

# GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE EN UCDG

ANNEXE 12 - DU DOCUMENT «GUIDE DE GESTION MÉDICAMENTEUSE EN UCDG – 2<sup>ÈME</sup> ÉDITION» [1]

*Cette fiche pratique est présentée à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du médecin ou du pharmacien.*

## Auteurs :

Josée Bergeron, pharmacienne, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, installation CSSS-IUGS  
Jacynthe Roy-Petit, pharmacienne, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, installation CSSS-IUGS  
Julie Kirouac Laplante, M.D., gériatre, CIUSSS Capitale-Nationale (responsable)  
David Lussier, M.D., gériatre, IUGM, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

## Réviseurs :

Josée Filion, M.D., gériatre, CHUM  
Liliane Raduly, pharmacienne, Hôpital Charles-Lemoyne, CIUSSS de la Montérégie-Centre  
Michèle Morin, M.D., gériatre, CIUSSS Capitale-Nationale  
Benoit Dubuc, M.D. médecine familiale, soins palliatifs, CHU de Québec-Université Laval  
Marie-Jeanne Kergoat, M.D., gériatre, IUGM, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal



Regroupement des Unités de Courte Durée Gériatriques  
et des services hospitaliers de gériatrie du Québec

Illustrations : Victoire K-Bezeau

## GÉNÉRALITÉS

La douleur est un problème fréquent chez les personnes âgées. Selon les études épidémiologiques, entre 20 et 60% des aînés vivant à domicile présentent un problème de douleur chronique significatif [2]. L'impact de la douleur peut être important, autant au niveau fonctionnel que psychologique, et peut entraîner des incapacités, un risque accru de chutes, une diminution de la mobilité, des difficultés de sommeil, un risque accru de dépression et d'anxiété, une moins bonne qualité de vie et une plus grande utilisation des services de santé [2].

Les patients admis en unité de courte durée gériatrique (UCDG) peuvent présenter plusieurs types de douleur aiguë à la suite par exemple, d'une fracture, contusion musculaire ou de douleur chronique associée par exemple à l'arthrose, la sténose spinale, etc. La douleur chronique est habituellement définie comme une douleur qui persiste plus de 3 mois ou au-delà de la période de guérison normale d'une pathologie aiguë. Ainsi, la douleur qui persiste plusieurs mois suite à une fracture vertébrale ou pelvienne peut être qualifiée de chronique. Le traitement de la douleur chronique diffère de celui de la douleur aiguë. Alors que le traitement de la douleur aiguë est surtout basé sur l'emploi des analgésiques de courte durée d'action, parfois administrés de façon parentérale, celui de la douleur chronique nécessite souvent une approche multimodale incluant différentes classes d'analgésiques ainsi que des approches non-pharmacologiques et des infiltrations.

## PERCEPTION DE LA DOULEUR ET VIEILLISSEMENT NORMAL

La perception de la douleur est influencée par plusieurs facteurs. Il est difficile, lors d'études expérimentales, d'évaluer l'effet du vieillissement pris isolément des autres facteurs. De plus, la douleur étant une expérience multidimensionnelle, il faut mettre en perspective les résultats des études expérimentales sur la perception de la douleur, car elles n'étudient souvent qu'un aspect de la douleur, et non pas toutes ses facettes simultanément.

Même si les résultats diffèrent, il semble que le **seuil de perception** de la douleur soit légèrement augmenté en vieillissant, nécessitant un stimulus plus intense pour entraîner la même douleur. Selon certaines études, toutefois, les personnes âgées perçoivent les douleurs intenses comme encore plus sévères que les jeunes. Il semble également que la **tolérance** à la douleur expérimentale diminue avec l'âge, c'est-à-dire que la douleur est qualifiée d'intolérable à une intensité plus faible. Enfin, la **résolution** d'une douleur s'avèrerait plus longue en vieillissant. Cependant, il existe une grande variabilité interindividuelle dans toutes ces études expérimentales.

Plusieurs mécanismes neurophysiologiques peuvent expliquer ces différences et le système nerveux périphérique semble y contribuer. Le fonctionnement altéré des fibres nerveuses A $\delta$  et une préservation des fibres C pourraient entre autres, expliquer que la douleur soit ressentie de façon moins précise. Des changements centraux ont également été rapportés, le plus fréquent étant une diminution de l'inhibition des voies nerveuses descendante de la douleur après un stimulus douloureux. Ceci pourrait contribuer à la présence

concomitante de plusieurs types et localisations de douleur, ainsi qu'à une prévalence plus élevée. Pour plus d'informations sur les changements de perception de la douleur associés à la sénescence, le lecteur est invité à consulter la référence de Farrell [3].

## ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Le soulagement de la douleur chronique repose sur une évaluation globale qui regroupe les aspects sensoriel, cognitif, comportemental et affectif de la douleur [4]. Les comorbidités, la médication et le contexte psycho-social modulent l'expérience et l'expression des comportements liés à la douleur, ainsi que le choix des traitements [5]. Une question ouverte telle que « *Parlez-moi de votre douleur, inconfort ou malaise* » permet au patient de s'exprimer librement et donne généralement accès à davantage d'informations le concernant [6, 7]. Le tableau 1 regroupe les principaux éléments à rechercher.

**Tableau 1. Évaluation de la douleur [4, 8]**

<b>PROBLÉMATIQUE DE DOULEUR</b>	
<i>Contexte d'apparition</i>	Repos, activité
<i>Caractéristiques et intensité</i>	Siège, qualité, fréquence, facteurs modifiant la douleur, évolution temporelle  Nociceptive, neuropathique ou mixte  Si patient non communicant : recherche de comportements suggestifs de douleur (annexe 2)
<i>Investigations (si indiquées selon la présentation clinique)</i>	Bilan sanguin, imagerie, consultations médicales et paramédicales
<i>Traitements tentés</i>	Non pharmacologique et pharmacologique (type, dosage, effets favorable ou indésirable)
<i>Informations de tiers</i>	Professionnel ou entourage
<b>ANAMNÈSE MÉDICALE ET PSYCHOSOCIALE GÉNÉRALE</b>	
<i>Conditions médicales et médications</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents médicaux, signes/symptômes nouveaux requérant investigation</li> <li>• Médication d'ordonnance ou en vente libre, abus de substance</li> <li>• Interaction médicament-médicament, interaction pathologie-médicament</li> </ul>
<i>Atteinte sensorielle</i>	Audition, vision, trouble du langage
<i>Atteinte cognitive</i>	Dépistage avec MMSE, MOCA ou Mini-Cog au besoin
<b>IMPACTS DE LA DOULEUR</b>	
<i>Fonctionnel</i>	Autonomie aux AVQ/AVD, mobilité et chutes
<i>Affectif</i>	Symptômes dépressifs, anxiété, sommeil, appétit, qualité de vie
<i>Attitude, stratégies d'adaptation et croyances sur la douleur et son traitement</i>	Catastrophisation, peur de bouger, distraction, réinterprétation de la douleur, etc.
<b>ATTENTES ET OBJECTIFS</b>	Du patient (et parfois de l'entourage ou des aidants)

Traduit et adapté du tableau 1 de l'article «Malec M, Shega JW: Pain management in the elderly. The Medical clinics of North America 2015, 99(2):337-350». Droit d'auteur © 2015. Reproduit avec la permission des auteurs.

L'histoire, l'examen physique et les bilans complémentaires ne permettent généralement pas de retenir une cause unique [9], mais plutôt d'identifier plusieurs types et sites douloureux [5]. Les causes les plus fréquentes touchent les systèmes musculo-squelettique et neurologique. La corrélation entre la sévérité des anomalies observées à l'imagerie et la symptomatologie douloureuse étant souvent faible chez les patients âgés, il convient de prescrire des investigations paracliniques de façon judicieuse afin d'éviter un surdiagnostic qui pourrait contribuer à augmenter l'anxiété du patient.

## Échelles d'évaluation de la douleur

L'auto-évaluation est la méthode de choix pour identifier et caractériser la douleur car elle s'avère fiable, précise et bien établie [5, 10]. De nombreuses études démontrent la faible performance des médecins et des autres professionnels de la santé dans l'identification et l'évaluation de l'intensité de la douleur du patient [5, 11-13]. De nombreuses échelles d'évaluation de la douleur sont disponibles, mais les mieux validées chez la population âgée sont l'échelle numérique 0-10, l'échelle verbale descriptive et dans un degré moindre, l'échelle des visages. Plusieurs études ont démontré qu'il est possible d'utiliser les échelles d'auto-évaluation chez les patients atteints d'un trouble neurocognitif allant de léger à modéré [5], jusqu'à un MMSE de 17/30 [14]. Dans le doute, il convient de valider avec le patient sa compréhension d'une échelle standardisée et de documenter la constance, à quelques minutes d'intervalle, de l'évaluation qu'il fait de sa propre douleur.

Pour le patient non communicant, des échelles ont été développées afin d'évaluer la présence de comportements et attitudes dont l'expression est associée, mais non exclusivement, à la douleur (annexe 2). Nous recommandons le « *Pain Assessment Checklist for Patients with Limited Ability to Communicate* » ou PACLSAC, dont la version québécoise PACSLAC-F a été validée [15] (annexe 3). Cependant, cet outil ne devrait idéalement pas être utilisé de manière isolée pour évaluer la présence de douleur [16, 17].

### Préciser les attentes et établir des objectifs

Afin d'établir des objectifs réalistes et un plan de traitement conséquent, il est primordial de préciser les attentes du patient (et parfois des aidants). Cette discussion permettra aussi d'aborder les croyances et craintes du patient sur la douleur et ses traitements, dont certaines peuvent constituer des barrières à la prise en charge [18]. Par exemple, un manque de confiance en l'efficacité des traitements pharmacologiques futurs est associé à une réduction significative de leur efficacité [19].

**On peut rarement obtenir un soulagement complet de la douleur.** Des cibles réalistes pourraient être un soulagement de 50% des douleurs somatiques ou viscérales, et de 30% pour ce qui est de la douleur neuropathique [20]. Pour d'autres personnes, limiter les effets indésirables associés à la médication, l'amélioration des symptômes psychologiques ou de l'autonomie fonctionnelle pourraient être les enjeux principaux, ce qui modifiera nécessairement l'approche [19, 20].

Lorsqu'un patient atteint de douleur chronique est admis en UCDG pour une pathologie aiguë d'un autre ordre, telle une infection ou une insuffisance cardiaque, il convient de s'interroger du contrôle de la douleur et des objectifs antérieurs à l'hospitalisation. Toutefois, il sera préférable de stabiliser les problématiques médicales aiguës avant de procéder à des changements de la médication analgésique, s'il y a lieu. En effet, il est possible que l'état aigu nous amène à questionner le niveau de contrôle et la thérapeutique en place, mais qu'au final, il n'y ait pas de nouvelle intervention requise autre que la réadaptation du patient au cours de cet épisode de soins.

Un meilleur contrôle de la douleur est le plus souvent obtenu par une approche interprofessionnelle, telle que possible en UCDG, et en combinant les approches non-pharmacologiques, interventionnelles (ex : les infiltrations intra-articulaires ou spinales) et les analgésiques [14, 19]. Un traitement spécifique de la pathologie responsable, tel qu'un remplacement articulaire, une chirurgie spinale ou une chirurgie par rayons gamma pour la névralgie du trijumeau, doit aussi être considéré si disponible et selon les comorbidités du patients [14, 20].

## APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES

Il existe plusieurs limites aux données actuelles sur les approches non pharmacologiques : évaluation de l'efficacité à court terme uniquement, peu de comparaisons des techniques entre elles et la qualité variable des études [19, 21]. Elles doivent néanmoins constituer un outil à part entière. **L'éducation** du patient quant à la cause de sa douleur, son évolution ainsi que les bénéfices espérés des différentes approches favorise l'implication du patient et de ses proches. **L'activité physique**, tout en permettant de limiter le déconditionnement et l'impact fonctionnel de la douleur, peut permettre la réduction des douleurs, particulièrement lorsqu'elles sont d'origine musculo-squelettique [10, 21]. La recommandation médicale doit toutefois être accompagnée d'un programme d'exercices spécifiques pour être utile [4]. Le choix du programme d'exercices est fonction du niveau fonctionnel de base, des préférences et des comorbidités du patient et peut être introduit avec le soutien des professionnels en **physiothérapie** de l'UCDG. Il regroupera idéalement des exercices de renforcement musculaire, de flexibilité et d'endurance [22]. L'implication du professionnel en **ergothérapie** est aussi un atout pour, entre autres, l'identification de facteurs modifiables qui contribuent à la persistance de la

douleur, l'évaluation et le développement des capacités fonctionnelles du patient (à l'hôpital d'abord, mais au domicile par la suite si jugé pertinent) ou la suggestion de modifications au positionnement. Parmi les **autres interventions physiques** disponibles, l'utilisation de chaleur ou de froid, la stimulation transcutanée (TENS), le massage et les ultrasons représentent un bénéfice complémentaire chez certains patients [8, 10]. Les évidences pour le TENS demeurent contradictoires [22-24]. Les **interventions psychologiques** comprennent la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), les approches « esprit-corps » (ex : méditation, yoga) et les approches centrées sur l'émotion [25]. La TCC est celle pour laquelle on retrouve les meilleures évidences dans la littérature [14, 22], avec un effet favorable sur la réduction de la douleur et des incapacités [19].

## TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE



Les analgésiques sont indiqués lorsque la douleur interfère avec l'indépendance fonctionnelle ou affecte la qualité de vie [26]. Une approche pharmacologique multimodale est recommandée, en complément aux approches non pharmacologiques [14, 26]. En effet, une combinaison d'analgésiques, soit deux à trois agents, utilisés à faible dose et ayant des mécanismes d'action différents peut procurer un effet analgésique synergique et limiter le risque d'effets indésirables associés à l'utilisation d'un seul agent à dose élevée [4, 27]. La sélection des analgésiques s'appuie sur les éléments recueillis à l'évaluation complète de la douleur (tableau 1), incluant les caractéristiques et l'intensité de la douleur, les conditions médicales et la médication, de même que les barrières à l'observance au traitement (ex. : atteintes sensorielles, physiques ou cognitives, coût du traitement). Une histoire pharmacothérapeutique détaillée est essentielle afin de recenser les analgésiques actuels ou antérieurs, de même que pour préciser leur utilisation réelle par le patient. Cet historique devrait aussi inclure tout autre agent agissant sur le système nerveux central (SNC) ou risquant de provoquer des effets anticholinergiques, afin d'en limiter leur usage [14, 28].

Bien que la prescription d'analgésiques ait une place centrale dans la prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée vulnérable, il importe de rappeler les limites des données actuelles [29]. La majorité des études cliniques dénombrées dans la littérature ont été conduites auprès de populations de personnes âgées de moins de 75 ans présentant le plus souvent une condition spécifique en l'absence de multiples comorbidités. Aussi, ces études étaient généralement de courte durée, soit moins de 12 semaines, et la mesure des résultats était très variable. Cette absence de données complique l'atteinte des résultats recherchés. En effet, les posologies optimales des analgésiques sont mal définies pour cette clientèle vulnérable [19], de même que les effets bénéfiques ou néfastes de ces agents sur les syndromes gériatriques, tels que le déclin fonctionnel, les atteintes cognitives, les chutes et fractures, l'anorexie et malnutrition, la constipation ou la rétention urinaire.

Afin de guider le traitement pharmacologique de la douleur chez la personne âgée, l'American Geriatrics Society [10, 26], les British Geriatrics Society et British Pain Society [22] de même que la Société québécoise de gériatrie [14] ont émis des recommandations fondées sur les preuves limitées de la littérature et sur le consensus obtenu entre les membres des différents groupes d'experts. Ces recommandations sont résumées au **tableau 2** et sont présentées dans les algorithmes de traitement de la douleur nociceptive et de la douleur neuropathique aux **annexes 4 et 5**. En l'absence de posologies gériatriques définies, **des règles générales de prescription doivent être rigoureusement suivies** :

- 1) avant d'amorcer un analgésique opioïde ou adjuvant, rationaliser l'usage des médicaments agissant sur le SNC ou ayant des effets anticholinergiques afin de réduire les risques liés au traitement pharmacologique de la douleur [14, 28];
- 2) débiter à la plus faible dose initiale [19, 26]; les analgésiques agissant sur le SNC doivent souvent être débutés au quart de la dose initiale recommandée chez l'adulte, surtout chez le patient âgé qui présente une vulnérabilité accrue (très grand âge, faible masse corporelle, défaillance d'organe [rénale, hépatique, cardiaque, pulmonaire] ou atteintes cognitives) [8]; à noter que l'administration d'une faible dose est parfois complexe en raison de la teneur de la plus faible concentration contenue dans les présentations commerciales des différents analgésiques;
- 3) augmenter graduellement les posologies en accordant un plus long délai entre les ajustements [22, 26]; le plan de suivi devra inclure la documentation des effets bénéfiques de même que la recherche systématique des effets indésirables potentiels [14, 26];
- 4) ajuster un seul analgésique agissant sur le SNC à la fois [8];
- 5) **consulter les règles de prescription spécifiques aux analgésiques opioïdes** qui sont énoncées plus bas dans la section portant sur ces agents.

