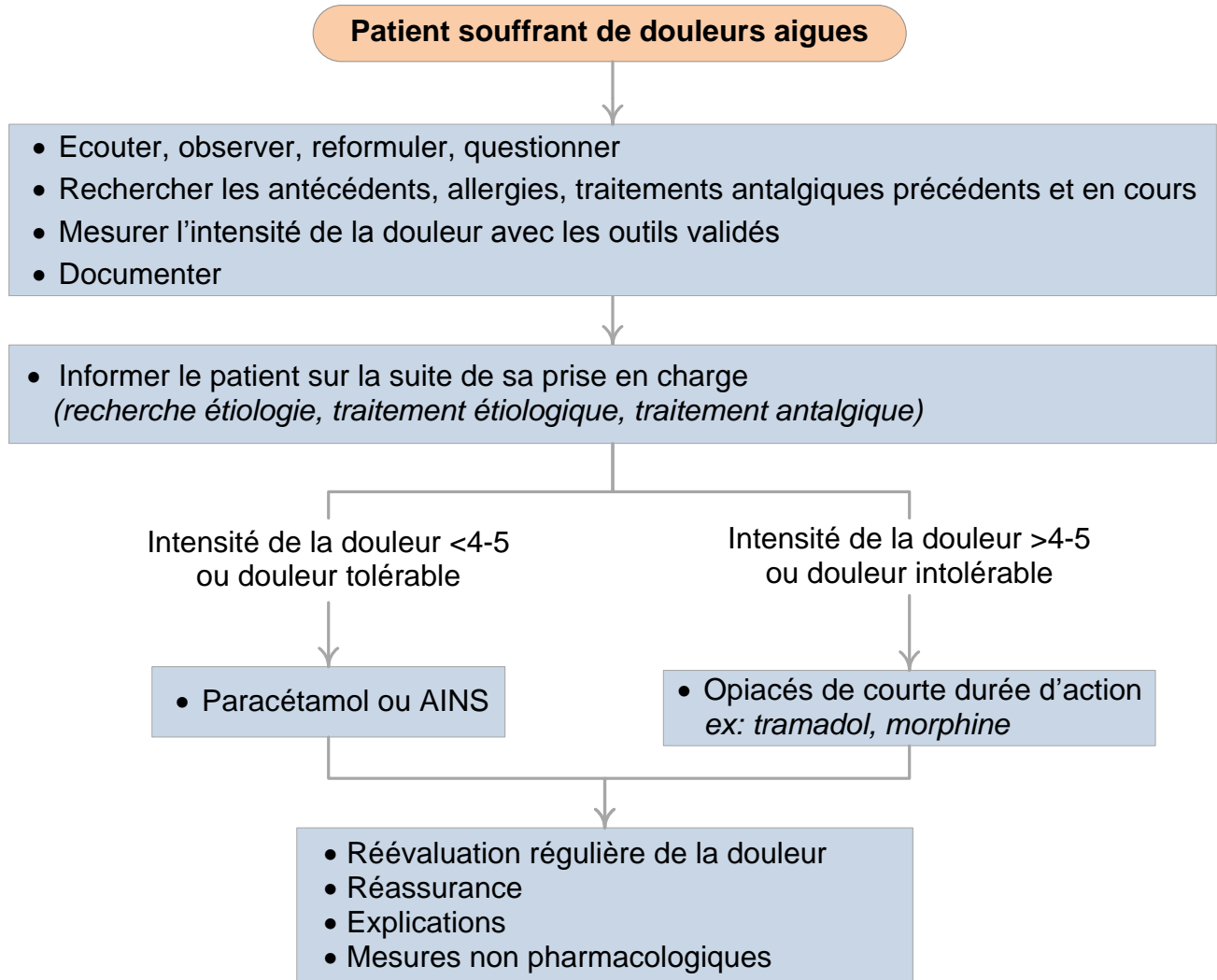
Algorithmes et relecture: M. Le Braz
Mise en page: J. Caliri

