



Fiche d'information N°. 4

Gestion de la douleur au cours de la démence

Plusieurs maladies peuvent conduire à une détérioration cognitive, qui vont conduire à des problèmes progressifs dans la vie quotidienne et la communication et le comportement, comme une agitation, une apathie, ou des perturbations du sommeil. C'est ce syndrome que nous appelons Démence. Les plus fréquentes sont la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire, et l'association des deux. La maladie de Parkinson, la maladie de Huntington, le SIDA et d'autres maladies plus ou moins rares peuvent conduire à une démence. Même si toutes ces maladies peuvent se terminer dans le même état de démence, la neuro pathologie de toutes ces maladies est différente, et ainsi l'impact sur le système de traitement de la douleur. Il a été montré que les personnes avec démence (PaD) sont plus susceptibles d'être peu évaluées concernant la douleur et beaucoup d'études montrent qu'ils utilisent moins d'antalgiques [1].

Le traitement central de la douleur au cours de la démence peut être altéré

- Dans la maladie d'Alzheimer, les personnes ressentent une douleur, mais l'interprétation et l'évaluation cognitive et émotionnelle de la douleur peuvent être différentes.
- Dans la démence vasculaire, les personnes ont souvent plus de douleur, en raison des lésions de la substance blanche qui peut stimuler une douleur centrale.
- Puisque les causes de démence sont des maladies neuropathologiques progressives, l'impact sur le traitement de la douleur est dépendant du stade de la maladie.
- Dans presque tous les types de démence, la communication est sérieusement altérée au moins à la fin.
- Des études expérimentales montrent que le seuil de douleur est quelque peu plus élevé dans la maladie d'Alzheimer, et que les réponses autotomiques sont entravées.
- Des études expérimentales montrent également que les expressions faciales après un stimulus douloureux augmentent chez les PaD [6].

Le défi de l'évaluation de la douleur au cours de la démence

- L'auto-évaluation de la douleur (et les effets et effets indésirables des médicaments) n'est pas toujours possible, particulièrement aux stades les plus avancés.

- Les outils habituels d'évaluation de la douleur ne sont pas toujours applicables, particulièrement aux stades avancés.
- Les professionnels de santé sont souvent mal entraînés pour la communication avec les PaD, avec pour conséquences des déficits dans l'attitude et les connaissances concernant à la fois la démence et la douleur [8].
- Lorsque les outils d'évaluation habituels de la douleur (auto-évaluation) ne sont plus valables, les instruments observationnels sont disponibles.
- Il existe plus de 35 outils observationnels, mais à la fois la validation et la mise en oeuvre sont généralement faibles.
- La douleur est souvent exprimée sous forme de comportement (par exemple agitation).
- Les professionnels de santé formel ou non se focalisent sur le traitement du comportement, souvent avec des médicaments antipsychotiques au lieu d'un traitement de la douleur.
- La différence entre les causes de symptômes neuropsychiatriques n'est pas facile.

Prise en charge interdisciplinaire et non-pharmacologique

- Les PaD ont un large éventail de besoins médicaux, sociaux, et psychologiques. La prise en charge de la douleur est toujours à multiples composants, et par conséquent devrait être interdisciplinaire.
- Puisque la plupart des personnes avec démence sont âgées, ils ont un risque plus élevé de réactions indésirables aux médicaments. Les interventions non pharmacologiques (comme des activités sociales, mentales, physiques, comme la musicothérapie) devraient toujours être envisagées en première ligne.
- En raison de la présentation et de l'évaluation modifiées de la douleur, il existe une composante psychologique et comportementale importante dans l'expérience d'une douleur. En conséquence, des interventions comportementales et apaisantes qui rassurent et relaxent les PaD devraient être aussi un choix de premier ordre. Toutefois, il y a peu d'accord d'expert ou de preuves concernant le contenu et l'effet d'intervention non-pharmacologique pour la douleur au cours de la démence [7].