Les **tableaux 3, 4 et 6** présentent les posologies initiales et maximales des analgésiques qui conviennent aux personnes âgées vulnérables. **L'annexe 6** présente les analgésiques inappropriés ou potentiellement inappropriés chez le sujet âgé [28, 30]. À noter que

dans la dernière mise à jour des critères de Beers en 2015 [28], un des nouveaux critères ajoutés est l'usage concomitant d'au moins trois (≥ 3) médicaments agissant sur le SNC comme facteur de risque de chutes à évaluer et tenter de réduire.

Les relaxants musculaires et les cannabinoïdes ne sont pas indiqués dans la majorité des situations de douleur chronique et leur usage devrait être considéré comme potentiellement inapproprié chez les personnes âgées vulnérables, en raison de leurs effets indésirables néfastes sur le SNC. En conséquence, ces classes de médicaments ne sont pas détaillées dans cette fiche.

**Tableau 2. Recommandations et précautions concernant l'usage des principaux analgésiques pour la douleur chronique non cancéreuse chez la personne âgée vulnérable [4, 14, 19, 22, 26]**

Classes de médicaments	Recommandations/ Indications [14, 22, 26]	Contre-indications/ Précautions	Effets indésirables	Suivi recommandé/ Particularités
<b>ANALGÉSIFIQUES NON OPIOÏDES [31-33]</b>				
<b>Acétaminophène</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement de première intention et en continu, particulièrement pour le soulagement de la douleur d'intensité légère à modérée d'origine musculosquelettique, en raison de son profil d'innocuité favorable à dose thérapeutique.</li> </ul>	<p><u>Contre-indication absolue</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance hépatique grave</li> </ul> <p><u>Précautions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hépatotoxique à dose supratherapeutique (surdosage volontaire ou accidentel)</li> <li>Interaction avec warfarine : augmentation du RIN à dose &gt; 1,3 à 2 g/ jour pendant plus de 3 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Très sécuritaire à dose thérapeutique</li> <li>Augmentation des transaminases peut être observée même à dose thérapeutique (signification clinique incertaine)</li> <li>Possible toxicité rénale à long terme si utilisé à haute dose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi de l'observance : parfois réduite en raison de la prise de nombreux co/jour ou impression d'efficacité limitée</li> <li>Conseiller au patient d'éviter les MVL qui combinent l'acétaminophène avec d'autres ingrédients médicinaux : ↑ du risque de surdosage accidentel et d'hépatotoxicité, ou de l'usage d'un agent inapproprié (ex : méthocarbamol, diphénhydramine)</li> </ul>
<b>Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) non sélectifs ou inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase-2 (COX-2)<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rarement une option thérapeutique en raison des <b>multiples toxicités</b></li> <li>À considérer de façon exceptionnelle pour un usage de <b>courte durée seulement</b>, particulièrement pour une douleur aiguë d'origine inflammatoire, à la dose minimale efficace, en l'absence de contre-indications absolues (ou relatives) et en présence d'un suivi étroit.</li> <li>Pour une douleur localisée, favoriser le recours à un AINS topique (voir tableau 7) ou à une infiltration pour limiter le risque de toxicités systémiques.</li> </ul>	<p><u>Contre-indications absolues</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gastroduodénopathie active</li> <li>IRC avec Clcr &lt; 30 ml/min ou K<sup>+</sup> &gt; 5,5 mmol/l</li> <li>Insuffisance cardiaque classe III ou IV, FEVG &lt; 30%</li> <li>HTA non contrôlée</li> </ul> <p><u>Contre-indications relatives</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ATCD de gastrite ou d'ulcère peptique ou utilisation concomitante d'un anticoagulant, d'un antiplaquettaire, d'un corticostéroïde ou d'un ISRS</li> <li>Clcr &lt; 60 ml/min ou utilisation concomitante d'un diurétique, IECA, ARA ou molécule néphrotoxique</li> <li>HTA ou maladies cardiovasculaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Toxicité gastro-intestinale</b> augmente en fréquence et sévérité avec l'âge; liée à la dose et à la durée de traitement; risque moindre mais non absent avec inhibiteurs sélectifs COX-2</li> <li><b>Toxicité rénale</b> et risque d'insuffisance rénale aiguë; diurétiques, IECA, ARA ou molécules néphrotoxiques accentuent ce risque</li> <li><b>Rétention hydrosodée</b> et risque d'hypertension artérielle non contrôlée ou d'insuffisance cardiaque décompensée</li> <li><b>Risque accru d'infarctus du myocarde et d'AVC</b> avec inhibiteurs sélectifs COX-2 ou certains AINS non sélectifs, tel le diclofénac et l'ibuprofène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Gastroprotection</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Patient de 65-74 ans : inhibiteur sélectif COX-2 ou AINS non sélectif + gastroprotection (IPP)</li> <li>Patient de ≥ 75 ans (ou autre facteur de risque élevé) : inhibiteur sélectif COX-2 + gastroprotection (IPP)</li> </ul> </li> <li><b>Suivi de l'innocuité</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Fréquence : aux 4-7 jours</b></li> <li>Effets indésirables G-I</li> <li>Kaliémie et créatinine sérique</li> <li>Pression artérielle</li> <li>Signes et sx d'insuffisance cardiaque</li> </ul> </li> </ul>
<b>ANALGÉSIFIQUES OPIOÏDES [34-40]</b>				
<b>Morphine, Hydromorphone, Oxycodone, Fentanyl (Agoniste μ principalement)</b>  <b>Buprénorphine (Agoniste partiel μ et antagoniste kappa)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour le soulagement de la douleur modérée à sévère ou qui interfère de façon significative avec l'autonomie fonctionnelle ou la qualité de la vie du patient, lorsque les autres options de traitement n'ont pas permis l'atteinte des résultats recherchés, et ce</li> </ul>	<p><u>Contre-indications</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dépression respiratoire aiguë</li> <li>Iléus paralytique</li> <li>Abus actif de substances</li> <li>Utilisation d'un IMAO</li> <li>Tramadol : formulations L.A. en IRC (Clcr &lt; 30 ml/min) ou en IH grave</li> <li>Tapentadol : en IRC (Clcr &lt; 30 ml/min) ou en IH grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GI : <b>constipation</b>, nausée, vomissement, xérostomie, <b>anorexie</b></li> <li>SNC : <b>somnolence</b>, étourdissement, <b>delirium</b>, ralentissement psychomoteur, <b>chutes</b>, myoclonie</li> <li><b>Rétention urinaire</b></li> <li><b>Dépression respiratoire</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Afin de réduire les risques associés à l'usage des opioïdes</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Réduire ou cesser les autres agents agissant sur le SNC avant d'amorcer le traitement</li> <li>Amorcer à la plus faible dose initiale</li> <li>Assurer un suivi étroit et augmenter la posologie</li> </ul> </li> </ul>

Classes de médicaments	Recommandations/ Indications [14, 22, 26]	Contre-indications/ Précautions	Effets indésirables	Suivi recommandé/ Particularités
<p><b>Tramadol</b> (Agoniste <math>\mu</math> et faible inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)</p> <p><b>Tapentadol</b> (Agoniste <math>\mu</math> et inhibiteur de la recapture de la noradrénaline)</p>	<p>malgré une bonne observance.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pour les patients qui présentent une douleur constante, le traitement doit être <b>amorcé avec une formulation à libération immédiate</b> d'un opioïde, administrée <b>de façon régulière</b> pour procurer un soulagement continu.</li> <li><b>LE RECOURS À UNE FORMULATION À LIBÉRATION PROLONGÉE OU À UN TIMBRE TRANSDERMIQUE NE CONVIENT PAS AUX PATIENTS NAÏFS AUX OPIOÏDES</b></li> <li>Pour les patients qui présentent des périodes de douleur exacerbée, un opioïde à libération immédiate à prendre PRN doit être envisagé, mais pourrait ne pas convenir au patient atteint d'un TNC qui n'est pas étroitement supervisé par un tiers.</li> <li>Leur usage doit faire l'objet d'un suivi très étroit. Les risques et les bénéfices de leur utilisation doivent être fréquemment évalués.</li> </ul>	<p><u>Précautions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ATCD d'abus de substances</li> <li>Trouble psychiatrique actif</li> <li>Anorexie, constipation chronique</li> <li>Trouble cognitif, chute</li> <li>ATCD de maladie pulmonaire ou d'apnée du sommeil, convulsions, rétention urinaire, HBP</li> <li>Ajustement posologique en IRC, IH ou faible poids</li> <li>Buprénorphine : usage complexe en période périopératoire</li> <li>Interactions rx : <ul style="list-style-type: none"> <li>Effets additifs avec autres dépresseurs du SNC</li> <li>Interactions pharmacocinétiques pour les opioïdes substrats du cytochrome P450 (voir tableau 4)</li> <li>Tramadol et Tapentadol : risque de syndrome sérotoninergique lorsque combinés à autres rx avec effets sérotoninergiques</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effets liés à la libération d'histamine : prurit, diaphorèse (morphine &gt; hydromorphone &gt; fentanyl)</li> <li>Irritation cutanée avec timbres transdermiques</li> <li>Hypotension, bradycardie</li> <li>Hyperalgésie</li> <li>Hypogonadisme</li> <li>Tramadol et Tapentadol: <b>hypotension</b>, céphalée</li> </ul>	<p>graduellement selon l'effet analgésique et la tolérance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Suivi de l'innocuité : prévoir et rechercher les effets indésirables à l'amorce du traitement et aux ajustements de doses</b></li> <li>- Suivi étroit des signes vitaux et des effets centraux pour premières 72 h</li> <li>- Constipation : prévoir laxatifs réguliers</li> <li>- Nausées/vomissements : antiémétiques PRN (ex : ondansétron) utiles à court terme; réduire opioïde si effets GI persistent plus de quelques jours</li> <li>- Déclin cognitif ou fonctionnel</li> <li>- Signes abus</li> <li>- Effets indésirables 2<sup>e</sup> à timbre cutané de fentanyl ou buprénorphine : suivi pour 24-48 h après le retrait du timbre</li> </ul>
<b>ANALGÉSQUES ADJUVANTS [36, 37, 41, 42]</b>				
<p><b>Gabapentinoïdes</b> (gabapentine, prégabaline)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recommandés comme traitement de 1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> intention en présence de douleur neuropathique ou fibromyalgie.</li> </ul>	<p><u>Précautions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance cardiaque classe III ou IV</li> <li>Ajustement posologique en IRC</li> <li>Interactions rx : effets additifs avec autres dépresseurs du SNC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Somnolence</b>, fatigue, étourdissement, ataxie, tremblement, <b>delirium</b>, ralentissement psychomoteur, <b>chute</b>, céphalées</li> <li><b>Œdème périphérique</b>, gain de poids</li> <li>Vision trouble, xérostomie, nausée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Suivi de l'innocuité :</b> Effets indésirables, surtout effets sur cognition, équilibre, mobilité, œdème périphérique</li> <li>Éviter l'ajout d'un diurétique pour traiter un œdème périphérique 2<sup>e</sup> à un gabapentinoïde</li> <li>Aucun avantage à prescrire gabapentine et prégabaline de façon concomitante</li> </ul>
<p><b>Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)</b> (duloxétine, venlafaxine)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recommandés comme traitement de 1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> intention en présence de douleur neuropathique ou fibromyalgie.</li> <li>La duloxétine peut aussi être considérée en présence de lombalgie chronique ou d'arthrose du genou.</li> </ul>	<p><u>Contre-indications :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>HTA non contrôlée</li> <li>Utilisation d'un IMAO</li> <li>Duloxétine : IRC sévère (Clcr &lt; 30 ml/min) et IH</li> </ul> <p><u>Précautions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ATCD de MAB ou de convulsions</li> <li>Interactions rx multiples</li> <li>Duloxétine : taux sérique moindre chez fumeurs</li> <li>Venlafaxine : ajustement posologique en IRC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nausée, xérostomie, dyspepsie, <b>anorexie</b>, constipation</li> <li><b>Somnolence</b>, fatigue, étourdissement, <b>chute</b>, céphalées, tremblement</li> <li>Diaphorèse</li> <li><b>HTO</b>, <math>\uparrow</math> de la TA</li> <li><b>Hyponatrémie (SIADH)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter duplication thérapeutique : autres rx avec effets antidépresseurs ou effets sérotoninergiques (ex : tramadol)</li> <li><b>Suivi de l'innocuité :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>TA (couché-debout) de base, puis fréquemment durant période d'ajustement</li> <li>Natrémie de base, à 2-4 sem, à 3 mois, puis chaque 6-12 mois</li> <li>Appétit, poids</li> <li>Effets indésirables</li> </ul> </li> </ul>

Classes de médicaments	Recommandations/ Indications [14, 22, 26]	Contre-indications/ Précautions	Effets indésirables	Suivi recommandé/ Particularités
<b>Antidépresseurs tricycliques (ATC) amines secondaires<sup>1</sup></b> (désipramine, nortriptyline)	<ul style="list-style-type: none"> <li>À considérer comme traitement de la douleur neuropathique ou fibromyalgie, lorsque les agents de 1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> intention n'ont pas permis l'atteinte des résultats recherchés.</li> <li>Souvent contre-indiqués en raison du profil défavorable d'effets indésirables.</li> <li>Les ATC amines tertiaires sont à proscrire (ex : amitriptyline, imipramine, doxépine).</li> </ul>	<p><u>Contre-indications :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trouble de la conduction, arythmie, MCAS, insuffisance cardiaque</li> <li>Atteinte cognitive, chute</li> <li>Utilisation d'un IMAO</li> </ul> <p><u>Précautions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ATCD de MAB ou de convulsions</li> <li>Risque suicidaire</li> <li>Glaucome à angle fermé, rétention urinaire, HBP, constipation chronique</li> <li>Interactions médicamenteuses multiples</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effets anticholinergiques : <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Delirium</b>, vision brouillée, xérostomie, rétention urinaire, constipation</li> <li>Moindres avec ATC amines secondaires mais non absents</li> </ul> </li> <li><b>Somnolence</b>, fatigue, étourdissement, <b>chute</b>, tremblement</li> <li><b>HTO</b>, toxicité cardiaque</li> <li><b>Hyponatrémie</b> (SIADH)</li> <li>Trouble du mouvement rapporté (dont parkinsonisme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter les duplications thérapeutiques : autres médicaments avec effets antidépresseurs, effets sérotoninergiques (ex : tramadol), effets anticholinergiques ou effets alpha1-bloquants</li> <li><b>Suivi de l'innocuité :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ECG de base</li> <li>TA (couché-debout) et FC de base, puis fréquemment durant période d'ajustement</li> <li>Natrémie de base, à 2-4 sem, à 3 mois, puis chaque 6-12 mois</li> <li>Effets indésirables</li> </ul> </li> </ul>

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens; ARA : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine; AVC : accident vasculaire cérébral; ATC : antidépresseurs tricycliques; ATCD : antécédents; Clcr : clairance de la créatinine; COX-2 : cyclo-oxygénase-2; ECG : électrocardiogramme; FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche; GI : gastro-intestinaux; HTA : hypertension artérielle; HTO : hypotension orthostatique; IECA : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; IH : insuffisance hépatique; IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase; IPP : inhibiteurs de la pompe à protons; IRC : insuffisance rénale chronique; IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; L.A. : longue action; MAB : maladie affective bipolaire; MCAS : maladie cardiaque athérosclérotique; MVL : médicaments de vente libre; RIN : ratio international normalisé; SIADH : syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique; SNC : système nerveux central; TA : tension artérielle; TNC : trouble neurocognitif.

<sup>1</sup>Médicaments potentiellement inappropriés selon les critères de Beers de 2015 (voir annexe 6) [28].

À noter que le tableau ci-dessus n'est pas exhaustif. Se référer aux monographies individuelles des médicaments pour plus d'informations. Les particularités gériatriques ont principalement été soulignées.