2017

POINTS À RETENIR :

- La prise en charge de la douleur aiguë commence par une écoute attentive associée à une évaluation détaillée.
- L'information rapide du patient sur l'origine possible de la douleur, la nature de l'antalgie et leurs effets et délais escomptés est cruciale.
- Une prise en charge antalgique doit être introduite avant ou en même temps que les investigations et la prise en charge de l'étiologie de la douleur aiguë.
- L'introduction d'un antalgique doit être individualisée, les effets secondaires doivent être monitorés régulièrement.
- La douleur doit être régulièrement réévaluée et documentée : www.reseaudouleur.hcuge.ch

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE D'UNE DOULEUR AIGÜE



DOULEUR AIGUË

1. INTRODUCTION

La douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ». ¹

La douleur aiguë est un signal d'alarme d'une atteinte organique ou physiopathologique sous-jacente. C'est le motif de consultation le plus fréquent dans les centres d'urgences, mais aussi au cabinet. Dans la majorité des situations, si une cause physique à l'origine de la douleur est identifiée et traitée, sa suppression aura un effet antalgique.

La douleur est encore insuffisamment identifiée et prise en charge dans les centres d'urgences hospitaliers ou ambulatoires. Elle doit donc être considérée comme une entité co-existante à toute maladie ou traumatisme nécessitant une évaluation et une prise en charge parallèle. Trop de professionnels de la santé pensent encore qu'une antalgie administrée avant qu'un diagnostic précis ne soit posé peut masquer les symptômes et nuire au processus diagnostique et thérapeutique. ^{2,3}

Comme décrit dans la définition de la douleur, la composante émotionnelle est importante dans la plainte douloureuse. L'expression de la douleur et la réponse au traitement sont très variables d'un individu à l'autre et dépendent en grande partie de la perception par le patient de l'effet que la maladie ou le traumatisme aura sur sa vie ainsi que de facteurs environnementaux et psychosociaux. Notamment, toute douleur liée à un événement accidentel, aussi minime soit-il, doit faire l'objet d'une exploration soigneuse des circonstances de l'accident, du vécu subjectif et du contexte socio-professionnel. En effet, la menace sur l'intégrité corporelle, l'impression de perte de contrôle sur son corps, la présence d'affects négatifs ainsi que la précarité de certains emplois sont autant de facteurs de vulnérabilité qui peuvent favoriser une évolution vers une douleur chronique si ceux-ci ne sont pas détectés et légitimés dès le début de la prise en charge.

2. DEFINITION/CLASSIFICATION

La douleur résulte d'une combinaison de facteurs physiologiques, pathologiques, émotionnels, psychologiques, cognitifs, environnementaux et sociaux et couvre plusieurs champs distincts tels que :

- **La douleur nociceptive** : un processus pathologique active au niveau périphérique le système physiologique de transmission des messages nociceptifs. Cet excès de stimulations nociceptives correspond au mécanisme le plus usuel de la douleur aiguë. Exemples cliniques : traumatisme, inflammation, infection. Exemples sémiologiques : douleur pulsatile, en coup de couteau, etc.
- **La douleur neurogène** : douleur générée par des lésions dans le SNC ou SNP en l'absence de stimulation de nocicepteurs périphériques. Exemples cliniques : radiculopathie, douleurs post-zostériennes, polyneuropathies, névralgie, douleur post-AVC. Exemples sémiologiques : brûlures, décharges électriques, fourmillements, hypoesthésie/anesthésie, allodynie/hyperalgie souvent sur un dermatome ou trajet radiculaire à l'examen clinique.
- **La souffrance** : expérience multidimensionnelle (interne, morale, sociale ou corporelle) qui entrave ou interrompt les possibilités de réalisation du sujet, limitant ainsi son horizon d'existence, son « monde ». Dans notre société médicalisée, la souffrance est souvent décrite en termes de douleur.

