

SPECIFICITES DES ANTALGIQUES EN GERIATRIE

Assises Vendéennes de la Douleur

La Roche sur Yon

4 février 2012

Docteur Bruno COMYN

Aucun conflit d'intérêt

- **TERRAIN:**
spécificités du patient âgé
- **MEDICAMENT(S):**
spécificités thérapeutiques liées à âge
- **SITUATIONS à RISQUES:**
insuffisance d'organe,
dénutrition,
cas particuliers

SPECIFICITES DU SUJET AGE (1)

- Fréquence des pathologies associées, et donc polythérapie
=> anticiper effets secondaires (constipation, nausées, troubles cognitifs), surdosage
=> attention aux interactions médicamenteuses et aux associations d'analgiques
- Fréquence des troubles cognitifs, du syndrome confusionnel
=> voie d'administration simple et adaptée, surveiller prise
=> attention aux modifications de traitement (psychotropes)
- Fréquence des troubles neuro sensoriels: aphasie, dysarthrie, surdité, cécité
- Evaluation de la douleur = difficile chez le sujet âgé

SPECIFICITES DU SUJET AGE (2)

- Modifications physiologiques liées au vieillissement
- Tenir compte de la clairance de la créatinine, du poids, de la dénutrition (albumine)
- ↑ masse grasse => accumulation du fentanyl, des bzd
- ↓ masse maigre => ↑ concentration en morphine
- Privilégier molécules à $\frac{1}{2}$ vie courte

PALIER 1

- Ne pas surdoser ains à dose antalgique (et éviter ains à dose normale) :
 - tolérance rénale et digestive, interaction avec avk
- Attention à Nefopam (Acupan*):
 - effet tachycardisant
 - effets anticholinergiques
- Paracétamol:
 - interférence avec avk
 - attention à insuffisance hépatique sévère
 - attention à allergie

PALIER 2

- Codéine

- 7% de la population ne la transforme pas en morphine => peu efficace
- constipation surtout, aussi troubles de équilibre et confusion

- Tramadol

- Tolérance très variable: mieux toléré en LP qu'en LI
- Penser aux formes LP peu dosées pour couvrir nuit (zamuol* LP 50)
- Confusion, troubles digestifs (ixprim*)
- Risque de convulsion si
 - > 400 mg / 24h (mais même aux doses recommandées < 400 mg / 24h)
 - patient épileptique non équilibré par ttt
 - association avec d'autres produits abaissant seuil épileptogène (irs, 3cycliques, antipsychotiques, ...)
- INR augmenté si associé à coumarinique (sintrom*)

MORPHINIQUES

- Expliquer, débusquer mythes, antériorité
débuter à ½ doses
avec formes orales LI et non LP
« start low and go slow »

Titration = indispensable ++

- Anticiper et rechercher:
effets secondaires (constipation, nausées, tr neuro psychiques,
sommolence)
surdosage (sommolence, dépression respiratoire)
- Prescrire laxatifs ++++++

FENTANYL patch

- Pas d'emblée
- Seulement après titration avec morphiniques LI orale ou iv, ou à défaut début par dose la + faible
- Pas par facilité, mais avec de « bonnes » raisons:
mauvaise compliance au ttt oral, confusion, somnolence, tr déglutition , nausées vomissements
- Plutôt pour douleur stable, peu maniable
- Risque d'accumulation et surdosage (somnolence, confusion, dépression respiratoire) , de patch +/- décollé, ou laissé en place,
- Attention si fièvre, et ne pas poser dans le dos
- Tachyphylaxie et donc majoration des doses « inexorable »
- Moins constipant ?
- En principe tous les 3 jours (parfois plus, parfois moins)

ANTIDEPRESSEURS, ANTICONVULSIVANTS

- Beaucoup d'effets secondaires: « Primum non nocere »
- Souvent associés à d'autres médicaments et donc potentialisation des effets secondaires
- Tolérance souvent médiocre, surtout en montant posologie, empêchant parfois d'atteindre des doses efficaces
- Privilégier celui que l'on connaît et manipule bien
- Antidépresseurs:
 - globalement les anciens (tricycliques: Laroxyl*, Anafranil*) semblent plus efficaces que les plus récents (irs), mais au prix d'une tolérance médiocre,
 - posologie progressivement croissante: dose efficace antalgique # ½ de dose antidépressive

POUR RIRE !!