## Analgésiques non opioïdes

L'**acétaminophène** demeure le traitement pharmacologique de **première intention** pour le soulagement de la douleur d'intensité légère à modérée, surtout d'origine musculosquelettique, principalement en raison de son profil favorable d'effets indésirables [14, 22, 26]. Son efficacité dans la douleur lombaire chronique ou liée à l'arthrose reste modeste [43, 44]. Pour le soulagement d'une douleur constante, la prise régulière de l'acétaminophène devrait être encouragée. De même, la poursuite du traitement à l'amorce d'un deuxième analgésique peut permettre de limiter les doses de ce dernier. Le patient et son entourage doivent être conseillés sur les risques de l'usage combiné de différentes formulations contenant de l'acétaminophène, afin d'éviter une surdose accidentelle d'acétaminophène ou l'usage d'agents inappropriés, tels que le méthocarbamol ou la diphényhydramine [19, 26].

On a longtemps conseillé les **anti-inflammatoires non stéroïdiens, non sélectifs ou inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase-2**, comme alternative à l'acétaminophène. Cette pratique nous apparaît dorénavant trop risquée chez la personne âgée, en raison de l'accumulation de preuves de multiples toxicités sur les systèmes gastrique, rénal et cardiovasculaire de ces agents [14, 26, 33]. Leur utilisation est réservée au soulagement d'une douleur inflammatoire, pour une courte durée et à dose minimale chez les patients dépourvus de contre-indications pour qui on peut assurer un suivi étroit [14, 26]. L'usage d'un AINS topique pour une douleur localisée est plus sécuritaire et permet d'obtenir une efficacité similaire à un AINS administré par voie orale (voir section sur les analgésiques topiques) [8, 45].



Tableau 3. Analgésiques non opioïdes – paramètres pharmacocinétiques et posologies recommandées [14, 26, 33, 46]

Médicaments, présentations	Paramètres pharmacocinétiques	Posologie	Posologie maximale	Commentaires
<b>Acétaminophène (Tylenol®, Atasol®, génériques)</b> - Co. 325, 500 mg - Co. L.A. 650 mg [Non RAMQ] - Solution orale 160 mg/5 mL - Supp. 325, 650 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Début d'action</i> : &lt; 1 h</li> <li>• <i>Durée d'action</i> : 4-6 h</li> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : - Environ 90 % de la dose métabolisée par conjugaison qui ne semble pas affecté par l'âge (dérivés glucuronate et sulfate non hépatotoxiques)</li> <li>- Faible portion métabolisée par CYP 2E1 (formation d'un intermédiaire toxique NAPQI rapidement neutralisé par réaction avec le glutathion); cette réaction pourrait être affectée chez PA vulnérable : éviter dose maximale de 4000 mg/24 h pour utilisation prolongée</li> <li>• <math>T_{1/2}</math> : ~ 2 h</li> <li>• <math>T_{1/2}</math> en IRC : 2-5,3 h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libération immédiate : 500-650 mg QID ou 1 g TID</li> <li>• Libération retardée : 1300 mg BID à TID (q8-12h)</li> <li>• Faible poids : 15 mg/kg/dose QID</li> <li>• Clcr 10-50 ml/min : administrer ~ q6h</li> <li>• Clcr &lt; 10ml/min : administrer ~ q8h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4000 mg / 24 h pour courte durée (&lt; 10-14 jrs)</li> <li>• 2600-3250 mg / 24 h pour utilisation prolongée chez patient &gt; 65 ans</li> <li>• 2000 mg /24 h pour utilisation prolongée en présence de : - alcoolisme actif - IH légère à modérée - dénutrition - risque de déshydratation - faible poids (&lt; 50 kg)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co L.A. 650 mg : libère 325 mg de façon immédiate et 325 mg de façon retardée</li> <li>• Solution orale contient du sorbitol : diarrhées possibles</li> </ul>
<b>AINS non sélectifs<sup>1</sup></b>				
<b>Ibuprofène (Advil®, Motrin®, génériques)</b> - Co. 200, 400 mg - Susp. orale 100 mg/5 mL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : - Substrat 2C19, 2C9</li> <li>- Inhibiteur faible 2C9</li> <li>• <math>T_{1/2}</math> : 2-4 h</li> <li>• <math>T_{1/2}</math> en IRC : inchangée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200 mg TID</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 400 mg TID</li> <li>• Durée de 5 à 10 jrs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibles en vente libre : - Ibuprofène 200 mg - Naproxène sodique 220 mg (Aleve®)</li> </ul>
<b>Naproxène (base ou sel sodique) (Naprosyn®, Aleve®, Vimovo®, génériques)</b> - Co. ou Co. Ent.125, 250, 375, 500 mg - Supp. 500 mg - Susp. orale 25 mg/mL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : Substrat 1A2, 2C9</li> <li>• <math>T_{1/2}</math> : 12-17 h</li> <li>• <math>T_{1/2}</math> en IRC : 15-21 h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 125 à 250 mg BID</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 500 mg BID</li> <li>• Durée de 5 à 10 jrs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vimovo® : association de naproxène et d'esoméprazole</li> </ul>
<b>AINS inhibiteurs sélectifs COX-2<sup>1</sup></b>				
<b>Célécoxib (Célébrex®, génériques)</b> - Caps. 100, 200 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : - Substrat 2C9 (majeur), 3A4</li> <li>- Inhibiteur modéré 2C8,2D6</li> <li>• <math>T_{1/2}</math> : 11 h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 mg DIE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 mg BID ou 200 mg DIE</li> <li>• Durée de 5 à 10 jrs</li> </ul>	

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens; Clcr : clairance de la créatinine; COX-2 : cyclo-oxygénase-2; IH : insuffisance hépatique; IRC : insuffisance rénale chronique; NAPQI : N-acétyl p-benzoquinone imine; Non RAMQ : non remboursé par la RAMQ; PA : personne âgée;  $T_{1/2}$  : temps de demi-vie.

<sup>1</sup>Médicaments potentiellement inappropriés selon les critères de Beers de 2015 (voir annexe 6) [28].

À noter que le tableau ci-dessus n'est pas exhaustif. Se référer aux monographies individuelles des médicaments pour plus d'informations.

## Analgésiques opioïdes

Les **opioïdes** sont recommandés pour le soulagement de la douleur nociceptive ou neuropathique d'intensité modérée à sévère lorsqu'un essai valable des autres analgésiques appropriés à la condition n'a pas permis l'atteinte des objectifs en terme de réduction de l'intensité de la douleur ou d'amélioration de l'autonomie fonctionnelle et de la qualité de vie [14, 22, 26]. L'efficacité à court terme ( $\leq 12$  semaines) des opioïdes en douleur chronique non cancéreuse est bien établie mais leur utilité à long terme n'est pas connue [29, 40, 47, 48]. On doit considérer leur usage avec prudence, les données récentes de la littérature indiquant un risque accru de déclin cognitif, de chute, de traumatisme, d'hospitalisation et de décès [19, 33, 38, 39].

Les personnes âgées présentent une sensibilité accrue aux opioïdes et les effets indésirables sont le plus souvent liés à la dose. Reste qu'il est possible de prescrire un opioïde de façon sécuritaire en suivant rigoureusement les **règles de prescription énoncées plus haut**.

**De même, certaines pratiques qui s'appliquent aux patients plus jeunes devront être adaptées :**

- 1) on utilise la plus faible dose initiale d'un opioïde à libération immédiate, surtout chez le patient âgé qui présente une vulnérabilité accrue [4, 19, 49];
- 2) pour une douleur constante, **on débute le traitement avec un opioïde à libération immédiate administré régulièrement deux à quatre fois par jour**, en respectant un intervalle minimal de 4 heures entre les doses. Il est possible d'obtenir ainsi un soulagement adéquat à une dose quotidienne totale inférieure à la plus faible teneur de la formulation à libération prolongée;
- 3) si la dose quotidienne totale atteint une dose équivalente à une formulation à libération prolongée de l'opioïde, il est possible de convertir, à l'équilibre, l'opioïde à libération immédiate en formulation à libération prolongée dans le but de simplifier le traitement. **On devrait alors prévoir une dose de l'opioïde à libération immédiate à administrer au même moment que la première dose de l'opioïde à libération prolongée**, afin d'assurer une analgésie adéquate jusqu'à l'obtention de la concentration plasmatique maximale. Il n'a pas été démontré que les formulations à libération prolongée améliorent les résultats obtenus [8];
- 4) pour les patients qui présentent des périodes de douleur exacerbée, un opioïde à libération immédiate à prendre au besoin doit être envisagée [14, 26]. Dans ce cas, il faut évaluer la capacité du patient qui présente un trouble neurocognitif à en faire la demande ou à gérer seul la prise au moment opportun. Il peut être préférable de prévoir quelques doses quotidiennes supplémentaires, administrées régulièrement avant les périodes anticipées d'exacerbation de la douleur [19];
- 5) la dose de l'opioïde à libération immédiate à prévoir pour les accès douloureux correspond généralement au dixième (10%) de la dose totale quotidienne, en dose équianalgésique, de l'opioïde administré sous forme de libération prolongée ou de timbre transdermique [8, 50];
- 6) on doit assurer une surveillance étroite du traitement, c'est-à-dire au moins 2 fois par semaine dans la période d'ajustement, afin de constamment réévaluer les bienfaits et les effets néfastes [4, 14, 26, 40, 48]. Le **plafonnement des doses** est atteint en l'absence de gains additionnels après deux ou trois paliers d'augmentation, ou s'il y a apparition d'effets indésirables [34, 35];
- 7) la prescription d'opioïde chez la personne âgée devrait également s'accompagner d'une prescription de laxatifs afin de prévenir la constipation. Les patients ne développent pas de tolérance à la constipation secondaire à ces agents [30].

La sélection de l'opioïde se fonde sur certains éléments obtenus à l'anamnèse, dont la réponse et la tolérabilité à un opioïde utilisé dans le passé, la présence et le degré d'insuffisance rénale ou hépatique, de même que les interactions médicamenteuses potentielles [8]. La **morphine, l'hydromorphone et l'oxycodone** sont habituellement recommandés en thérapie initiale, quoiqu'il puisse s'avérer difficile d'administrer une faible dose initiale d'oxycodone. L'hydromorphone et l'oxycodone sont préférés à la morphine en présence d'insuffisance rénale sévère car les métabolites actifs de la morphine qui s'accumulent dans cette condition sont davantage neurotoxiques [14]. La **codéine**, un pro-médicament dont l'effet dépend de son métabolisme hépatique en morphine, est soumise à de nombreuses interactions médicamenteuses ainsi qu'à un polymorphisme génétique et est généralement moins bien tolérée lorsqu'administrée de façon régulière [14]. Elle n'est donc pas recommandée en douleur chronique chez la personne âgée. La **mépéridine** et la **pentazocine** sont à proscrire (annexe 6) [14, 28].

Le **fentanyl** transdermique peut être une bonne option pour le traitement de la douleur chronique constante. Cependant, puisque la dose la plus faible disponible est trop élevée pour un patient n'ayant jamais reçu d'opioïde auparavant, il ne devrait être prescrit que dans un deuxième temps, après s'être assuré que le patient tolère bien une dose équianalgésique d'un autre opioïde à courte durée d'action [14]. La **buprénorphine** transdermique possède des propriétés pharmacologiques théoriquement intéressantes, incluant une absence d'accumulation en insuffisance rénale et un changement du timbre transdermique aux sept jours. La plupart des études de mises en marché portaient sur une clientèle relativement jeune (âge moyen < 65 ans) et recevant déjà des opioïdes à faible dose [51]. Une analyse regroupant les données d'études en douleur chronique a tenté de déterminer la prévalence des effets secondaires de la buprénorphine transdermique en fonction de l'âge des patients. Parmi les études retenues pour cette analyse, certaines étaient des prolongations en études ouvertes alors que d'autres incluaient seulement les patients ayant toléré la buprénorphine durant la période de pré-inclusion. De plus, la population âgée dans ces études ne correspondait pas à une population âgée vulnérable. Cette analyse a toutefois démontré une prévalence plus importante d'effets indésirables, notamment les chutes et les étourdissements, ainsi que des effets secondaires sévères chez les patients âgés comparativement aux patients plus jeunes [52]. Ainsi, contrairement à l'avis du manufacturier, nous ne recommandons pas l'usage de la buprénorphine transdermique chez le patient âgé naïf aux opioïdes. Il peut être possible d'obtenir le remboursement de ce médicament par la RAMQ, selon la mesure de patient d'exception.

Le **tramadol** est un analgésique qui combine une action agoniste des récepteurs opioïdes  $\mu$  et un effet inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Il est indiqué pour le soulagement de la douleur nociceptive ou neuropathique d'intensité légère à modérée. Comme la demi-vie du médicament augmente avec l'âge, principalement en lien avec une diminution de l'élimination rénale, les formulations à libération prolongée de tramadol ne conviennent pas à la personne âgée en thérapie initiale. Les nombreuses interactions médicamenteuses sont à surveiller. Le **tapentadol** est un analgésique possédant à la fois une action agoniste sur les récepteurs opioïdes  $\mu$  et un effet inhibiteur de la recapture de la noradrénaline. Il est indiqué pour le soulagement de la douleur nociceptive ou neuropathique. Compte-tenu du peu de recul même chez une clientèle plus jeune et de son potentiel important d'interactions médicamenteuses, il est présentement difficile de recommander son usage chez la personne âgée vulnérable. De plus, son utilisation est contre-indiquée en présence d'insuffisance rénale ( $Cl_{cr} \leq 30$  mL/min) ou en présence d'insuffisance hépatique sévère [46]. Il est possible d'obtenir le remboursement du tramadol ou du tapentadol par la RAMQ, selon la mesure de patient d'exception.

Les dernières lignes directrices canadiennes [40] et américaines [48] présentent les concepts de **dose quotidienne maximale** et d'**indice de tolérance**. Selon les données de la littérature, la majorité des cas de douleur chronique d'origine non cancéreuse devraient répondre à une dose quotidienne inférieure à 90 mg en équivalent morphine (**voir tableau 4**) [40]. De plus, cette dose correspond à une dose au-delà de laquelle on note une augmentation importante du risque à l'utilisation de l'opioïde à long terme [40]. Ainsi, l'utilisation d'un opioïde à une dose supérieure à la dose quotidienne maximale devrait s'accompagner d'une réévaluation de la cause de la douleur, de la réponse aux opioïdes et du risque d'abus [40]. De plus, un deuxième avis médical pourrait être souhaitable et le suivi médical devrait par la suite être plus fréquent. L'indice de tolérance correspond à une dose au-delà de laquelle le clinicien devrait suspecter le développement d'une tolérance à l'opioïde utilisé, particulièrement chez un patient le recevant depuis plusieurs mois. On remarque alors peu d'amélioration clinique malgré l'augmentation de la dose ainsi qu'une efficacité moindre en fin d'intervalle thérapeutique. Une **rotation d'opioïdes**, c'est-à-dire un changement d'opioïdes, peut être tenté chez ces patients **en diminuant la dose équianalgésique de 30 à 50%** puisque la tolérance croisée entre les différents opioïdes est partielle. Un changement d'opioïdes peut également être tenté chez les patients présentant des effets indésirables ou ne répondant pas ou peu à un opioïde malgré deux à trois paliers d'augmentation (**tableau 5**).