Le comportement douloureux constitue l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre ; il s'agit de mots ou vocalisations, des expressions faciales, des postures ou autres attitudes, donnant un aperçu de l'expérience personnelle de la douleur.

3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

Comme il n'existe pas de mesure objective de la douleur, l'évaluation de la douleur passe par le questionnement du patient sur son expérience de la douleur.

L'évaluation de la douleur doit comporter :

- Mesure de l'intensité de la douleur : 5^{ème} signe vital. Celle-ci doit être mesurée avec un outil d'évaluation comme l'échelle visuelle analogique (réglette EVA), l'échelle numérique, l'échelle verbale ou l'échelle faciale.
- La localisation et l'irradiation.
- Temporalité : circonstances de début, évolution, cinétique au cours de la journée.
- Caractéristiques de la douleur : par ex. brûlure, piqûre, étai, ... (utiliser si nécessaire le questionnaire de St Antoine).
- Facteurs soulageants (par ex. médicaments, chaud, froid, mobilisation), facteurs aggravants (par ex. mobilisation, repas).
- Les facteurs associés : par ex. perte d'appétit, nausées, dépression, anxiété.
- Les répercussions sur la vie quotidienne et sur la vie professionnelle.

Les outils sont à disposition sur le site du réseau douleur : <http://reseaudouleur.hug-ge.ch/> (outils d'évaluation).

4. PRISE EN CHARGE

Les recommandations générales sont les suivantes :

- Informer le patient sur l'origine de la douleur, la nature de l'antalgie et les effets escomptés.
- Suivant l'intensité de la douleur, un traitement peut être administré en salle d'attente des urgences, suivant un algorithme précis, avec une possibilité que ce soit médico-délégué (dans certains services).
- Dans le choix thérapeutique, s'inspirer des traitements qui se sont révélés efficaces antérieurement chez le patient.
- Privilégier les formes orales, mais selon les attentes et les représentations du patient, d'autres modes d'administration peuvent se justifier.
- Rechercher les allergies et les contre-indications (relatives) aux (groupes de) médicaments avant leur administration.
- Être attentif à la fonction rénale.
- Tenir compte d'éventuelles interactions médicamenteuses, en particulier pour les traitements prescrits pour plusieurs jours.
- Réévaluer la douleur à intervalles réguliers et selon les interventions à but antalgique.
- À la fin de la consultation, donner un plan d'action pour la poursuite de la prise en charge antalgique à domicile (posologies et horaires des médicaments, réserves, contact médical).
- Si prescription d'opiacés à la sortie du patient, expliquer les précautions et les effets indésirables au patient.
- Être attentif à la prescription d'opiacés chez les patients connus pour un trouble de la personnalité et/ou une dépendance à l'alcool ou aux benzodiazépines.

4.1. PARACÉTAMOL (ACÉTAMINOPHÈNE)

Le mécanisme d'action du paracétamol n'est pas clairement identifié mais pourrait présenter un mécanisme complexe incluant l'activation des systèmes sérotoninergique et cannabinoïde, ce qui explique un effet analgésique et antipyrétique d'action centrale dépourvu d'effet anti-inflammatoire périphérique, contrairement aux AINS. Dans les modèles de douleurs aiguës post-opératoires, 1'000 mg de paracétamol se sont montrés plus efficaces que le placebo, mais environ 2 fois moins efficaces que 400 mg d'ibuprofène ou que 50 mg de diclofénac.

CAVE: le métabolisme du paracétamol dépend en partie des CYP1A2 et CYP2E1 : l'induction du CYP2E1 par l'alcool ou l'isoniazide potentialise la formation de métabolites intermédiaires hépatotoxiques. De plus, le patient alcoolique présente une diminution des réserves de glutathion nécessaire à la détoxification des métabolites du paracétamol. En cas d'abus d'alcool, l'administration de paracétamol ne doit pas dépasser 2 grammes par jour.

