



Fiche d'information N°. 2

Gestion des médicaments pour les personnes vulnérables

Des recommandations de traitement pour la gestion de la douleur et la prescription d'antalgiques pour différents groupes d'âge et maladies spécifiques ont été développées de part le monde, mais des recommandations spécifiques pour les patients vulnérables manquent encore [1,2]. Les antalgiques utilisés pour la douleur chez les patients âgés sont les mêmes que chez les personnes jeunes, mais des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques apparaissent avec l'âge ou la maladie et peu d'études suggèrent des altérations significatives importantes chez les personnes âgées fragiles en comparaison des personnes âgées en bonne santé.

- Le traitement pharmacologique de la douleur chez les patients âgés [3,4] est un défi en raison des co-morbidités qui nécessitent de multiples médicaments (les patients âgés sont réputés prendre entre 5 et 10 médicaments chaque jour) avec des interactions potentiels et avec le risque de prescription médicamenteuse inappropriée dans approximativement une prescription sur cinq.
- Les enjeux sont encore amplifiés en présence d'une fragilité et d'une cognition altérée qui peuvent impacter la pharmacocinétique et la pharmacodynamique des antalgiques dans cette population et encore augmenter son hétérogénéité. La douleur est plus difficile à évaluer et à traiter chez les patients avec une démence, puisqu'ils ont des difficultés à exprimer la douleur, les antalgiques peuvent exacerber des altérations cognitives, et l'expression de la douleur peut être faussement diagnostiquée comme des symptômes neuro-psychiatriques liés à la démence.
- La modification la plus significative de la pharmacocinétique rencontrée chez les patients âgés et fragiles est la diminution de la fonction rénale, qui est très fréquente avec l'âge, et les médicaments éliminés par le rein ont souvent une demi-vie plus longue.
- L'effet secondaire le plus fréquent de tous les médicaments antalgiques est neuro-psychologique, particulièrement dans des contextes de soins de longue durée. Les preuves d'effets nocifs (ENs) des opioïdes et autres médicaments (antidépresseurs, anticonvulsivants)

ont été bien documentés, et l'administration concomitante de plusieurs médicaments agissant sur le SNC augmente encore le risque, comme cela a été montré avec les chutes.

- La polymédication devrait être hiérarchisée afin d'éviter les ENs et les interactions entre médicaments qui sont très fréquents chez le sujet âgé.
- En plus des traitements pharmacologiques de la douleur, des approches non pharmacologiques devraient toujours être utilisées pour un bénéfice thérapeutique synergique et réduire le nombre et la dose des médicaments.
- Le risque d'ENs et de toxicité des médicaments est exponentiel avec le nombre de médicaments. En principe, chacun devrait toujours être certain que tous les médicaments prescrits sont nécessaires et bien tolérés. Ceux qui ne le sont pas devraient être stoppés.
- Lors de la prescription d'un antalgique à un patient âgé, une ré-évaluation fréquente de l'indication et de la présence d'EN devrait être réalisée, et l'antalgique stoppé si le risque dépasse les bénéfices.
- Lors du choix d'un médicament antalgique, chacun devrait toujours favoriser celui avec le moins de toxicité, (e.g. acetaminophen (paracétamol), qui peut être donné régulièrement pour une douleur constante.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdien (AINS) devraient être utilisés avec précaution, à la plus faible dose possible pour la période de temps la plus courte possible et pour des maladies inflammatoires, car ils sont responsables de l'apparition fréquente d'EN.
- Utiliser plusieurs antalgiques à faible dose permet souvent une meilleure analgésie, avec moins d'EN. Par exemple, prescrire un antidépresseur avec des propriétés antalgiques (e.g., duloxétine, milnacipran) peut traiter à la fois la douleur, l'anxiété et la dépression.
- Les anticonvulsivants avec le meilleur rapport bénéfice/risque comme les gabapentinoïdes (prégabaline, gabapentine) devraient être utilisés en première intention pour la douleur neuropathique.
- Les agents anticholinergiques comme les antidépresseurs tricycliques (e.g., amitriptyline) devraient être évités en raison de leurs fréquents ENs (confusion, arythmie, chutes).
- Comme pour tous les patients douloureux, les opioïdes peuvent être utilisés en présence d'une douleur intense interférant avec le fonctionnement et la qualité de vie. Les opioïdes habituellement recommandés chez le patient âgé sont l'oxycodone et l'hydromorphone, qui s'accumulent moins en cas d'insuffisance rénale (fréquente chez les patients âgés) que la morphine ou la codéine.
- Lorsqu'est utilisé un médicament au mécanisme double comme le tramadol, il doit être porté une attention spécifique aux interactions médicamenteuses avec des médicaments concomitants.
- Les opioïdes à libération prolongée ou de longue durée d'action devraient être utilisés seulement chez des patients déjà traités avec une dose identique d'opioïde de courte durée d'action, afin d'éviter la dépression respiratoire chez des patients naïfs d'opioïdes.
- Quelque soit le médicament prescrit, il devrait être débuté à la dose la plus faible disponible et titré lentement, avec une ré-évaluation fréquente de l'efficacité analgésique et des effets indésirables.
- Les recommandations générales vont dans le sens d'une approche plus adaptée basée sur une optimisation du traitement et une anticipation d'éventuels problèmes liés aux médicaments (chutes, hospitalisation). Toutefois, le traitement de la douleur chez des personnes vulnérables avec troubles cognitifs, problèmes de communication ou démence, représente un réel défi pour un certain nombre de raisons: l'évaluation de la douleur est particulièrement difficile dans cette population, la titration et la recherche de la bonne posologie sont lourdes, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sont facilement confondus avec une douleur, les médicaments psychotropes sont fréquemment associés aux effets indésirables cognitifs comme un délirium. Toutefois, malgré ces défis pour traiter la douleur

de patients vulnérables, une attention particulière devrait être portée pour ne pas ignorer ou sous-traiter une douleur, comme cela est malheureusement trop souvent le cas.

REFERENCES

[1] American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatrics Soc* 2009; 57:1331-1346.

[2] Pergolizzi J, Boger RH, Budd K, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract* 2008; 8:287-313.

[3] Pickering G, Analgesic use in the older person. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012; 6:207-12

[4] Pickering G and Lussier D. Pharmacology of Pain in the elderly”, in “Pharmacology of Pain” editors Lussier, Beaulieu, IASP press, USA 2010 p547-565.

AUTEURS

Gisèle Pickering, MD, PhD, DPharm
Professor of Medicine and Clinical Pharmacology CPC/ CICs Inserm
University Hospital, Clermont-Ferrand
Cedex France

David Lussier, MD
Institut universitaire de gériatrie du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal,
Université de Montréal
Montréal, Québec, Canada