**Tableau 4. Analgésiques opioïdes – paramètres pharmacocinétiques et posologies recommandées [26, 36, 37, 40, 48, 53, 54]**

	Médicament, présentations <sup>1</sup>	Pharmacocinétique	Posologie <sup>2</sup>	Posologie maximale <sup>3</sup>	Conditions particulières	Commentaires
<b>Naturel</b>	<b>Morphine (Statex®, autres)</b> - Co. 5, 10, 15, 20 mg - Solution orale 1 mg/mL, 5 mg/mL, 10 mg/mL - Suppositoire 5, 10 mg [5 mg non RAMQ]	<b>Libération immédiate :</b> • Début action : 20-30 min • Pic action : 60 min • Durée action : 4-5 h • T <sub>1/2</sub> : 2-4 h • T <sub>1/2</sub> M6G : 2,5-5,5 h  <b>Libération prolongée :</b> • Début action : 60 min • Pic action : L.A. 12h : 4-5 h L.A. 24h : 8-10 h	<b>Posologie initiale :</b> 1-2,5 mg po BID-QID (intervalle minimal de 4h) et prévoir 1-2 doses supplémentaires /24 h • ↑ <b>graduelle</b> : 25% dose q3-7 j  <b>Libération prolongée :</b> • Selon conversion de la dose quotidienne d'opioïde à libération immédiate • Dose minimale en libération immédiate avant passage à libération prolongée : 10-20 mg/j • ↑ <b>graduelle</b> : 25% dose q4-7 j	• Indice de tolérance : > 60 mg/j  • Dose maximale : 90 mg/j	• Faible poids, IRC ou IH : réduire les doses initiales et la fréquence de l'augmentation progressive des doses  • Cl <sub>cr</sub> < 30 ml/min : éviter en raison de l'accumulation des métabolites M3G et M6G => préférer hydromorpnone	• Délai pour juger de l'efficacité : 1- 4 sem • Possible effet neuroexcitatoire par le métabolite M3G (agitation centrale, hallucinations, myoclonies, convulsions, coma, hyperalgésie) • M-Eslon® et Kadian® : ne pas écraser ou croquer; capsules peuvent être ouvertes • Ms Contin® : ne pas écraser ou croquer • Suppositoire : ne pas couper
	<b>Morphine L.A.</b> - M-Eslon® (12h) Caps. 10, 15, 30, 60 mg - MsContin®(12h) Co. 15, 30, 60 mg - Kadian® (24h) Caps. 10, 20, 50, 100 mg	• Métabolisme hépatique: - Glucuroconjugaison - Métabolite M6G actif - Métabolite M3G inactif  • Élimination rénale des métabolites				

	Médicament, présentations <sup>1</sup>	Pharmacocinétique	Posologie <sup>2</sup>	Posologie maximale <sup>3</sup>	Conditions particulières	Commentaires
<b>Semi-synthétiques</b>	<b>Hydromorphe (Dilaudid®, autres)</b> - Co. 1, 2, 4 mg - Solution orale 1 mg/mL - Suppositoire 3 mg  <b>Hydromorphe L.A.</b> - <b>Hydromorph Contin®</b> (12h) Caps. 3, 4.5, 6, 9, 12 mg - <b>Jurnista®</b> (24h) Co. 4, 8, 16, 32 mg [Non RAMQ]	<b>Libération immédiate :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Début action</i> : 15-30 min</li> <li>• <i>Pic d'action</i> : 30-60 min</li> <li>• <i>Durée action</i> : 4-5 h</li> <li>• <i>T½</i> : 2,6-4 h</li> </ul> <b>Libération prolongée :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Début action</i> : 15-30 min</li> <li>• <i>Pic d'action</i> : L.A. 12h : 4-5 h L.A. 24h : 6-8 h</li> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : - Glucuronocouplage - Métabolite inactif H3G</li> <li>• <i>Élimination rénale du métabolite</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Posologie initiale</b> : 0,25-0,5 mg po BID-QID (intervalle minimal de 4h) et prévoir 1-2 doses supplémentaires /24 h</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : 25% dose q3-7 j</li> </ul> <b>Libération prolongée :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon conversion de la dose quotidienne d'opioïde à libération immédiate</li> <li>• Dose minimale en libération immédiate avant passage à libération prolongée: 6 mg/j</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : - L.A. 12h : 25% dose q4-7 j - L.A. 24h : 25% dose q7-10 j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indice de tolérance : &gt; 8 mg/j</li> <li>• Dose maximale : 18 mg/j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible poids, IRC ou IH : réduire les doses initiales et la fréquence de l'augmentation progressive des doses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Délai pour juger de l'efficacité</i> : 1- 4 sem</li> <li>• Possible effet neuroexcitatoire par le métabolite H3G (agitation centrale, hallucinations, myoclonies, convulsions, coma)</li> <li>• Hydromorph Contin® : ne pas écraser ou croquer; capsules peuvent être ouvertes</li> <li>• Jurnista® : Ne pas couper ou écraser; comprimé peut être retrouvé entier dans les selles. Atteinte de la Cmax retardée.</li> </ul>
	<b>Oxycodone (Supeudol®, autres)</b> - Co. 5, 10, 20 mg - Suppositoire 10, 20 mg  <b>Oxycodone L.A.</b> - <b>OxyNEO®</b> (12h) Co. 10, 15, 20, 30mg [RAMQ: médicament d'exception – voir formulaire spécifique]	<b>Libération immédiate :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Début action</i> : 15 min</li> <li>• <i>Pic d'action</i> : 30-60 min</li> <li>• <i>Durée action</i> : 3-6 h</li> <li>• <i>T½</i> : 2-3 h</li> </ul> <b>Libération prolongée :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pic d'action</i> : 3 h</li> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : - <b>Substrat CYP2D6, CYP3A4</b> - Métabolites actifs : noroxycodone (via CYP3A4) et oxymorphe (via CYP2D6)</li> <li>• <i>Élimination rénale des métabolites</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Posologie initiale</b> : 1,25-2,5 mg po BID-QID (intervalle minimal de 4h) et prévoir 1-2 doses supplémentaires /24h</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : 25% dose q3-7 j</li> </ul> <b>Libération prolongée :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon conversion de la dose quotidienne d'opioïde à libération immédiate</li> <li>• Dose minimale en libération immédiate avant passage à libération prolongée : 20 mg/j</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : 25% dose q4-7 j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indice de tolérance : &gt; 30 mg/j</li> <li>• Dose maximale : 60 mg/j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible poids, IRC ou IH : réduire les doses initiales et la fréquence de l'augmentation progressive des doses</li> <li>• Clcr &lt; 10 ml/min : éviter</li> <li>• IH : considérer autre opioïde, choix non optimal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Délai pour juger de l'efficacité</i> : 1- 4 sem</li> <li>• Formulations disponibles ne permettent pas de débiter à de très faibles doses</li> <li>• OxyNEO® : Ne pas couper ou écraser. Comprimés peuvent être difficiles à avaler : éviter si difficulté à avaler et/ou sténose de l'oesophage</li> <li>• Formulations combinées disponibles : - Percocet® : Oxycodone + acétaminophène - Percodan® : Oxycodone + ASA - Targin® : Oxycodone + naloxone (fréquence moindre de constipation) [Non RAMQ]</li> </ul>
	<b>Buprénorphine (Butrans®)</b> Timbre matriciel 7 jours - 5, 10, 15,20 mcg/h [Non RAMQ]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Début action</i> : 24-36 h</li> <li>• <i>Pic action</i> : 72 h</li> <li>• <i>Durée action</i> : 7 jours</li> <li>• <i>Équilibre</i> : ≥ 3 jours</li> <li>• <i>T½</i> : 20-70 h</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : - <b>Substrat CYP3A4</b> : métabolite actif norbuprénorphine - Substrat UGT1A1/1A3</li> <li>• <i>Élimination au niveau des fèces</i></li> </ul>	<p><b>NE JAMAIS PRESCRIRE À UN PATIENT N'AYANT PAS REÇU UN OPIOÏDE À DOSE ÉQUIANALGÉSIQUE AUPARAVANT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Posologie initiale</b> : Selon la conversion de l'opioïde utilisé, à dose réduite (voir tableau 5)</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : Selon prise entre-doses q7-14 j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indice de tolérance : 10 mcg/h</li> <li>• Dose maximale : 20 mcg/h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atteinte hépatique : - Considérer autre analgésique permettant plus flexibilité - IH sévère : non recommandé</li> <li>• ↑ QTc avec dose ≥ 20 mcg/h</li> <li>• ↑ RIN rapporté</li> <li>• Chirurgie : Cesser au moins 48h avant. Peut diminuer la réponse aux autres analgésiques [55, 56]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délai action lent et long</li> <li>• Haute affinité récepteur μ : naloxone moins efficace</li> <li>• Pharmacocinétique peut être altérée par de faibles réserves graisseuses, une atrophie musculaire</li> <li>• Les sources de chaleur ou la présence de fièvre peuvent ↑ la libération.</li> </ul>

Médicament, présentations <sup>1</sup>	Pharmacocinétique	Posologie <sup>2</sup>	Posologie maximale <sup>3</sup>	Conditions particulières	Commentaires
<b>Synthétiques</b> <b>Fentanyl (Duragésic®, génériques)</b> Timbre matriciel 72 h - 12, 25, 37 mcg/h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Début action</i> : 6-8 h</li> <li>• <i>Pic action</i> : 20-72 h</li> <li>• <i>Durée action</i> : 72 h</li> <li>• <i>Équilibre</i> : 6-8 jours</li> <li>• <i>T<sub>1/2</sub></i> : 20-27 h</li> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : <b>Substrat CYP3A4</b></li> <li>• <i>Élimination rénale des métabolites</i></li> </ul>	<b>NE JAMAIS PRESCRIRE À UN PATIENT N'AYANT PAS REÇU UN OPIOÏDE À DOSE ÉQUIANALGÉSIQUE AUPARAVANT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Posologie initiale</b> : Selon la conversion de l'opioïde utilisé, à dose réduite (voir tableau 5)</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : Selon prise entre-doses q ≥ 6 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indice de tolérance : &gt; 25 mcg/h</li> <li>• Dose maximale : 37 mcg/h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRC et IH : réduire les doses initiales et la fréquence de l'augmentation progressive des doses</li> <li>• Clcr &lt; 30 ml/min : prudence</li> <li>• IH sévère : non recommandée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient très amaigri : durée d'action peut être réduite (72 ⇒ 48 h) car réservoir dans le tissu sous-cutané est réduit.</li> <li>• Absorption imprévisible et variable chez la PA</li> <li>• Les sources de chaleur peuvent ↑ la libération</li> <li>• Constipation moindre comparativement aux autres opioïdes</li> </ul>
<b>Tramadol</b> - <b>Tramacet®</b> Co. Tramadol 37,5 mg/ ACTM 325mg [Non RAMQ] - <b>Ultram®</b> Co. 50 mg [Non RAMQ] <b>Tramadol L.A. 24h Co.</b> - <b>Ralivia®, Tridural®</b> 100, 200 mg [Non RAMQ] - <b>Zytram® XL</b> 75, 100, 150, 200 mg [Non RAMQ] <b>Tramadol L.A. 24h Caps.</b> - <b>Durela®</b> 100, 200 mg [Non RAMQ]	<b>Libération immédiate :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Début action</i> : 60 min</li> <li>• <i>Pic action</i> : 2 h</li> <li>• <i>Durée action</i> : 9 h</li> <li>• <i>T<sub>1/2</sub></i> : 6-8 h</li> <li>• <i>T<sub>1/2</sub> IRC</i> : 11h</li> <li>• <i>T<sub>1/2</sub> IH</i> : 13h</li> </ul> <b>Libération prolongée :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pic d'action</i> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ralivia® : 12-15 h</li> <li>- Tridural® : 4-8h (libération 25% dose en 2h)</li> <li>- Zytram® XL : 4-8 h</li> <li>- Durela® : 12 h</li> </ul> </li> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Substrat CYP2D6 (80%) et CYP3A4</b></li> <li>- Métabolite actif M1 (affinité μ &gt;&gt; tramadol)</li> </ul> </li> <li>• <i>Élimination rénale</i> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Métabolite (60%)</li> <li>- Inchangée (30%)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Posologie initiale</b> : 18,75-25 mg po DIE-BID (intervalle minimal de 12h)</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : de 18,75-25mg/j po q3-7jours</li> <li>• <b>Libération prolongée</b> :           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon conversion de la dose quotidienne de tramadol à libération immédiate</li> <li>• Dose minimale libération immédiate avant passage libération prolongée : 100 mg/j</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : q5-7 jours selon prise tramadol à courte action</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose maximale 200 mg/j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRC :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Métabolite M1 s'accumule en IRC</li> <li>- Clcr ≤ 30 mL/min : dose maximale 75 mg po q12h et éviter formulations à libération prolongée</li> <li>- Clcr &lt; 10mL/min : non recommandé</li> </ul> </li> <li>• IH:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ↓ synthèse du métabolite M1 responsable de l'analgésie</li> <li>- Cirrhose ou IH: dose maximale 50 mg po q12h</li> <li>- IH Child-Pugh C : éviter formulations à libération prolongée</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Durée d'un essai thérapeutique valable</i> : 4-6 sem</li> <li>• Tramacet® : tenir compte de la quantité totale d'ACTM lorsqu'utilisé en association avec d'autres formulations d'ACTM</li> <li>• Formulations à libération prolongée: ne pas couper, écraser ou croquer</li> <li>• Formulations à libération prolongée ne sont pas interchangeables, elles diffèrent entre autres par leur pic d'activité.</li> </ul>

ACTM : acétaminophène; ASA : acide acétylsalicylique; Caps : capsules; Clcr : clairance de la créatinine; Cmax : concentration maximale; Co : comprimé; IH : insuffisance hépatique; IRC : insuffisance rénale chronique; L.A. : longue action; non RAMQ : non remboursé par la RAMQ; PA : personne âgée; T<sub>1/2</sub> : temps de demi-vie, RIN : ratio international normalisé.

<sup>1</sup>Présentations non exhaustives, les hautes concentrations ont été omises étant jugées non sécuritaires chez une clientèle âgée vulnérable.

<sup>2</sup>En l'absence de posologies gériatriques définies, nous proposons un guide posologique adaptée à la personne âgée vulnérable afin de réduire le risque d'effets indésirables. Les posologies initiales correspondent environ au quart de la dose adulte habituelle.

<sup>3</sup>Dose maximale recommandée dans la population générale: adaptée à une dose à laquelle la majorité des patients devraient voir un effet et au-delà de laquelle les risques sont plus importants [40, 48]. La dose maximale adaptée à la personne âgée vulnérable devrait correspondre à la moitié de cette dose, tel que suggéré par l'initiative nationale pour le soin aux personnes âgées [57].

À noter que le tableau ci-dessus n'est pas exhaustif. Se référer aux monographies individuelles des médicaments pour plus d'information.



**Tableau 5. Doses équianalgésiques et principes de changement des opioïdes [14, 40, 48, 50, 51, 55]**

Opioïde	Conversion sc à po	Dose orale équianalgésique (mg)	Changement d'opioïdes (Rotation)
Morphine	1 : 2-3	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calculer la dose équianalgésique quotidienne</li> <li>Diminuer la dose de 30-50% pour tolérance croisée</li> <li>Réévaluer en ≤ 3 jours (efficacité et effets indésirables) après le changement</li> <li>Passage au timbre de fentanyl : À l'application du premier timbre (T0): donner une dernière dose d'opioïde L.A. (T0) ou poursuivre l'opioïde à libération immédiate q4h x 3 doses (T0, T4h et T8h)</li> <li>Passage au timbre de buprénorphine : Il y a risque potentiel de précipiter un sevrage chez les patients prenant déjà un opioïde lors du passage à la buprénorphine : diminuer les doses d'opioïdes ad ≤ 30 mg éq. morphine/24h pour 7 jours avant de débiter.</li> <li>Passage du timbre à un opioïde par voie orale :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Fentanyl : administrer 1<sup>ère</sup> dose per os 8h après le retrait du timbre</li> <li>Buprénorphine : administrer 1<sup>ère</sup> dose per os 24h après le retrait du timbre</li> </ul> </li> </ul>
Hydromorphone	1 : 2-3	6	
Oxycodone	N/D	20	
Fentanyl*	Nil	12 mcg/h*	
Codéine	N/D	200	
Buprénorphine* [55]	N/D	<30 mg éq. morphine = 5 mcg/h* 30-80 mg éq. morphine = 10mcg/h* >80mg éq. morphine = considérer autre analgésique	
Tramadol	N/D	300	

\* Timbre transdermique

## Analgésiques adjuvants

Cette catégorie d'agents regroupe des médicaments de différentes classes thérapeutiques, habituellement développés pour une indication autre que la douleur, et qui possèdent des propriétés analgésiques. Ils ont été étudiés dans diverses conditions de douleur chronique, principalement en douleur neuropathique, en fibromyalgie ou en lombalgie chronique. Ils ont l'avantage d'offrir des mécanismes d'action différents des analgésiques non opioïdes ou opioïdes, ce qui permet une approche multimodale. Parmi les analgésiques adjuvants, certains anticonvulsivants et antidépresseurs possèdent les meilleures preuves d'efficacité [19, 26].