4.2. ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS⁴ ET PARACÉTAMOL

Cinétique : le temps nécessaire jusqu'à l'obtention du stade d'équilibre entre l'absorption et l'élimination du médicament est atteint après 4 demi-vies : un AINS de courte demi-vie (p. ex. diclofénac) nécessitera peu de temps pour atteindre les concentrations thérapeutiques souhaitées, mais les administrations journalières devront être répétées plus souvent.

		Voie administration	PIC action après prise p.o.	Demi-vie	Posologie équipotente	Prix min. 2016 (générique)
Diclofénac	Voltarène®	p.o. / i.m.	30 min	1.5 h	50-150 mg	6.25 CHF (30 cpr) Diclofénac Helvepharm 50mg
Ibuprofène	Brufen®	p.o. / supp.	90 min	2 h	1200-1800 mg	7.20 CHF (20 cpr) Grefen, Ibuprofen Actavis 400mg
Acide méfénamique	Ponstan®	p.o. / supp.	120 min	2 h	1000-1500 mg	5.60 CHF (10 cpr) Mefenamin Pfizer 500mg
Célécoxibe	Célébrex®	p.o.	160 min (aliments !)	11 h	100-400 mg	27.05 CHF (30 cpr) Celecoxib Helvepharm 100mg
Kétorolac	Tora-Dol®	p.o. / i.m. / i.v.	35 min	5.5 h	10-40 mg	75.- CHF cpr - non sur LS Tora-Dol 30 mg/ml amp: 17.65 CHF (5 amp)
Paracétamol	Dafalgan®	p.o. / i.v.	50 min	2 h	2-4 g	6.35 CHF (16 cpr) Paracétamol Mepha 1g

Tableau 1 : Anti-inflammatoires non stéroïdiens et paracétamol.

Sélectivité et effets indésirables : l'usage d'AINS COX-2 sélectifs diminue le risque d'une lésion iatrogène de la muqueuse gastro-intestinale, mais ne l'exclut en aucun cas, car il s'agit d'un effet indésirable dépendant de la dose et de l'âge et des co-médications. En raison de leur long délai d'action, les inhibiteurs COX-2 sélectifs ne sont pas un 1^{er} choix pour le traitement des douleurs aiguës. Tous les AINS, y compris les inhibiteurs COX-2 sélectifs, favorisent l'apparition d'une insuffisance rénale chez les sujets à risque. L'âge >65-70 ans, l'association à un IEC ou un diurétique, la déshydratation et une néphropathie ou une insuffisance cardiaque constituent des facteurs de risque majeurs fréquemment rencontrés.

Chez le patient âgé et/ou polymorbide (en particulier si hypertension artérielle, cardiopathie, diabète), un AINS de courte durée action (p. ex. Ibuprofène) devrait être prescrit à but anti-inflammatoire (arthrite p. ex.) pour un temps limité avec un contrôle de la tension artérielle et de la fonction rénale.

L'emploi du Métamizole (Novalgine®), qui présente un mécanisme d'action complexe dont une action inhibitrice sur les COX1 et COX2, est susceptible de provoquer des chocs anaphylactiques et des troubles hématologiques très rares mais graves, ainsi son emploi n'est pas recommandé^{5, 6}.

Interaction cinétique : les AINS empruntent comme voie métabolique majeure les cytochromes P450 (CYP), en particulier le CYP2C9 : des interactions sont susceptibles de se produire, entre autre, lors d'administration simultanée d'antidiabétiques, d'antagonistes des récepteurs AT1 de l'angiotensine II et d'anticoagulants oraux (voir carte interactions médicamenteuses et cytochromes P450, www.pharmacoclin.ch).

Interaction dynamique : l'administration d'AINS peut diminuer le pouvoir antiagrégant de l'acide acétylsalicylique (Aspirine cardio®) en prévention secondaire, augmente le risque d'insuffisance rénale associée aux IEC ou aux antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (sartans) et peut déclencher une hypertension lors d'administration concomitante de vasoconstricteurs (p. ex. spray nasal) ou chez le patient connu pour une hypertension artérielle.