Prise en charge pharmacologique

- Le paracétamol est un antalgique efficace chez la plupart des PaD, mais le « si besoin » ne devrait pas être encouragé puisqu'ils ont souvent des difficultés à communiquer efficacement sur la douleur.
- Concernant les AINS, il faut garder à l'esprit que la plupart des PaD sont des personnes âgées, et le risque d'événement indésirable sérieux (gastrointestinal, rénal et cardiovasculaire) est très réel. Les personnes peuvent aussi avoir des difficultés à communiquer les premiers signes possibles d'effet indésirable sérieux, donc il est recommandé d'être particulièrement prudent, de débiter lentement, et de tenter de stopper le traitement dans les deux semaines.
- L'utilisation d'opioïdes faibles n'est pas encouragée en raison des preuves faibles de leur efficacité et du potentiel d'effet indésirable, dont le délire fait souvent parti.
- Lorsqu'ils doivent être utilisés, les opioïdes forts devraient être proposés, mais « en débutant lentement et poursuivant lentement ». Les personnes avec démence ont également plus d'effets indésirables avec les opioïdes, ainsi il est nécessaire de surveiller et d'évaluer au moins une fois par semaine. Essayer de stopper (« aller lentement ») dans les 6 semaines [5].
- Dans de nombreux pays, des patches de Buprenorphine ou Fentanyl sont très présents chez les personnes avec démence, et souvent utilisés pendant des mois/années.
- Les médecins devraient être critiques sur l'utilisation sur le long terme de tout antalgique, donc les patches.

- La surveillance et l'évaluation de l'efficacité et des effets indésirables du traitement sont très importants et devraient être réalisés régulièrement.
- Les études expérimentales ont montré que les personnes avec une maladie d'Alzheimer et détérioration des fonctions frontales n'ont pas d'effet placebo. Il a aussi été montré que ces patients nécessitaient des doses plus fortes d'antalgiques pour atteindre le même niveau de soulagement de la douleur [3].
- Utilisez un instrument d'évaluation aussi pour l'évaluation. Si l'auto-évaluation est difficile, alors un instrument d'évaluation comportemental comme le MOBID-2, PAINAD ou PAIC devraient être utilisés.

REFERENCES

- [1] Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, de Waal MW, Husebo BS, Lautenbacher S, Kunz M, Scherder EJ, Corbett A. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1471-82.
- [2] Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, Rainero I. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*. 1999 Mar;80(1-2):377-82.
- [3] Benedetti F, Arduino C, Costa S, Vighetti S, Tarenzi L, Rainero I, Asteggiano G. Loss of expectation-related mechanisms in Alzheimer's disease makes analgesic therapies less effective. *Pain*. 2006 Mar;121(1-2):133-44.
- [4] Corbett A, Achterberg W, Husebo B, Lobbezoo F, de Vet H, Kunz M, Strand L, Constantinou M, Tudose C, Kappesser J, de Waal M, Lautenbacher S; EU-COST action td 1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia Collaborators: <http://www.cost-td1005.net/>. An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurol*. 2014 Dec 10;14:229.
- [5] Erdal A, Flo E, Aarland D, Selbaek G, Ballard C, Slettebo DD, Husebo BS. Tolerability of buprenorphine transdermal system in nursing home patients with advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial (DEP.PAIN.DEM). *Clin Interv Aging*. 2018 May 16;13:935-946.
- [6] Lautenbacher S, Kunz M. Facial Pain Expression in Dementia: A Review of the Experimental and Clinical Evidence. *Curr Alzheimer Res*. 2017;14(5):501-505.
- [7] Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ, Husebo BS, Achterberg WP. Interventions targeting pain or behavior in dementia: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013 Sep;12(4):1042-55.
- [8] Zwakhalen S, Docking RE, Gnass I, Sirsch E, Stewart C, Allcock N, Schofield P. Pain in older adults with dementia : A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies. *Schmerz*. 2018 Jun 21. doi: 10.1007/s00482-018-0290-x. [Epub ahead of print]

AUTEURS

Wilco Achterberg, MD, PhD
 Leiden University Medical Centre
 LUMC Department of Public Health and Primary Care
 Leiden, Netherlands

Bettina Husebo, MD
University of Bergen
Department of Global Public Health and Primary Care
Bergen, Norway