**Anticonvulsivants.** Les **gabapentinoïdes**, soit la **gabapentine** et la **prégabaline**, sont recommandés en traitement de première ou deuxième intention en douleur neuropathique ou fibromyalgie [14, 26, 41, 42]. Bien que ces deux molécules aient été montrées efficaces pour différents types de douleur, seule la prégabaline a des indications analgésiques reconnues. Le risque d'interactions médicamenteuses pharmacocinétiques associé à leur usage est faible puisque leur élimination n'est pas médiée par des cytochromes hépatiques. Par contre, on doit tenir compte des effets indésirables additifs des autres médicaments agissant sur le SNC au profil du patient. Aussi, on doit ajuster les posologies en présence d'insuffisance rénale chronique [37]. La **carbamazépine** est encore recommandée en première ligne pour le traitement de la névralgie du trijumeau car ce type de douleur semble y répondre mieux qu'aux autres analgésiques [42]. Cette molécule doit cependant être utilisée avec précaution chez les patients âgés car les interactions médicamenteuses sont nombreuses et les effets indésirables, dont les effets centraux et le syndrome inapproprié de sécrétion de l'hormone antidiurétique, sont fréquents. Parfois utilisés dans le passé pour traiter la douleur neuropathique, la **phénytoïne** et l'**acide valproïque** ne sont plus recommandés, en raison de l'absence d'évidence scientifique et de leur profil défavorable de tolérabilité. Quant aux autres anticonvulsivants, les données probantes supportant leur effet analgésique sont moindres et variables. L'emploi de ces molécules devrait donc être réservé en cas d'échec aux agents de première ou deuxième intention et utilisé avec précautions chez la personne âgée vulnérable en raison d'effets indésirables fréquents.

**Antidépresseurs.** Ces agents sont recommandés dans le traitement de la douleur neuropathique ou de la fibromyalgie, plus particulièrement lorsque des symptômes anxieux ou dépressifs accompagnent le syndrome douloureux [19]. Les **inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)**, soit la **duloxétine** et la **venlafaxine**, sont recommandés en première ou deuxième intention dans ces conditions [14, 26, 41, 42]. La duloxétine a également des indications reconnues en lombalgie chronique et en arthrose du genou. Les **antidépresseurs tricycliques**, même les amines secondaires (désipramine, nortriptyline), sont relégués comme option alternative en cas d'échec aux agents de première ou deuxième intention [14, 26], en raison de leurs très nombreux effets indésirables chez les patients âgés. Il y a peu de preuves d'efficacité pour les autres classes d'antidépresseurs. En outre, les **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** ont été montrés inefficaces dans plusieurs études [26].

Tableau 6. Analgésiques adjuvants – paramètres pharmacocinétiques et posologies recommandées [14, 26, 36, 37, 46]

Médicaments, présentations	Paramètres pharmacocinétiques	Posologie <sup>3</sup>	Posologie maximale <sup>3</sup>	Ajustements en IRC ou en IH	Commentaires
<b>GABAPENTINOÏDES</b>					
<b>Gabapentine (Neurontin®, génériques)</b> - Caps. 100, 300, 400 mg - Co. 600, 800 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Absorption</i> : diminuée par antiacides</li> <li>• <i>Biodisponibilité</i> : inversement proportionnelle à la dose</li> <li>• <i>Élimination rénale</i></li> <li>• <i>T</i><sub>1/2</sub> : 5-7 h; anurie : 132 h</li> <li>• <i>Délai pour début d'action analgésique</i> : 2-3 sem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Posologie initiale</b> : 100 mg HS à BID pour 3-7 j</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : de 100-200mg/j en doses fractionnées BID-QID, q1-2 sem</li> <li>• Clcr &lt; 30 ml/min : doses fractionnées BID</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clcr ≥ 80 ml/min : 3600 mg/j en doses fractionnées TID-QID</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRC : - Clcr 60-79 ml/min : max 1800-2400 mg/j</li> <li>- Clcr 30-59 ml/min : max 900-1200 mg/j</li> <li>- Clcr 15-29 ml/min : max 300-600mg/j</li> <li>- Clcr &lt; 15 ml/min : max 100-300 mg/j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Durée d'un essai thérapeutique valable</i> : 8-12 sem</li> </ul>
<b>Prégabaline (Lyrica®, génériques)</b> - Caps. 25, 50, 75, 150, 300 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Élimination rénale</i></li> <li>• <i>T</i><sub>1/2</sub> : 6,3 h</li> <li>• <i>Délai pour début d'action analgésique</i> : 1 sem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Posologie initiale</b> : 25 mg HS pour 3-7 j</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : de 25 mg/j en doses fractionnées BID-TID, q1-2 sem</li> <li>• Clcr &lt; 30 ml/min : doses fractionnées DIE-BID</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clcr ≥ 60 ml/min : 300-450 mg/j en doses fractionnées BID-TID</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRC : - Clcr 30-59 ml/min : max 150-300 mg/j</li> <li>- Clcr 15-29 ml/min : max 100-150 mg/j</li> <li>- Clcr &lt; 15 ml/min : max 75 mg/j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Durée d'un essai thérapeutique valable</i> : 8-12 sem</li> <li>• Posologie &gt; 300-450 mg/j : peu de bienfaits additionnels et davantage d'effets indésirables</li> </ul>
<b>ANTIDÉPRESSEURS IRSN</b>					
<b>Duloxétine (Cymbalta®)</b> - Caps L.A. 30, 60 mg [RAMQ: médicament d'exception – voir formulaire spécifique]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : - Substrat majeur 1A2 et 2D6</li> <li>- Inhibiteur modéré 2D6</li> <li>• <i>T</i><sub>1/2</sub> : 8-17 h</li> <li>• <i>Délai pour début d'action analgésique</i> : 1-2 sem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Posologie initiale</b> : 30 mg DIE</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : à 60 mg DIE après 2-4 sem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 mg/j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRC : Clcr &lt; 30 ml/min: contre-indiqué</li> <li>• IH : contre-indiqué</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Durée d'un essai thérapeutique valable</i> : 8-12 sem</li> <li>• Peu de flexibilité posologique</li> <li>• Formulation L.A. : ne pas écraser ou croquer; capsules peuvent être ouvertes</li> </ul>
<b>Venlafaxine (Effexor® XR, génériques)</b> - Caps L.A. 37.5, 75, 150 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : - Substrat majeur 2D6 et 3A4; mineur 2C19 et 2C9</li> <li>- Inhibiteur faible 2D6, 3A4</li> <li>• <i>Métabolite actif</i> : O-desméthylvenlafaxine</li> <li>• <i>T</i><sub>1/2</sub> : 5 h (11 h pour métabolite actif)</li> <li>• <i>Délai pour début d'action analgésique</i> : 1-2 sem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Posologie initiale</b> : 37,5 mg DIE</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : de 37,5 mg/j q1-2 sem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clcr ≥ 50 ml/min : 150 mg/j (ad 225 mg/j exceptionnellement)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRC : - Clcr 10-50 ml/min : ↓ dose de 25-50%</li> <li>- Hémodialyse : ↓ dose de 50%</li> <li>• IH légère à modérée : ↓ dose de 50%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Durée d'un essai thérapeutique valable</i> : 8-12 sem</li> <li>• Formulation L.A. : ne pas écraser ou croquer; capsules peuvent être ouvertes</li> </ul>
<b>ATC AMINES SECONDAIRES<sup>1,2</sup></b>					
<b>Désipramine (Norpramin®, génériques)</b> - Co. 10, 25 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : - Substrat 1A2, 2D6 (majeur)</li> <li>- Inhibiteur modéré 2A6, 2B6, 2D6 et 3A4; inhibiteur faible 2E1</li> <li>• <i>T</i><sub>1/2</sub> : 15-24 h</li> <li>• <i>Délai pour début d'action analgésique</i> : 1 sem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Posologie initiale</b> : 10 mg DIE</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : de 10 mg/j q1-4 sem</li> <li>• ≥ 25-50 mg/j: doses fractionnées DIE-BID</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 mg/j (ad 75 mg/j exceptionnellement)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRC : aucun ajustement proposé</li> <li>• IH : prudence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Durée d'un essai thérapeutique valable</i> : 8-12 sem</li> <li>• Effet stimulant possible : administrer durant la journée; réviser choix de la molécule si insomnie</li> </ul>
<b>Nortriptyline (Aventyl®, génériques)</b> - Caps. 10, 25 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : - Substrat 1A2, 2C19, 2D6 (majeur), 3A4</li> <li>- Inhibiteur faible 2D6, 2E1</li> <li>• <i>T</i><sub>1/2</sub> : 28-31 h</li> <li>• <i>Délai pour début d'action analgésique</i> : 1 sem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Posologie initiale</b> : 10 mg HS</li> <li>• <b>↑ graduelle</b> : de 10 mg/j q1-4 sem</li> <li>• ≥ 50 mg/j : doses fractionnées DIE-BID</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 mg/j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRC : aucun ajustement proposé</li> <li>• IH : prudence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Durée d'un essai thérapeutique valable</i> : 8-12 sem</li> <li>• Avantages lorsque douleur interfère avec le sommeil</li> </ul>

ATC : antidépresseurs tricycliques; Clcr : clairance de la créatinine; IH : insuffisance hépatique; IRC : insuffisance rénale chronique; IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; *T*<sub>1/2</sub> : temps de demi-vie.

<sup>1</sup>Médicaments potentiellement inappropriés selon les critères de Beers de 2015 (voir annexe 6) [28].

<sup>2</sup>Doses équivalentes des ATC : Amitriptyline 50 mg ≅ Désipramine 50 mg ≅ Nortriptyline 25 mg.

<sup>3</sup>En l'absence de posologies gériatriques définies, nous proposons un guide posologique adaptée à la personne âgée vulnérable afin de réduire le risque d'effets indésirables. Les posologies initiales correspondent environ au quart de la dose adulte habituelle et les posologies maximales correspondent environ à la moitié de la dose adulte habituelle.

À noter que le tableau ci-dessus n'est pas exhaustif. Se référer aux monographies individuelles des médicaments pour plus d'informations.

## Analgésiques topiques

L'utilisation des analgésiques topiques peut être une avenue intéressante chez la personne âgée afin de diminuer l'exposition systémique aux médicaments, et par le fait même, de limiter les effets indésirables et les interactions médicamenteuses [58-61]. Les analgésiques topiques peuvent être utilisés en monothérapie ou comme traitement d'appoint [61]. Ils sont utiles en présence d'une douleur localisée ou d'une zone douloureuse délimitée plus importante à l'intérieur d'une zone douloureuse [60]. La présence d'allodynie ou d'hyperalgésie ainsi qu'une douleur localisée semblent être prédicteurs d'une réponse favorable aux analgésiques topiques [62]. A l'inverse, la présence d'hypoesthésie ou d'hypoalgésie ou une douleur étendue semblent être associés à une mauvaise réponse à l'analgésie topique [62]. Certains auteurs définissent la douleur localisée comme correspondant à une superficie inférieure ou égale à une feuille 8½ x 11 [63]. Parmi les agents utilisés, l'emploi des AINS topiques semble une alternative à privilégier avant de penser à l'introduction d'AINS par voie orale. Une revue systématique de la littérature a conclu à une efficacité comparable des AINS topiques aux AINS oraux pour le traitement des douleurs musculosquelettiques chroniques, particulièrement dans les cas d'arthrose de la main et du genou [45]. La lidocaïne topique est également fréquemment prescrite pour une douleur neuropathique localisée associée à une allodynie, telle qu'une neuropathie diabétique ou une névralgie post-herpétique.

Peu de données concernant l'emploi de ces alternatives chez la personne âgée sont disponibles. L'impact des changements structurels de la peau liés à l'âge sur l'absorption n'est pas connu. Une peau plus mince peut amener une augmentation de la pénétration des analgésiques topiques et contribuer à l'apparition d'effets indésirables locaux et systémiques [59]. Les effets indésirables rencontrés avec ces agents sont le plus souvent locaux : démangeaisons, érythème, sensation de brûlure, peau sèche; bien que rares, les effets indésirables liés à l'absorption systémique de la molécule sont possibles [59, 64]. L'utilisation de concentrations plus faibles demeure toujours de mise. De plus, l'application de crème peut s'avérer difficile chez une personne âgée ayant des limitations physiques. L'application devrait se faire sur une peau saine. L'utilisation de coussins chauffants, d'occlusion, l'application sur une très grande superficie ou à une fréquence supérieure à quatre fois par jour augmentent l'absorption des analgésiques topiques et devraient être déconseillées [59]. Il peut être possible d'obtenir le remboursement des agents topiques par la RAMQ, selon la mesure de patient d'exception.

**Tableau 7. Analgésiques topiques – recommandations, précautions et posologies [10, 19, 20, 22, 26, 36, 60, 64, 65]**

Médicaments, Présentations	Recommandations/ Indication(s)	Posologie/ Pharmacocinétique	Contre-indications/ Précautions	Commentaires
<b>Diclofénac [45, 49, 66, 67]</b> - Voltaren® emulgel 1.16%, 2.32% - Pennsaid® solution 1.5% - Préparation magistrale ad 15% [RAMQ : patient exception]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>A considérer avant l'utilisation d'AINS oraux si:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ≥ 75 ans</li> <li>- ≥ 65 ans et à risque d'EI</li> </ul> </li> <li>• Douleur nociceptive localisée :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arthrose de la main, du genou</li> <li>- Douleur musculo-squelettique localisée</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gel à 1.16% :</b> 2 à 4 g (couvre 400-800 cm<sup>2</sup> *) BID-QID Max : 8 g/j 1g : bande ≈ 2cm de gel</li> <li>• <b>Solution :</b> 40 gttes (10 gttes sur chaque face du genou) QID 1 mL ≈ 40 gttes</li> <li>• Durée maximale d'utilisation selon le manufacturier : 4-12 sem</li> <li>• <b>Absorption:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gel : 6-10 %</li> <li>- solution: 2-3 %</li> </ul> </li> </ul>	<p><u>Contre-indications :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrododénopathie active</li> <li>• IRC avec Clcr &lt; 30 mL/min</li> <li>• Allergie AINS/AAS</li> <li>• Utilisation d'un AINS per os</li> </ul> <p><u>Précautions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation concomitante d'un anticoagulant</li> <li>• Maladie inflammatoire intestinale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Délai pour juger de l'efficacité :</b> 1 sem</li> <li>• Efficacité maximale vers 4 sem</li> <li>• Moins d'EI rénaux et GI comparativement aux agents oraux (GI : 6.5% topique vs 23.8% oral)</li> <li>• Éviter exposition au soleil</li> <li>• Pennsaid : Halitose, odeur d'ail de la peau</li> <li>• Voltaren® emulgel 1.16%, format 75 g: capuchon facile à ouvrir. Utilisation plus aisée chez patients ayant douleur articulaire.</li> </ul>
<b>Salicylates [60, 64, 65, 68]</b> - Salicylate de triéthanolamine à 10 %, 15%, 20% - Salicylate de méthyle 10%, 12.5%, 15%, 21%, 30 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur nociceptive localisée :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arthrose de la main</li> <li>- Douleur d'origine musculosquelettique légère</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application TID-QID</li> <li>• Durée maximale d'utilisation : 4 sem</li> <li>• <b>Absorption :</b> 15-22%</li> </ul>	<p><u>Contre-indications :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergie AINS/AAS</li> </ul> <p><u>Précautions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation concomitante d'un anticoagulant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs formulations disponibles en vente libre</li> <li>• Peu d'études supportant leur efficacité</li> <li>• Moins efficaces que les AINS topiques</li> </ul>