Les AINS topiques ont été démontrés efficaces chez les patients avec des lésions de tissus mous ou dans le cadre d'arthrites inflammatoires (p. ex. diclofénac ; Flector patch®) des petites articulations et du genou.

4.3. OPIOÏDES

Le choix de l'opioïde repose sur l'intensité de la douleur, sur les expériences précédentes du patient et sur la fonction rénale.

Mécanismes d'action : L'action antalgique est principalement médiée par les récepteurs μ alors que les effets psychomimétiques (hallucinations, euphorie) le sont par les récepteurs κ . Pour ces raisons, il convient donc d'éviter la prescription des agonistes purs κ et antagonistes μ tels que pentazocine (Fortalgésic®) ou nalbuphine (Nubaïne®).

La buprénorphine (ex. Temgésic®) est un agoniste partiel des récepteurs μ , mais se lie de façon plus puissante que la morphine (affinité pour les récepteurs μ 20 à 30x supérieure) et pouvant ainsi la déplacer du récepteur. Il n'est pas recommandé d'associer la buprénorphine à d'autres opioïdes.

Métabolisme : la morphine est glucurono-conjuguée en deux métabolites principaux dont un seul (M-6-G) est actif. La plupart des autres opioïdes sont métabolisés au niveau du foie par les cytochromes P450 : il convient d'être attentif aux interactions médicamenteuses lors de prescription simultanée d'un inhibiteur ou d'un inducteur (voir carte interactions médicamenteuses et cytochromes P450, www.pharmacoclin.ch).

Effets indésirables : tous les opioïdes, en raison de leurs actions sur les récepteurs opioïdiques, provoquent des effets indésirables que l'on peut anticiper et prévenir dans la mesure du possible : constipation qui est constante (par des laxatifs de contact, par ex. bisacodyl (Prontolax®) et/ou des laxatifs osmotiques, par ex. Duphalac® ou macrogol (Movicol®)), nausées-vomissements (en principe disparaissent après 3-4 jours d'administration). Donc, prescrire des antiémétiques en réserve, p. ex. métoclopramide (Primperan®). On peut également titrer les doses ou pratiquer une rotation d'opioïdes en cas de somnolence marquée, prurit, rétention urinaire, myoclonies ou hallucinations (cf. table de conversion – tableau 5).

En cas de dépression respiratoire, l'administration d'un antagoniste, la naloxone (Narcan®) s'avère efficace.

Formes galéniques : il est recommandé de favoriser la forme orale par comprimés rapide ou retard ou sirop et de tenir compte du délai d'analgésie.

		Délai action	Durée action	Demi-vie
Codéine	PO	30-60 min	4-6 h	3 h
Tramadol	PO	45 min	2-30 h	6 h
Buprénorphine	SL	30-90 min	6-8 h	5 h
	patch	11-21 h	72-96 h	26 h
	IV	15 min	4-8 h	2-3 h
	SC	30-60 min	6-8 h	-
Morphine	PO-LI	30-90 min	4-7 h	2-3 h
	PO-LP	1-3 h	12-24 h	4-15 h
	IV	10-20 min	env 4 h	env 2 h
	SC	30-60 min	env 4 h	1-5 h
Hydromorphone	PO-LI	30-60 min	3-4 h	2-3 h
	PO-LP	3 h	12-24 h	8-15 h
	IV	15 min	4-5 h	-
	SC	15 min	4-6 h	-
Fentanyl	patch	12-24 h	72 h	20-27 h

Tableau 2 : Cinétique des opiacés (correspond à une dose unique hors insuffisance rénale ou hépatique).