- Ne pas oublier MEOPA (mélange équimoléculaire oxygène et protoxyde d'azote)
 - Pour gestes cutanés superficiels (pansements)
 - Expliquer +++, accompagner patient pendant séance
 - Bien toléré, évite sédation post antalgie par morphiniques
 - Seul (épargne morphinique) ou en complément avec antalgiques habituels
 - Peu de potentialisation avec morphiniques
 - Rapidement réversible si problème
- => A utiliser largement (pb = coût)

GALENIQUE

- ½ vie adaptée à la douleur à prendre en charge:
 - La + courte possible pour adp ou soins ponctuels (pansements, escarres...): abstral*, instanyl,* oxynormoro*
 - Couvrant nuit si douleur nocturne (zamudol* Ip 50)
 - Éviter les formes LP 1 prise / jour avec effet sur 24h (monocrixo*LP, monotramal*LP, monoalgic*LP): peu maniable, risque accumulation et surdosage, quid si erreur dans prise
- Règle générale: ne pas écraser cp, ne pas ouvrir gélule sans vérifier faisabilité pharmacologique (*pb: Vidal ne le dit pas; cf Ormedims Poitou Charentes*)
 - ☉ *Ne pas écraser, faire fondre ou croquer les comprimés de MoscontinLP,* d'Oxycontin LP**
 - ☉ *Possibilité d' ouvrir les gélules de Skénan*, d'Actiskénan,* d'Oxynorm**
- Si dysphagie ou trouble de déglutition: patch (durogésic*, matrifen*), ou injectable (topalgic*, zamudol*, morphine, oxynorm*), ou sublingual (abstral*, effentora*, oxynormoro*, orozamudol*) ou spray nasal
- Actiq* mal adapté à gériatrie, spray nasal intéressant (pecfent*, instanyl*)
- Ne pas surdoser ains à faible dose
- Attention aux ressemblances (tr de vue, cognition): skenan* et actiskenan*

SOUS/SUR TRAITEMENT

- Pas d'initiation ou de modification de posologie sans évaluation précise

⇒ bien évaluer et réévaluer le (les) type(s) de douleur et leur(s) intensité(s)

- Douleur souvent sous évaluée , donc sous traitée

au milieu de pathologies multiples

et du fait de l'évaluation difficile et des modes d'expression différents /sujet jeune:

- dépression, syndrome de régression psycho motrice
- agitation, agressivité
- isolement social
- troubles du sommeil
- troubles de l'appétit, dénutrition
- troubles de la marche, chutes, perte d'autonomie, altération état général

- Attention aussi au surtraitement ou au traitement inadapté

Un grand coupable: le REIN

Prévenir la dégradation de la fonction rénale, c'est s'assurer :

- D'une hydratation correcte
- De la « liberté » des voies urinaires
- Du traitement rigoureux de toute pathologie infectieuse
- Du contrôle métabolique du diabète
- De l'équilibre tensionnel
- Du dépistage des néphropathies glomérulaires « curables »
- De l'utilisation éclairée des médicaments à potentialité néphrotoxique
- De la sélection « draconienne » des examens radiologiques contrastés

Un calcul indispensable: CLAIRANCE DE LA CRÉATININE

- Formule de Cockroft et Gault

$$\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids}}{\text{créatinine en } \mu\text{mol}} \left\{ \begin{array}{l} \times 1.25 \text{ chez homme} \\ \times 1.04 \text{ chez femme} \end{array} \right.$$

(sous évalue de 25% environ fonction rénale, surtout si dénutrition)

- Formule MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)

Âge, poids, créa $\mu\text{mol/l}$, sexe, peau noire ou pas

< 30 ml/mn	Insuff rénale sévère
30 à 60 ml/mn	Insuff rénale modérée
60 à 80 ml/mn	Insuff rénale légère
80 à 120 ml/mn	Normal

UNE NECESSITE: ADAPTER DOSES à LA FONCTION RENALE

Si insuffisance rénale, et selon la clairance calculée (MDRD)

- Diminuer dose par prise, avec les mêmes espaces entre les prises
(par ex – 30 à 40 %)
- ou espace les prises avec la même dose
(par ex toutes les 6 ou 8 h au lieu de toutes les 4h)
- Attention aux formes LP d'élimination plus lente

SITUATIONS à RISQUES

- Insuffisance rénale (morphiniques Tout! En fait)
- Insuffisance respiratoire (codéine, morphiniques)
- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance hépatique (paracétamol)
- Dénutrition , hypoalbuminémie

+

Terrain épileptique (tramadol)

Patient sous avk (tramadol)



CIGANO 1110

Das vielfache Opfer von „Gesundheit fördernden Nahrungs-
mitteln und andern „sanitären“ Erfindungen.“