Médicaments, Présentations	Recommandations/ Indication(s)	Posologie/ Pharmacocinétique	Contre-indications/ Précautions	Commentaires
- Huile de Gaulthérie (Wintergreen oil)				<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 g salicylate de méthyle 30% produit une inhibition plaquettaire équivalente à la prise d'AAS 162 mg po</li> <li>• Toxicité si absorption systémique : nausée, vomissement, perte audition, confusion, hyperventilation, alcalose respiratoire, acidose métabolique</li> </ul>
<b>Camphre/menthol [68, 69]</b> - Préparations commerciales de menthol 2 à 16 % +/- camphre - Préparation magistrale camphre et menthol à 3.5% dans Base Glaxal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur d'intensité légère à modérée d'origine musculosquelettique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menthol : 1 mL de gel couvre 200cm<sup>2</sup>*</li> <li>Durée d'action courte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter usage près des yeux ou du nez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Souvent utilisé en combinaison avec les salicylates</li> <li>• Ingestion orale : dépression SNC, anxiété, hallucinations, confusion</li> </ul>
<b>Capsaïcine et dérivés [59, 61-63, 65]</b> - 0.025%, 0.075% - USA, Europe : Qutenza® timbre à 8% [RAMQ : patient exception]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur d'origine musculo-squelettique</li> <li>• Ostéoarthrose de la main</li> <li>• 3<sup>e</sup> intention pour douleur neuropathique localisée (principalement NPH)</li> <li>• Syndrome de douleur régionale complexe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application TID-QID</li> <li>• <i>Absorption</i> : minimale</li> </ul>	<p><u>Précautions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabétique</li> <li>• Laver les mains après application ou porter des gants.</li> <li>• Ne pas toucher les yeux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délai pour juger de l'efficacité : 4 sem</li> <li>• Soulagement optimal après 6-8 sem</li> <li>• Preuves efficacité pauvres en douleur nociceptive avec concentration &lt; 1%</li> <li>• Moins efficaces que AINS topiques</li> <li>• 30% pts ne tolèrent pas sensation de brûlure associée à l'initiation du traitement : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation de crème lidocaïne 5%, 30 min avant application capsaïcine peut aider</li> </ul> </li> <li>• Diminuer la fréquence d'application une fois soulagement atteint</li> <li>• Tachyphylaxie avec usage prolongé</li> <li>• A l'arrêt : retour aux sensations de base en 40 à 50 jours pour fibres nociceptives centrales et 140 à 150 jours pour fibres nociceptives périphériques</li> </ul>
<b>Lidocaïne [58, 61, 62, 70-72]</b> - Préparation magistrale : 2 à 10 % dans Base Glaxal - USA : Timbre lidocaïne 5% [RAMQ : patient exception]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement de 1<sup>e</sup> intention en présence de douleur neuropathique localisée ou d'allodynie</li> <li>• Syndrome de douleur régionale complexe type 2</li> <li>• Arthrose du genou</li> <li>• Utile si présence d'allodynie ou hyperalgésie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application BID-QID</li> <li>• Surface d'application maximale quotidienne - 5% : 600 cm<sup>2</sup> * - 10% : 300 cm<sup>2</sup> *</li> <li>• Durée tx : données efficacité et innocuité ad 8 ans avec timbre lidocaïne 5%</li> <li>• <i>Absorption</i> : 3 à 5%</li> <li>• <i>Début action</i> : &lt;30min</li> <li>• <i>Durée effet</i> : 45 min</li> </ul>	<p><u>Contre-indications</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IH sévère</li> <li>• Allergie aux anesthésiques de type amide</li> <li>• Peau lésée ou inflammatoire : pénétration cutanée accrue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Majorité des données avec timbre lidocaïne 5% <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efficacité comparable à prégabaline po pour le traitement de NPH et NPD</li> <li>- Réduction des autres analgésiques po particulièrement ATC</li> <li>- Fonctions cognitives améliorées versus traitement po</li> </ul> </li> <li>• Efficacité timbre lidocaïne 5% équivalente à célécoxib 200mg/j en arthrose du genou</li> <li>• EI : Céphalée, tremblement, ↑ fréquence cardiaque</li> <li>• Décoloration de la peau possible</li> <li>• Éviter pansement occlusif</li> </ul>
<b>Kétamine [72-74]</b> - Préparation magistrale : 1 à 10% dans Base Glaxal ou gel pluronique [RAMQ : patient exception]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement de 3<sup>e</sup> intention en présence de douleur nociceptive ou neuropathique localisée</li> <li>• Syndrome de douleur régionale complexe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application TID-QID</li> <li>• <i>Début action</i> : 30 min</li> <li>• <i>Métabolisme hépatique</i> : CYP3A4</li> <li>• <i>Métabolite actif</i> : Norkétamine</li> <li>• T<sub>1/2</sub> : - Kétamine : 2-4 h - Norkétamine : 12 h</li> </ul>	<p><u>Contre-indications</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convulsions</li> <li>• Hypertension non contrôlée</li> <li>• Chirurgie ophtalmique</li> <li>• Trauma cérébral</li> </ul> <p><u>Précautions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATCD AVC</li> <li>• Insuffisance cardiaque</li> <li>• Trouble psychiatrique</li> <li>• IRC : accumulation norkétamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Délai pour juger efficacité</i> : minimum 48h</li> <li>• Diminution de l'hyperalgésie et de l'allodynie</li> <li>• Peu d'études positives lorsque utilisée seule à des concentrations de 0.5-1%.</li> <li>• EI systémiques : nausée, vomissement, anorexie, hypersalivation, sédation, cauchemars, étourdissements, confusion, hallucinations, tachycardie, hypertension</li> <li>• Combinaison kétamine et lidocaïne fréquemment utilisée en pratique. Pas d'évidence que cette combinaison soit supérieure à utilisation de la lidocaïne seule et engendre des coûts supplémentaires pour le patient.</li> </ul>

Médicaments, Présentations	Recommandations/ Indication(s)	Posologie/ Pharmacocinétique	Contre-indications/ Précautions	Commentaires
<b>Amitriptyline [62, 72]</b> - Préparation magistrale : 2% ad 10% [RAMQ : patient exception]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement de 3<sup>e</sup> intention en présence de douleur neuropathique localisée</li> <li>Vulvodynie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Application DIE-TID</li> </ul>	Voir section ATC au tableau 2	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Délai pour juger efficacité</i> : 2 semaines</li> <li>Peu d'études comparées à placebo. Surtout rapports de cas.</li> <li>El systémiques rapportés avec utilisation crème amitriptyline à 10%</li> <li>El systémiques: delirium, somnolence, étourdissements, HTO, xérostomie, etc.</li> </ul>
<b>Kétamine 2 % + Amitriptyline 4% [61, 72, 74, 75]</b> - Préparation magistrale dans Base Glaxal ou gel pluronique - Amiket <sup>®</sup> : préparation commerciale en investigation phase II-III [RAMQ : patient exception]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement de 3<sup>e</sup> intention en présence de douleur neuropathique localisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Application 4 g BID-TID</li> </ul>	Voir section des agents ci-haut	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Délai pour juger efficacité</i> : 2 semaines</li> <li>Plusieurs études contre placebo (N &gt;1200) :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Majorité des études en NPH</li> <li>- Efficacité comparable à gabapentine 1800 mg/j dans le traitement de la NPH</li> <li>- Étude en NPD : forte tendance vers réduction de la douleur (NS), amélioration du sommeil</li> </ul> </li> </ul>

AAS : acide acétylsalicylique; AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens; ATC : antidépresseurs tricycliques; ATCD : antécédents; AVC : accident vasculaire cérébral; Clcr : clairance de la créatinine; EI : effets indésirables; GI : gastro-intestinal; Gttes : gouttes; HTO : hypotension orthostatique; IH : insuffisance hépatique; Inh COX-2 : inhibiteurs cyclo-oxygénase-2; IRC : insuffisance rénale chronique; MAB : maladie affective bipolaire; Max : maximum; NPD : neuropathie diabétique; NPH : névralgie post-herpétique; NS : non significatif; Po : per os; T ½ : temps de demi-vie; Tb : trouble; Tx : traitement.

\*400-800 cm<sup>2</sup> : correspond environ à la superficie d'une feuille de papier 8½ x 11; 300 cm<sup>2</sup> : correspond à la superficie d'une ½ feuille de papier 8½ x 11.

## APPROCHES INTERVENTIONNELLES

Afin de limiter les effets indésirables associés aux analgésiques systémiques, il est important de toujours évaluer si des infiltrations articulaires ou des tissus mous sont indiquées. Des infiltrations de corticostéroïdes dans les articulations, bourses ou structures périligamentaires peuvent être utiles dans certaines pathologies telles qu'une arthrose localisée, une tendinite, une bursite ou certaines conditions inflammatoires telles qu'une synovite secondaire à une maladie microcristalline (goutte, pseudo-goutte) ou une arthrite rhumatoïde. Le soulagement peut durer jusqu'à 6-12 semaines pour une articulation avec maladie chronique, et peut même être curative pour une atteinte des tissus mous. Il est habituellement recommandé, sans évidence scientifique claire, de ne pas infiltrer une articulation plus de 3 fois par année. Bien que certains patients bénéficient d'une injection intra-articulaire d'acide hyaluronique pour le traitement de l'arthrose, l'évidence scientifique récente ne montre pas d'efficacité claire.

Pour le patient présentant une lombalgie, on peut considérer des infiltrations spinales (en anesthésie ou en radiologie, selon les milieux), dépendant de l'étiologie de la douleur. Ainsi, si la présentation clinique et l'investigation suggèrent une arthrose facettaire, la douleur pourrait répondre à des blocs facettaires. Si on diagnostique plutôt une sténose spinale, on pourra tenter une épidurale, translaminaire ou transforaminale dépendant de la douleur et des anomalies observées sur l'imagerie. Pour une revue plus détaillée des différentes approches interventionnelles, le lecteur peut consulter le document conjoint de la British Geriatrics Society et de la British Pain Society [22].

## SUIVI ET AJUSTEMENT DU TRAITEMENT

Le plan de surveillance étroit inclut l'évaluation de l'atteinte des objectifs de traitement, de même que la recherche systématique des effets indésirables. Le suivi de l'observance aux approches non pharmacologiques et pharmacologiques est également essentiel avant de conclure à un échec du plan de traitement [19]. Ceci peut permettre de mettre en place des stratégies pour contourner les obstacles à l'observance.

Suite à l'introduction d'une thérapeutique, les indicateurs de qualité de vie (tels que l'humeur, l'anxiété, l'appétit et le sommeil) et les mesures fonctionnelles (mobilité, activités de la vie quotidienne) s'améliorent parfois avant l'intensité de la douleur [5]. Il importe donc de les documenter lors de chacune des rencontres. De même, refléter au patient les succès obtenus au niveau de ces indicateurs pourrait permettre de renforcer l'adhésion au traitement [4, 19]. La recherche des effets néfastes des analgésiques doit inclure les effets sur la cognition, le ralentissement psychomoteur, la diminution de l'équilibre ou des réactions posturales, les chutes et les effets

gastro-intestinaux et urinaires. L'innocuité du traitement dépend également de la réévaluation de façon continue des ajustements apportés à la pharmacothérapie, particulièrement l'ajout ou l'augmentation d'autres médicaments agissant sur le SNC ou anticholinergiques.

Un essai thérapeutique valable suite à l'introduction et l'augmentation graduelle d'un analgésique doit s'échelonner sur plusieurs semaines (ex. : jusqu'à 8 à 12 semaines dans le cas des analgésiques adjuvants) avant de conclure à un échec, à moins d'effets néfastes même à faible dose. On accordera un plus long délai au patient qui présente de la douleur chronique depuis une longue période [4, 19]. Si aucune amélioration n'est observée avec un agent, même après avoir augmenté la posologie à une dose moyenne, on doit le sevrer sur environ deux semaines et commencer une nouvelle molécule agissant par un autre mécanisme. Si l'efficacité d'un agent plafonne, on peut combiner avec une molécule ayant un mode d'action différent. En présence d'un effet indésirable léger, on peut conserver l'agent à la dose minimale bénéfique et combiner avec une molécule ayant un mode d'action différent [36]. Lorsque les objectifs sont atteints, le plan de traitement doit être constamment réévalué au long cours, c'est-à-dire environ aux trois mois chez la personne âgée vulnérable. En cas d'échec aux différentes approches appropriées de traitement, incluant les approches non pharmacologiques, l'essai thérapeutique successif de deux opioïdes différents, de même que d'un gabapentinoïde ou d'un IRSN si indiqué, le patient devrait être référé à une ressource spécialisée en gestion de la douleur chronique [14].

## CAS CLINIQUE I

*Mme M, 82 ans, 68 kg et clairance de la créatinine estimée à 32 cc/min, se présente à l'urgence pour une chute, sans facteur précipitant et sans blessure. Après qu'une étiologie secondaire ait été éliminée, son état général étant jugé précaire, elle est admise à l'UCDG pour évaluer la cause de la chute et prévenir une récurrence.*

*A l'histoire, sa famille rapporte qu'elle présente, depuis quelques années, une douleur lombaire sévère non contrôlée par les médicaments, des troubles mnésiques et des chutes fréquentes. La douleur lombaire a augmenté progressivement et nuit maintenant à sa mobilité et son autonomie fonctionnelle. La douleur est absente au repos sauf si elle demeure assise pour une longue période, exacerbée en se levant et en marchant. La pire activité est de rester debout pour cuisiner. La douleur est alors intolérable et elle doit s'asseoir. La douleur irradie dans les jambes jusqu'aux pieds, sans faiblesse, avec légères paresthésies.*

*Son médecin de famille a demandé une radiographie du rachis lombaire qui a montré des changements dégénératifs, pincements et spondylolisthésis léger de L4 sur L5. Il lui a alors prescrit du célécoxib 100 mg bid et lui a dit de prendre de l'acétaminophène au besoin. Quelques mois plus tard, puisque la douleur persistait, il lui a prescrit de la morphine à libération immédiate 5 mg au besoin. Elle avait de la difficulté à s'endormir, donc il lui a prescrit de la nortriptyline 10 mg HS en lui disant que ça pourrait aussi aider la douleur dans les membres inférieurs.*

*La douleur a répondu partiellement à la morphine, qu'elle prend 4 fois par jour et qui diminue la douleur de 50% durant 3 heures. Pour traiter la douleur dans les membres inférieurs, il lui a ajouté de la prégabaline, augmentée progressivement jusqu'à 150 mg bid. La médication était demeurée la même dans les quatre derniers mois précédant l'admission.*

### Approche initiale

Lors de l'admission à l'UCDG, elle rapporte une douleur lombaire irradiant jusqu'aux pieds. En questionnant davantage, on se rend compte que la douleur lombaire est pire en position debout prolongée, alors que la douleur dans les jambes est plus importante à la marche. L'examen physique met, entre autres, en évidence des signes d'arthrose léger aux hanches, une attitude scoliotique, une limitation des mouvements du rachis lombaire et une faiblesse proximale symétrique aux deux membres inférieurs. L'examen des sensibilités est quant à lui dans les limites de la normale, sauf pour une légère diminution de la perception de la vibration aux deux pieds et on note une absence de réflexes achilléens. Madame M. prend actuellement la morphine à libération immédiate 5 mg 4 fois par jour, avec soulagement partiel. Ses autres analgésiques sont célécoxib 100 mg bid, prégabaline 150 mg bid, nortriptyline 10 mg HS et acétaminophène 500 mg PRN, pris 2 comprimés matin et soir. Malgré les analgésiques actuels, la douleur persiste. Elle a encore beaucoup de difficulté à se déplacer et, depuis quelques mois, chute assez régulièrement, sans blessure sérieuse. Sa famille note qu'elle est ralentie, a de la difficulté à suivre une conversation et s'endort souvent en écoutant la télévision. Elle est constipée malgré du docusate sodique et du senna.

Les troubles mnésiques, la somnolence et les chutes pourraient être reliés à la prise concomitante de plusieurs médicaments agissant sur le système nerveux central, sans que ces analgésiques n'aient procuré de soulagement satisfaisant. Afin de réduire ces effets indésirables, la dose de prégabaline est réduite pour conserver seulement 50 mg le matin et 100 mg HS et la nortriptyline est cessée. Puisque la morphine est souvent associée à plus d'effets indésirables (somnolence, constipation), elle est remplacée par une dose équianalgésique d'hydromorphone à libération immédiate, soit 1 mg au besoin, et on profite de l'hospitalisation pour s'assurer d'une gestion adéquate de la prise d'un narcotique à courte durée d'action PRN chez cette patiente avec suspicion de troubles cognitifs. L'acétaminophène est prescrit à 650 mg 4 fois par jour régulièrement, et le célécoxib est arrêté en raison de l'absence de réponse et du risque de toxicité rénale et cardiovasculaire. L'évaluation et l'intervention d'un physiothérapeute est demandée ainsi qu'un CT-scan du rachis lombosacré pour mieux évaluer l'étiologie de la douleur.

## Mi-séjour

Il n'y a pas eu d'exacerbation de la douleur suite à la cessation de la nortriptyline et du célécoxib et à la diminution de la dose de prégabaline. Madame prend actuellement de l'hydromorphone à libération immédiate 3 fois/jour avec soulagement partiel qui dure 2-3 heures. Son équilibre et sa distance de marche se sont améliorés avec la diminution de la polypharmacie et de la physiothérapie, mais sa mobilité est encore grandement limitée par la douleur, surtout au niveau des membres inférieurs.

Le CT-scan du rachis lombosacré a montré des changements dégénératifs multiétiqués avec maladie discale dégénérative, arthrose facettaire multiétiquée maximale à L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une diminution du calibre du canal spinal aux mêmes niveaux et une sténose foraminale L4-L5 bilatérale. Suite aux résultats du CT-scan, et puisque les analgésiques ne procurent qu'un soulagement partiel, on décide de procéder à une épidurale transforaminale L5 bilatérale. La physiothérapie est poursuivie avec des méthodes antalgiques locales et des exercices de renforcement musculaire.

## Planification au congé / suivi

La douleur dans les membres inférieurs persiste mais a diminué, permettant une meilleure distance de marche avec amélioration également de l'autonomie fonctionnelle. Elle prend maintenant l'hydromorphone à libération immédiate 1-2 fois par jour, lorsqu'elle fait une activité qui nécessite un déplacement prolongé. Toutefois, la douleur en position assise est encore présente lorsqu'elle est assise plus de 15 à 30 minutes sans bouger.