Modalités pratiques lors de l'introduction d'opiacés :
Donner des réserves (10% de la dose de 24 heures ; p.ex. : 3-4 x 5mg/24h)
Augmentation par paliers de 30% de la dose de 24 heures toutes les 4 demi-vies (8 heures)
Lors du passage PO à SC : diviser par 3 la dose orale de 24 heures
Lors du passage PO à SC ou IV : diviser par 3 la dose orale de 24 heures

	Dose initiale			Dose max	Notes
	Jeune Bon EG	Âgé Bon EG	Mauvais EG		
Codéine p.o	3x 30 mg				Cave : mauvais métaboliseurs
Tramadol p.o	4x 50 mg	3-4x 25 mg	3-4x 12.5 mg	400 mg (200 mg si âgé et MEG)	Cave : Effet sérotoninergique et mono-aminergique Interaction avec les antidépresseurs
Tapentadol	4x 50 mg	3-4x 25 mg	3-4x 25 mg	600 mg (attention si âgé et MEG)	Effet mono-aminergique
Buprénorphine p.o	3x 0.2 mg	3x 0.2 mg	3x 0.1 mg		Indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance créatinine calc. <30 ml/min)
Morphine p.o	6x 10 mg	6x 5 mg	6x 2.5 mg		
Hydromorphone p.o	6x 1.5 mg	6x 1 mg	6x 0.5 mg		
Oxycodone p.o.	6x 5 mg	6x 2.5 mg	6x 1 mg		Interactions médicamenteuses
Fentanyl patch	Ne pas commencer chez un patient opioïde-naïf. Délai de l'action après l'introduction du patch (environ 12h) et de la persistance de l'action à l'arrêt du patch (environ 24 heures).				

Note : BEG : bon état général, MEG : mauvais état général (fonction rénale ou hépatique altérée ; nombreuses comorbidités).

Tableau 3: Doses initiales des principaux opiacés.

		Exemple de posologie journalière	Prix du plus petit emballage (CHF)	Coût journalier le plus bas
Codéine- paracétamol	Co-dafalagan®	3x 30/500 mg	6.05 (16 cp)	1.15
Tramadol	Tramadol Mephal®	3x 50 mg	5.35 (10 cp)	1.60
	Tramadol Mepha retard®	2x 100 mg	7.40 (10 cp)	1.50
	Tramadol Mepha® gtttes (1ml = 100 mg = 40 gtttes)	3x 50 mg (20 gtttes)	8.05 (10 ml)	1.30
Tramadol- Paracétamol	Tramadol-paracétamol Mepha (Zaldiar®)	3x 37.5/325 mg	7.30 (10 cp)	2.20
Tapentadol	Palexia®	4x 50 mg	37.65 (20 cp)	7.50
	Palexia® solution 20 mg/ml	4x 50 mg	53.80 (100 ml)	5.80
	Palexia® retard	2x 100 mg	66.90 (30 cp)	4.40
Buprénorphine	Temgesic® cp sublingual	3x 0.2 mg	14.80 (10 cp)	4.40
	Transtec®	35 microgr/h	52.25 (4 pièces)	4.50
	Temgesic® ampoules	3x 0.1 mg	/	
Morphine	Morphine sirop 0,1% (= 1 mg/ml) 1% (= 10 mg/ml) 2% (= 20 mg/ml)	6x 10 mg	16.05 (20 ml ;1%)	4.80
	Sevredol®	6x 10 mg	25.80 (20 cp)	7.70
	M retard Helvepharm®	3x 20 mg	27.15 (60 cp à 10 mg)	2.70
	MST suspension	3x 20 mg	43.95 (30 pièces)	4.40
	Ampoules pour sc-iv	6x 5 mg	/	
Hydromorphone	Palladon®	6x 1.3 mg	28.35 (30 cp)	5.70
	Palladon retard®	3x 4 mg	54.85 (30 cp)	5.50
	Jurmista®	1x 8 mg	92.25 (28 cp)	3.30
	Palladon® injectable	6x 0.7 mg	/	
Oxycodone	Oxynorm®	6x 5 mg	29.00 (28 cp)	3.65
	Oxycodone Streuli®	2x 10 mg	34.70 (30 cp)	2.30
	Targin® (+ naloxone)	2x 5/2.5 mg	42.55 (30 cp)	2.84
Fentanyl	Fentanyl® Actavis®	25 microgr/h	25.35 (5 pc)	1.70
Méthadone*				

* Réserver à des situations particulières

Ces posologies sont données à titre indicatif ; elles doivent être adaptées au patient.