Elle a donc congé de l'UCDG avec de l'acétaminophène 650 mg quatre fois par jour régulièrement, de la prégabaline 50 mg le matin et 100 mg HS et de l'hydromorphone à libération immédiate à prendre au besoin. Une demande est faite en radiologie pour que soient réalisés des blocs facettaires, intervention qui pourrait potentiellement soulager la douleur lombaire persistante en position assise. Il est recommandé à son médecin de famille de poursuivre la même médication pour l'instant. La dose de l'hydromorphone devra être réévaluée, entre autres après la réalisation des infiltrations.

## CAS CLINIQUE II

*Madame P. est une patiente de 85 ans connue pour un remplacement valvulaire aortique, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, une gonarthrose bilatérale et une fibrillation auriculaire. Aucune notion de troubles cognitifs. Un diagnostic de zona dans le territoire S1 gauche a aussi été posé il y a quatre mois. Elle est aujourd'hui hospitalisée à l'UCDG en raison d'une douleur invalidante au membre inférieur gauche, en installation progressive depuis quelques semaines, sous forme de brûlure et de décharge électrique. La patiente demeure seule dans un appartement à l'étage, sans ascenseur. Elle se déplace maintenant avec difficulté, se réveille fréquemment la nuit et n'arrive plus à faire les tâches quotidiennes en raison de la douleur. Un diagnostic de névralgie post-zostérienne est posé.*

*Quelques essais de médicaments avaient été faits par le médecin de famille dans les semaines précédentes. La prégabaline avait été tentée jusqu'à un dosage de 50 mg per os BID, mais avait dû être cessée en raison d'un œdème aux membres inférieurs. L'amitriptyline lui avait causé de la confusion et de la xérostomie et la combinaison oxycodone – naloxone, des cauchemars. Sa médication actuelle est : warfarine, périndopril, atorvastatin, acétaminophène au besoin et oxycodone – naloxone 5 mg po BID. Le RIN réalisé à la salle d'urgence est de 4.1 et la clairance de la créatinine est estimée à 45 cc/min (pour un poids de 59 kg).*

## Approche initiale

Dès l'admission, les objectifs du traitement sont précisés avec la patiente : favoriser la reprise de la mobilité, améliorer le sommeil et soulager la douleur d'environ 30%. Madame P. évalue actuellement sa douleur à 8/10, avec des accès douloureux à 10/10. La prise en charge initiale se compose de deux approches complémentaires, soit les mesures non-pharmacologiques et l'ajustement de la médication. Une consultation en physiothérapie met en évidence un patron de marche altéré en lien avec la douleur ainsi qu'un déconditionnement et l'introduction d'une marchette est suggérée. Compte tenu de la mesure du RIN augmentée, la prise d'acétaminophène, l'observance et les apports nutritionnels sont approfondis. Mme P. s'alimentait moins bien et prenait depuis quelques jours de l'acétaminophène pour tenter de soulager ses douleurs. L'interaction entre l'acétaminophène et la warfarine lui est expliquée et il est convenu de mettre une dose fixe d'acétaminophène, 650 mg po QID et de suivre le RIN. L'oxycodone-naloxone est cessé et remplacé par une formulation à libération prolongée de morphine, soit le Kadian® 10 mg die. Même si la patiente ne rapportait pas de constipation marquée avec la prise d'oxycodone-naloxone, une ordonnance de laxatifs au besoin est tout de même inscrite au dossier. Finalement, de la gabapentine est introduite à raison de 100 mg po BID et une augmentation progressive du dosage est prévue.

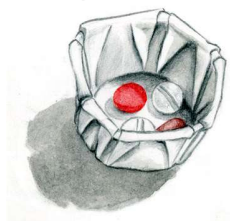
## Mi-séjour

L'intensité générale de la douleur est mieux contrôlée, avec une estimation sur l'échelle numérique verbale à 6/10, et la médication est bien tolérée. Elle dort beaucoup mieux maintenant que les cauchemars sont résolus. Toutefois, Madame P. est toujours incommodée à la marche en raison d'une hyperesthésie au pied gauche. De plus, dès qu'elle se retrouve au calme pour lire ou écouter la télévision, la douleur au membre inférieur l'incomode. Elle se dit aussi inquiète de l'interaction de l'acétaminophène avec la warfarine et trouve que l'acétaminophène ajoute un nombre considérable de comprimés à sa médication journalière. Dans ce contexte, il est convenu avec la patiente que l'acétaminophène soit cessé. Pour optimiser le contrôle de la douleur, l'augmentation progressive de la gabapentine est poursuivie, le Kadian® majoré à 20 mg po die et une crème de lidocaïne 5% est introduite pour application au niveau du pied gauche. Le physiothérapeute s'assure quant à lui qu'il n'y ait pas de contre-indication au TENS et en montre l'utilisation à la patiente. Elle pourra en faire l'essai pendant son séjour.

## Planification au congé / suivi

Madame P. évalue maintenant la douleur à 4/10, avec quelques rares accès à 6/10. Elle ne présente pas d'effets indésirables liés à la médication introduite. Elle circule de façon sécuritaire avec une canne simple et obtiendra l'aide de ses proches pour le ménage et les courses. Elle a fait l'achat d'un TENS et l'utilise jusqu'à 3 heures par jour, en 2 à 3 séances.

Elle quitte avec un rendez-vous de suivi dans 3 mois et les ordonnances suivantes : arrêt de l'oxycodone-naloxone, Kadian® 20 mg po die, PEG-3350 17 g po die, gabapentine 300 mg po TID et crème de lidocaïne 5% en application BID à QID au niveau du pied gauche. La demande de patient d'exception pour la crème de lidocaïne est complétée en ligne et son médecin traitant ainsi que l'équipe assurant le suivi de son anticoagulothérapie sont avisés du départ.



## ANNEXE 1 - RÉFÉRENCES

1. Kergoat MJ, Gilbert S, Gravel J, Hill J, Hoang LUA, Latour J, Loontjens B, Morin M, Papillon-Ferland L, Paré C *et al*: **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 2ième édition**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2017.
2. Gibson SJ, Lussier D: **Prevalence and relevance of pain in older persons**. *Pain Med* 2012, **13 Suppl 2**:S23-26.
3. Farrell MJ: **Age-related changes in pain perception**. In: *Handbook of pain management in older persons*. Edited by Lussier D, Cruciani RA. New York, NY: Springer; En voie de publication.
4. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K: **Management of chronic pain in older adults**. *BMJ* 2015, **350**:h532.
5. Herr K: **Pain assessment strategies in older patients**. *J Pain* 2011, **12**(3 Suppl 1):S3-S13.
6. McDonald DD, Fedo J: **Older adults' pain communication: the effect of interruption**. *Pain Manag Nurs* 2009, **10**(3):149-153.
7. McDonald DD, Shea M, Rose L, Fedo J: **The effect of pain question phrasing on older adult pain information**. *Journal of pain and symptom management* 2009, **37**(6):1050-1060.
8. Malec M, Shega JW: **Pain management in the elderly**. *The Medical clinics of North America* 2015, **99**(2):337-350.
9. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, Jackson K, Parmelee PA, Rudy TE, Lynn Beattie B *et al*: **An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons**. *Clin J Pain* 2007, **23**(1 Suppl):S1-43.
10. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons: **The management of persistent pain in older persons**. *J Am Geriatr Soc* 2002, **50**(6 Suppl):S205-224.
11. Tracy B, Sean Morrison R: **Pain management in older adults**. *Clin Ther* 2013, **35**(11):1659-1668.
12. Kappesser J, Williams AC: **Pain estimation: asking the right questions**. *Pain* 2010, **148**(2):184-187.
13. Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, Closs SJ, Long AF, Corbett A, Briggs M: **Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools**. *BMC Geriatr* 2014, **14**:138.
14. Société québécoise de gériatrie: **Prise de position sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez la personne âgée**; Novembre 2015.
15. Aubin M, Verreault R, Savoie M, Lemay S, Hadjistavropoulos T, Fillion L: **Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée**. *Can J Aging* 2007, **27**(1):45-55.
16. Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S: **Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations**. *Pain Manag Nurs* 2011, **12**(4):230-250.
17. Paulson CM, Monroe T, Mion LC: **Pain assessment in hospitalized older adults with dementia and delirium**. *J Gerontol Nurs* 2014, **40**(6):10-15.
18. Thielke S, Sale J, Reid MC: **Aging: are these 4 pain myths complicating care?** *J Fam Pract* 2012, **61**(11):666-670.
19. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC: **Management of persistent pain in the older patient: a clinical review**. *JAMA* 2014, **312**(8):825-836.
20. Boulanger A, Provost M: **Douleur chronique et opioïdes: l'essentiel; Lignes directrices du Collège des médecins du Québec**. Montréal, Canada: Collège des médecins du Québec; 2009.
21. Park J, Hughes AK: **Nonpharmacological approaches to the management of chronic pain in community-dwelling older adults: a review of empirical evidence**. *J Am Geriatr Soc* 2012, **60**(3):555-568.
22. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, Knaggs R, Martin D, Sampson L, Schofield P *et al*: **Guidance on the management of pain in older people**. *Age Ageing* 2013, **42 Suppl 1**:i1-57.
23. Buchmuller A, Navez M, Millette-Bernardin M, Pouplin S, Presles E, Lanteri-Minet M, Tardy B, Laurent B, Camdessanche JP, Lombotens Trial G: **Value of TENS for relief of chronic low back**

- pain with or without radicular pain. *Eur J Pain* 2012, **16**(5):656-665.
24. Khadilkar A, Odebiyi DO, Brosseau L, Wells GA: **Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain.** *Cochrane database of systematic reviews* 2008(4):CD003008.
  25. Keefe FJ, Porter L, Somers T, Shelby R, Wren AV: **Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications.** *British journal of anaesthesia* 2013, **111**(1):89-94.
  26. American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older P: **Pharmacological management of persistent pain in older persons.** *J Am Geriatr Soc* 2009, **57**(8):1331-1346.
  27. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Weaver DF, Houlden RL: **Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain.** *N Engl J Med* 2005, **352**(13):1324-1334.
  28. By the American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel: **American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.** *J Am Geriatr Soc* 2015, **63**(11):2227-2246.
  29. Reid MC, Bennett DA, Chen WG, Eldadah BA, Farrar JT, Ferrell B, Gallagher RM, Hanlon JT, Herr K, Horn SD *et al*: **Improving the pharmacologic management of pain in older adults: identifying the research gaps and methods to address them.** *Pain Med* 2011, **12**(9):1336-1357.
  30. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P: **STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2.** *Age Ageing* 2015, **44**(2):213-218.
  31. MacLean CH, Pencharz JN, Saag KG: **Quality indicators for the care of osteoarthritis in vulnerable elders.** *J Am Geriatr Soc* 2007, **55** Suppl 2:S383-391.
  32. Conseil du médicament: **Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS); 2010**  
<https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/AINS-IPP/CdM-Algorithme-AINS.pdf>.
  33. O'Neil CK, Hanlon JT, Marcum ZA: **Adverse effects of analgesics commonly used by older adults with osteoarthritis: focus on non-opioid and opioid analgesics.** *Am J Geriatr Pharmacother* 2012, **10**(6):331-342.
  34. Kahan M, Mailis-Gagnon A, Wilson L, Srivastava A: **Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse. Résumé clinique pour les médecins de famille. Partie 1: population en général.** *Can Fam Physician* 2011(57):e407-418.
  35. Kahan M, Wilson L, Mailis-Gagnon A, Srivastava A: **Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse. Résumé clinique pour les médecins de famille. Partie 2: populations particulières.** *Can Fam Physician* 2011(57):e419-428.
  36. Ministère de la Santé et des Services sociaux: **Algorithme de prise en charge de la douleur neuropathique.** 2015  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-947-04W.pdf>.
  37. Haanpaa ML, Gourlay GK, Kent JL, Miaskowski C, Raja SN, Schmader KE, Wells CD: **Treatment considerations for patients with neuropathic pain and other medical comorbidities.** *Mayo Clin Proc* 2010, **85**(3 Suppl):S15-25.
  38. Saunders KW, Dunn KM, Merrill JO, Sullivan M, Weisner C, Braden JB, Psaty BM, Von Korff M: **Relationship of opioid use and dosage levels to fractures in older chronic pain patients.** *J Gen Intern Med* 2010, **25**(4):310-315.
  39. Solomon DH, Rassen JA, Glynn RJ, Lee J, Levin R, Schneeweiss S: **The comparative safety of analgesics in older adults with arthritis.** *Arch Intern Med* 2010, **170**(22):1968-1976.
  40. Busse J: **Lignes directrices canadiennes relatives à l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, édition 2017.** Hamilton (Ontario, Canada): National pain center; 2017,  
<http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/PDFofnewFrenchguideline28sept2017.pdf>.
  41. Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, Baron R, Gourlay GK, Haanpaa ML, Kent JL, Krane EJ, Lebel AA, Levy RM *et al*: **Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update.** *Mayo Clin Proc* 2010, **85**(3 Suppl):S3-14.

42. Gilron I, Watson CP, Cahill CM, Moulin DE: **Neuropathic pain: a practical guide for the clinician.** *CMAJ* 2006, **175**(3):265-275.
43. Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, Catton M, Hochberg MC, Wells G: **Acetaminophen for osteoarthritis.** *Cochrane database of systematic reviews* 2006(1):CD004257.
44. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Pinheiro MB, Lin CW, Day RO, McLachlan AJ, Ferreira ML: **Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials.** *BMJ* 2015, **350**:h1225.
45. Derry S, Conaghan P, Da Silva JA, Wiffen PJ, Moore RA: **Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults.** *Cochrane database of systematic reviews* 2016, **4**:CD007400.
46. Semla TP, Beizer JL, Higbee MD: **Geriatric dosage handbook: including clinical recommendations and monitoring guidelines. Lexi-Comp 21st edition.** Hudson, Ohio (US): Lexi-Comp; 2015.
47. Papaleontiou M, Henderson CR, Jr., Turner BJ, Moore AA, Olkhovskaya Y, Amanfo L, Reid MC: **Outcomes associated with opioid use in the treatment of chronic noncancer pain in older adults: a systematic review and meta-analysis.** *J Am Geriatr Soc* 2010, **58**(7):1353-1369.
48. Dowell D, Haegerich TM, Chou R: **CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain - United States, 2016.** *MMWR Recomm Rep* 2016, **65**(1):1-49.
49. Gupta DK, Avram MJ: **Rational opioid dosing in the elderly: dose and dosing interval when initiating opioid therapy.** *Clin Pharmacol Ther* 2012, **91**(2):339-343.
50. Dionne A, Gilbert M: **Analgésiques opioïdes/non opioïdes : principes d'utilisation.** In: *Regroupement de pharmaciens en établissement de santé ayant un intérêt pour les soins palliatifs Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes 4e éd.* Montréal (Québec, Canada): Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.); 2008: 41-64.
51. Rx Files: **BuTrans patch Buprenorphine Transdermal System (BTDS) for Weekly Application:** RxFiles; 2010
- <http://www.rxfiles.ca/RxFiles/uploads/documents/BuTrans-QandA.pdf>.
52. Pergolizzi JV, Raffa RB, Marcum Z, Colucci S, Ripa SR: **Safety of buprenorphine transdermal system in the management of pain in older adults.** *Postgrad Med* 2017, **129**(1):92-101.
53. Dion D, Néron A: **Comment soulager la douleur chez la personne fragilisée.** *Le Médecin du Québec* 2013
- [http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/30329.pdf?Archive=105024692320&File=30329\\_pdf](http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/30329.pdf?Archive=105024692320&File=30329_pdf), **48**:39-46.
54. National Highway traffic safety administration: **Morphine (and Heroin).** Washington, DC: National Highway traffic safety administration; 2002 [consulté le 8 février 2017] <https://one.nhtsa.gov/people/injury/research/job185drugs/morphine.htm>.
55. Purdue Pharma: **Monographie Butrans®** Août 2016 <http://www.purdue.ca/files/BuTrans-PM-FR.pdf>.
56. Heit HA, Gourlay DL: **Buprenorphine: new tricks with an old molecule for pain management.** *Clin J Pain* 2008, **24**(2):93-97.
57. National Initiative for Care of the Elderly: **Opioids, Benzodiazepines and Elderly: A pocket guide.**; 2014 [consulté le 4 février 2017] <http://www.nicenet.ca/de.aspx?id=499>.
58. Sawynok J, Fitzcharles MA: **Topical Analgesics for Pain.** *The Canadian Journal of CME* 2013:61-63.
59. Archer M, Newbold J, Steinvoort C, Larson B, Oderda G: **Topical Analgesic and Anesthetic Agents Drug Class Review** Salt Lake City, Utah, US: University of Utah College of Pharmacy 2013.
60. Stanos SP, Galluzzi KE: **Topical therapies in the management of chronic pain.** *Postgrad Med* 2013, **125**(4 Suppl 1):25-33.
61. Sawymok J: **Topical Analgesics for Neuropathic Pain in the Elderly: Current and Future Prospects.** *Drugs Aging* 2014(31):853-862.
62. Sawynok J: **Topical analgesics for neuropathic pain: Preclinical exploration, clinical validation, future development.** *Eur J Pain* 2014 (18):465-481.
63. Allegri M, Baron R, Hans G, Correa-Illanes G, Mayoral Rojals V, Mick G, Serpell M: **A pharmacological treatment algorithm for localized neuropathic pain.** *Curr Med Res Opin* 2016, **32**(2):377-384.