Tableau 4 : Principaux opiacés à disposition.

10 mg de morphine orale				
100 mg de codéine (x10)	100 mg de tramadol (x10)	0.15 mg de buprénorphine (: 60-70)	2 mg de hydromorphone (: 5)	5 mg d' oxycodone (: 2)

Tableau 5 : Table de conversion des opioïdes par voie orale.

Les tables de conversion ne tiennent pas compte des variations interindividuelles et de la tolérance croisée incomplète. Lorsque l'on change d'opioïde, il est fortement recommandé de diminuer de 30% à 50% la dose calculée à partir de la table et d'adapter la posologie selon la réponse antalgique et la tolérance du patient con

5. SITUATIONS PARTICULIERES

5.1. TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHEZ LES PATIENTS DÉPENDANTS DES OPIACÉS

La douleur est cependant fréquente chez les patients usagers de drogues ; si l'exposition aux opiacés peut parfois faire renaître une appétence pour les opiacés, la non-reconnaissance et la mauvaise prise en charge de la douleur peut également précipiter l'augmentation de la consommation ou les rechutes. Les patients sous traitement de substitution sont déjà dépendants, il n'y a donc pas de risque de créer une dépendance en administrant un traitant opiacé en vue d'une antalgie.⁶

Une bonne compréhension entre patient et soignant conduit à un meilleur succès de l'antalgie; écouter les demandes et les craintes et expliquer les stratégies choisies.

Erreurs à éviter chez les patients sous traitement de méthadone :

- Penser que la dose de maintenance de méthadone suffit à l'antalgie.
- Doser de manière inadéquate les opiacés.
- Arrêter ou diminuer le traitement de méthadone pour introduire une antalgie.

Traiter la douleur chez un patient sous méthadone :

- Comme chez tout patient, démarrer par des antalgiques non opiacés en cas de douleurs modérées.
- Évaluer la dépendance du patient.
- **Ne pas changer la dose de méthadone.**
- Ne pas prescrire d'antagonistes partiels qui vont précipiter des symptômes de sevrage (buprénorphine, pentazocine, nalbuphine).
- Si indiqué par la clinique, choisir un opiacé par voie orale si possible, qui sera dédié au traitement de la douleur, la méthadone restant dédiée à la dépendance.
- Se souvenir que les patients dépendants ont un seuil à la douleur moins grand et une tolérance induite et que les doses nécessaires risquent d'être plus élevées.
- Pour les douleurs chroniques privilégier les opiacés à longue durée d'action.
- Discuter cette différenciation des traitements au patient (sont souvent soulagés que l'on n'augmente pas la méthadone).
- Mettre le médecin prescripteur de la cure de méthadone au courant de l'introduction d'un traitement de la douleur.
- En cas d'hospitalisation, parler avec le patient de ses éventuelles envies de consommation d'opiacés (héroïne). Cela le soulagera de ne pas se sentir jugé. Si ses consommations sont dues aux douleurs, le traitement antalgique devrait être réévalué. Rappelez-lui qu'en cas de consommation IV, il peut demander du matériel d'injection propre aux infirmières du service.

5.2. DOULEURS CHRONIQUES EXACERBÉES

Dans les situations d'exacerbation de douleurs chroniques (inexpliquées par un substrat organique), l'aspect relationnel de la prise en charge prend une dimension particulièrement importante.⁷ Cette prise en charge comprend :

- L'écoute de la plainte
- La recherche de facteurs de déstabilisation psycho-sociaux
- L'examen physique
- La légitimation de la souffrance
- Une dédramatisation et une rassurance
- La vérification de la concordance des objectifs du patient et du soignant
- Le rappel qu'il n'y a pas de médicament «miracle» ; éventuellement apporter une modification mineure au traitement pré-existant (p.ex. modifier un dosage) mais se garder de changements importants
- Le contact avec le médecin traitant et la référence du patient à son réseau habituel
- Privilégier les approches non-médicamenteuses : physiothérapie, froid-chaud, hypnose, relaxation, balnéothérapie,...

5.3. DOULEURS NEUROGÈNES

Si le diagnostic ou les résultats du questionnaire DN4 suggèrent une douleur neurogène, un traitement pour les douleurs neurogènes devra alors être envisagé.⁸ Ces traitements comprennent l'introduction d'un traitement antidépresseur tricyclique (amitriptyline (Saroten®)) ou mixte (venlafaxine (Efexor® ou génériques)) ou duloxetine (Cymbalta®) ou un traitement anti-épileptique (par ex. gabapentine (Neurontin® ou génériques)) ou prégabaline (Lyrica® ou génériques).

Les patches de lidocaïne topiques sont efficaces chez les patients avec des douleurs neuropathiques telles que les douleurs post-zostériennes ou une neuropathie diabétique (Neurodol tissugel®).

Pour l'antalgie chez la femme enceinte, nous vous recommandons de consulter le site du centre de référence sur les agents tératogènes : <http://lecrat.fr/>.

5.4. DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE :

La douleur chronique est très fréquente chez les personnes âgées et ses conséquences sont souvent sévères. Plusieurs études ont montré que la douleur est souvent insuffisamment contrôlée chez les personnes âgées parce qu'elles ont tendance à banaliser la douleur, mais aussi parce que le personnel soignant sous-estime leur douleur.⁹ Le retentissement des douleurs chroniques peut vite être catastrophique pour le malade âgé, qui ne peut peut-être plus effectuer seul les actes de la vie quotidienne, et qui peut présenter des troubles du sommeil, de l'appétit, des chutes, des difficultés de mobilisation et une dépression.

Vu les troubles mnésiques et la désorientation temporo-spatiale, l'évaluation de la douleur est plus difficile chez les patients atteints de démence. Différentes échelles d'hétéro-évaluation de la douleur ont été validées chez les patients atteints de démence au cours de ces dernières années : « Algoplus » pour la douleur aiguë, « Doloplus » et ECPA (Evaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée) pour les douleurs chroniques. Néanmoins, il faut se rappeler que ces échelles doivent être réservées aux patients atteints de démence sévère ne pouvant pas communiquer.

Les outils sont à disposition sur le site du réseau douleur : <http://reseaudouleur.hug-ge.ch/> (outils d'évaluation).

REFERENCES

1. Part III: Pain Terms ACLwDaNoUp-CoCP, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, ed.; 1994.
2. Hwang U, Richardson LD, Harris B, Morrison RS. The quality of emergency department pain care for older adult patients. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:2122-8.
3. Macaluso CR, McNamara RM. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. *Int J Gen Med* 2012;5:789-97.
4. Rains SA. Perceptions of traditional information sources and use of the world wide web to seek health information: findings from the health information national trends survey. *J Health Commun* 2007;12:667-80.
5. Roulet L, Luthy C, Garin N, et al. [Opioid rotation: from theory to practice. Interdisciplinary recommendations from the Geneva University Hospitals pain network]. *Rev Med Suisse* 2011;7:1400-4, 6.
6. Scimeca MM, Savage SR, Portenoy R, Lowinson J. Treatment of pain in methadone-maintained patients. *Mt Sinai J Med* 2000;67:412-22.
7. Andreassen HK, Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, et al. European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BMC Public Health* 2007;7:53.
8. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology* 2015;14:162-73.
9. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *JAMA*. 2014;312:825-36.
10. Réseau douleur : <http://reseaudouleur.hug-ge.ch/> (tableaux des doses équivalentes des opiacés)
11. CAPP-Info : <http://pharmacoclin.hug-ge.ch/library/pdf/cappinfo52.pdf>

Dernière mise à jour 2017 par : S. Pautex, V. Piguet