64. Barkin RL: **The pharmacology of topical analgesics.** *Postgrad Med* 2013, **125**(4 Suppl 1):7-18.
65. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, Towheed T, Welch V, Wells G, Tugwell P *et al*: **American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee.** *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012, **64**(4):465-474.
66. Makris UE, Kohler MJ, Fraenkel L: **Adverse effects of topical nonsteroidal antiinflammatory drugs in older adults with osteoarthritis: a systematic literature review.** *J Rheumatol* 2010, **37**(6):1236-1243.
67. Badii P, Laviolette M: **Voltaren Emulgel: ses bienfaits et ses limites.** *Québec Pharmacie* 2011, **58**:26-28.
68. Altman RD, Barthel HR: **Topical therapies for osteoarthritis.** *Drugs* 2011, **71**(10):1259-1279.
69. Topp R, Brosky JA, Jr., Pieschel D: **The effect of either topical menthol or a placebo on functioning and knee pain among patients with knee OA.** *Journal of geriatric physical therapy* 2013, **36**(2):92-99.
70. Reid MC, Shengelia R, Parker SJ: **Pharmacologic Management of Osteoarthritis-Related Pain in Older Adults: A Review Shows that Many Drug Therapies Provide Small-to-Modest Pain Relief.** *HSS J* 2012, **8**(2):159-164.
71. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, Gilron I, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS *et al*: **Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis.** *Lancet neurology* 2015, **14**(2):162-173.
72. Néron A: **Le pharmacien apothicaire – préparations magistrales.** In: *Regroupement de pharmaciens en établissement de santé ayant un intérêt pour les soins palliatifs Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes 4e éd.* Montréal (Québec, Canada): Association des pharmaciens des établissements de santé du québec; 2008: 361-380.
73. Prommer EE: **Ketamine for pain: an update of uses in palliative care.** *J Palliat Med* 2012, **15**(4):474-483.
74. Sawymok J: **Topical and Peripheral Ketamine as an Analgesic.** *Anesth Analg* 2014(119):170-178.
75. Sawynok J, Zinger C: **Topical amitriptyline and ketamine for post-herpetic neuralgia and other forms of neuropathic pain.** *Expert Opin Pharmacother* 2016, **17**(4):601-609.
76. Moulin D, Boulanger A, Clark AJ, Clarke H, Dao T, Finley GA, Furlan A, Gilron I, Gordon A, Morley-Forster PK *et al*: **Pharmacological management of chronic neuropathic pain: revised consensus statement from the Canadian Pain Society.** *Pain research & management : the journal of the Canadian Pain Society = journal de la société canadienne pour le traitement de la douleur* 2014, **19**(6):328-335.
77. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudid R, Payot I, Latour J, Schmitt T, Pepersack T, Vogt-Ferrier N, Hasso Y *et al*: **Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française.** *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2015, **15**(90):323-336.

## ANNEXE 2- SIGNES NON-VERBAUX DE LA PRÉSENCE DE DOULEUR CHEZ LES PATIENTS AVEC DÉFICITS COGNITIFS

CATÉGORIES	SIGNES
<b>Expressions faciales</b>	Froncement de sourcils, visage triste ou apeuré, grimaces, yeux fermés, clignement rapide des yeux
<b>Verbalisation et vocalisations</b>	Plaintes, cris, respiration bruyante, agressivité verbale
<b>Mouvements</b>	Rigidité, posture tendue, remuement, diminution des mouvements, changements de démarche et mobilité
<b>Changements d'interactions personnelles</b>	Agressivité, combativité, résistance aux soins, diminution des interactions sociales, comportements inappropriés et dérangeants, retrait
<b>Changements d'activités et routines</b>	Refus de s'alimenter, changement d'appétit, augmentation des périodes de repos, changements éveil/sommeil, cessation soudaine de routines habituelles, errance
<b>Changements cognitifs</b>	Augmentation de la confusion

**Références [5, 14]**

Tiré de : *Société québécoise de gériatrie: Prise de position sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez la personne âgée; Novembre 2015.* Droit d'auteur © 2015 Reproduit avec la permission de la Société québécoise de gériatrie.

# ANNEXE 3 – VERSION FRANÇAISE DU « PAIN ASSESSMENT CHECKLIST FOR PATIENTS WITH LIMITED ABILITY TO COMMUNICATE » OU PACSLAC-F

**GRILLE D'OBSERVATION**  
**PACSLAC-F<sup>©</sup>**

*Identification du résident*

DATE			
	NUIT	JOUR	SOIR
<i>Inscrire 1 point si un comportement a été observé au cours du quart de travail</i>			
<b>1. Expressions faciales</b>			
Grimace			
Regard triste			
Visage renfermé			
Regard menaçant			
Changements au niveau des yeux (ex. plissés, vides, brillants, ↑mouvement)			
Sourcils froncés			
Expression de douleur			
Visage sans expression			
Dents serrées			
Visage crispé			
Bouche ouverte			
Front plissé			
Nez froncé			
<b>2. Activités / mouvements du corps</b>			
Bouge sans arrêt			
Se recule			
Nerveux			
Hyperactif			
Marche sans arrêt			
Errance			
Tente de fuir			
Refuse de bouger			
Bouscule			
Diminution de l'activité			
Refuse la médication			
Bouge lentement			
Comportements impulsifs (ex. mouvements répétitifs)			
Non coopératif / Résistant aux soins			
Protège le site de la douleur			
Touche ou soutien le site de la douleur			
Claudication (patient boîte)			
Poings serrés			
Prend la position fœtale			
Raideur / Rigidité			

Inscrire 1 point si un comportement a été observé au cours du quart de travail			
	NUIT	JOUR	SOIR
<b>3. Comportement / humeur</b>			
Agression physique (ex. pousser, griffer, frapper)			
Agression verbale			
Refuse d'être touché			
Ne permet pas aux autres de s'approcher			
Fâché / Mécontent			
Lance des objets			
Augmentation de la confusion			
Anxieux			
Bouleversé			
Agité			
Impatient / Irritable			
Frustré			
<b>4. Autres</b>			
Pâleur du visage			
Rougeurs au visage			
Yeux larmoyants			
Transpiration excessive			
Tremblements			
Peau froide et moite			
Sommeil modifié (jour et/ou nuit)			
Appétit modifié			
Cris / Hurlements			
Appel à l'aide			
Pleure			
Son spécifique / Vocalisation lié à la douleur			
Gémit / Se plaint			
Marmonne			
Grogne			
<b>TOTAL DES SECTIONS 1 À 4</b> (Consigner au journal de suivi de la douleur)			
	NUIT	JOUR	SOIR

Le PACSLAC-F ne peut être reproduit ou traduit sans la permission expresse de ses développeurs et ces derniers déclinent toute responsabilité directe ou indirecte résultant de son utilisation. Tout comme les autres outils d'hétéroobservation de la douleur destinés aux aînés avec démence, le PACSLAC-F est un outil de dépistage et non une indication définitive de douleur. À ce titre, il se peut que son utilisation ne soit pas appropriée, qu'il détecte incorrectement la présence de douleur ou encore qu'il ne réussisse pas à la détecter chez certains individus. L'utilisation du PACSLAC-F par un professionnel de la santé certifié ou sous la supervision étroite d'un tel professionnel doit toujours être accompagnée d'une évaluation complète (incluant un examen physique) de chaque individu.

La grille PACSLAC-F est protégée par le droit d'auteur et par les lois québécoises, canadiennes et étrangères sur la propriété intellectuelle.  
 © Michèle Aubin, Thomas Hadjistavropoulos

Reproduit avec l'autorisation du Dre Michèle Aubin. Pour des informations supplémentaires sur le PACSLAC-F et la permission de le reproduire et de l'utiliser, veuillez consulter le site internet [www.pacslac.org](http://www.pacslac.org).



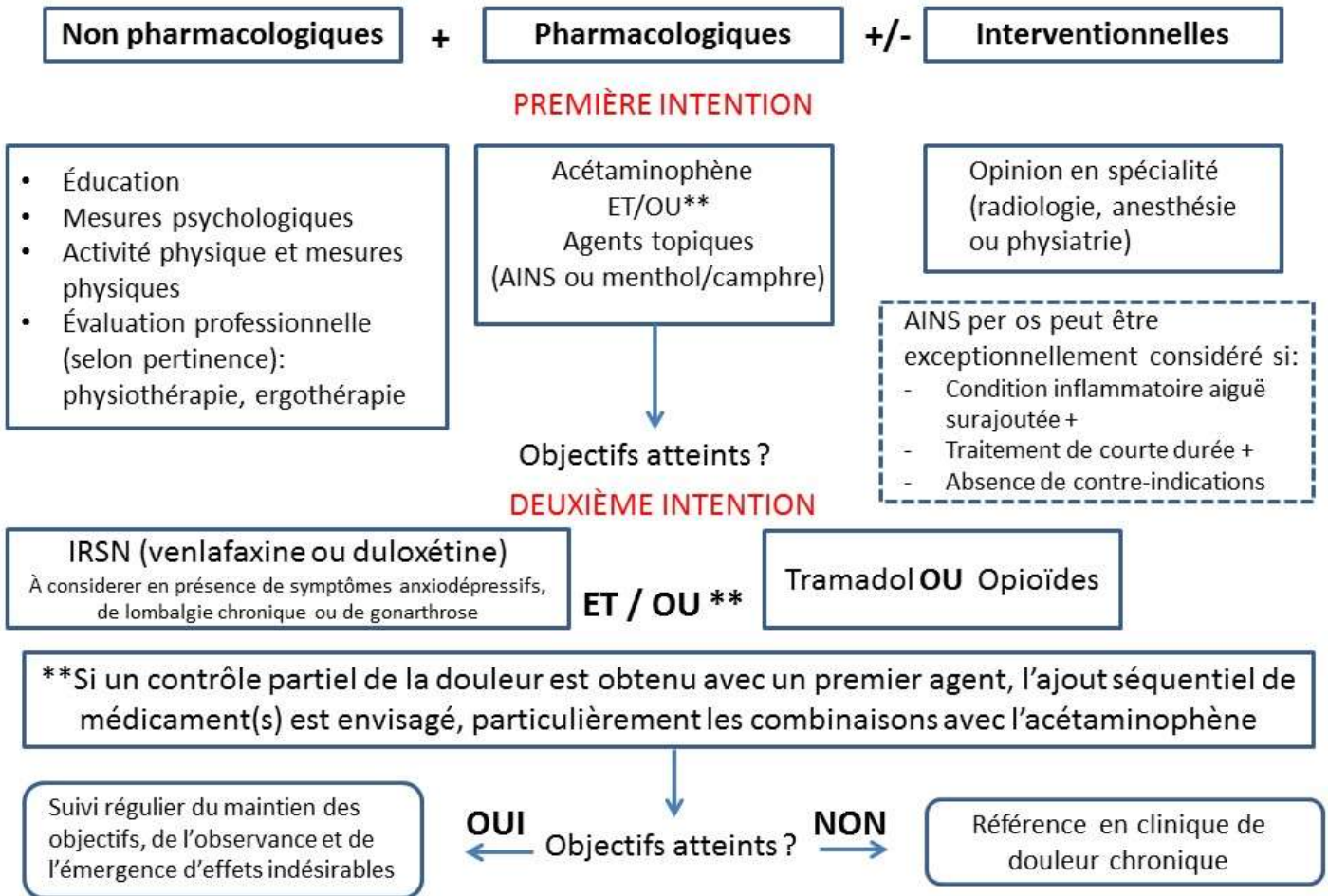
**MODE D'EMPLOI – PACSLAC-F  
GRILLE D'OBSERVATION**

<b>BUT VISÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Dépister, évaluer et gérer efficacement la douleur.</li> </ul>
<b>QUI ÉVALUER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Les aînés déments incapables d'utiliser les outils d'auto-évaluation de la douleur en raison d'une démence avancée.</li> </ul>
<b>QUI L'UTILISE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Les professionnels de la santé compétents qui travaillent en établissement de longue durée :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– personnel infirmier;</li> <li>– préposés aux bénéficiaires;</li> <li>– médecins;</li> <li>– autres professionnels (T.S., physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.).</li> </ul> </li> </ul>
<b>QUAND L'UTILISER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Durant les 24 premières heures de l'admission de chaque aîné ciblé.</li> <li>▫ Au minimum 1 fois par semaine pour chaque aîné ciblé.</li> <li>▫ Utiliser plus fréquemment le PACSLAC-F pour les aînés ciblés avec:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– une détérioration de l'état de santé,</li> <li>– un diagnostic de maladie potentiellement douloureuse,</li> <li>– un traitement analgésique en cours.</li> </ul> </li> </ul>
<b>COMMENT L'UTILISER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Compléter une grille d'observation par quart de travail (ou période de 8 heures).</li> <li>▫ Observer l'aîné en mouvement et au repos. La mobilisation facilite la détection de la douleur.</li> <li>▫ Durant leur quart de travail, les soignants notent tous les comportements observés lors de leurs interactions avec l'aîné : soins d'hygiène, repas, déplacements, soins, etc.</li> <li>▫ Tous les comportements sont notés, même ceux qui sont toujours présents. Un même comportement n'est noté qu'une seule fois même s'il est retrouvé à plusieurs reprises lors des observations.</li> <li>▫ Chaque item observé et noté (même plusieurs fois) vaut 1 point pour un score maximal de 60. Par exemple, même si après 8 heures d'observation, la case « <i>Expression de douleur</i> » est cochée 4 fois, cet item vaudra au maximum 1 point dans le calcul total du PACSLAC-F</li> <li>▫ Un score PACSLAC-F est compilé à la fin de chaque quart de travail (période de 8 heures).</li> <li>▫ Le score obtenu est consigné dans le journal de douleur personnel de l'aîné à la fin de chaque période d'observation.</li> </ul>
<b>COMMENT L'INTERPRÉTER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Utiliser le PACSLAC-F régulièrement et systématiquement.</li> <li>▫ Ne pas attendre de soupçonner la présence de douleur avant d'utiliser le PACSLAC-F.</li> <li>▫ Un score PACSLAC-F isolé n'est pas significatif de la douleur d'un aîné.</li> <li>▫ Seul le score global doit être utilisé, car la fiabilité des scores des sous-échelles n'est pas suffisante.</li> <li>▫ Observer les fluctuations et les tendances des scores d'un aîné dans le temps.</li> <li>▫ Toujours comparer les scores d'un aîné avec ses propres scores antérieurs.</li> <li>▫ Surveiller les hausses importantes ou soutenues du score PACSLAC-F d'un aîné</li> <li>▫ Toute hausse importante ou soutenue du score PACSLAC-F d'un aîné <b>peut</b> signifier la présence de douleur.</li> <li>▫ Toute hausse importante ou soutenue des scores PACSLAC-F <b>doit</b> entraîner un examen clinique complet (histoire et examen physique) de cet aîné.</li> <li>▫ Au besoin, instaurer un traitement analgésique adapté à chaque aîné.</li> <li>▫ Au besoin, réviser le traitement analgésique en cours.</li> <li>▫ Poursuivre l'utilisation régulière du PACSLAC-F pour vérifier l'efficacité du traitement.</li> <li>▫ Au besoin, réévaluer, ajuster ou modifier les interventions analgésiques instaurées de façon à obtenir un soulagement optimal de la douleur de l'aîné.</li> </ul>

Reproduit avec l'autorisation du Dre Michèle Aubin. Pour des informations supplémentaires sur le PACSLAC-F et la permission de le reproduire et de l'utiliser, veuillez consulter le site internet [www.pacslac.org](http://www.pacslac.org).

## ANNEXE 4- ALGORITHME DE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE LA DOULEUR CHRONIQUE NOCICEPTIVE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE FRAGILE

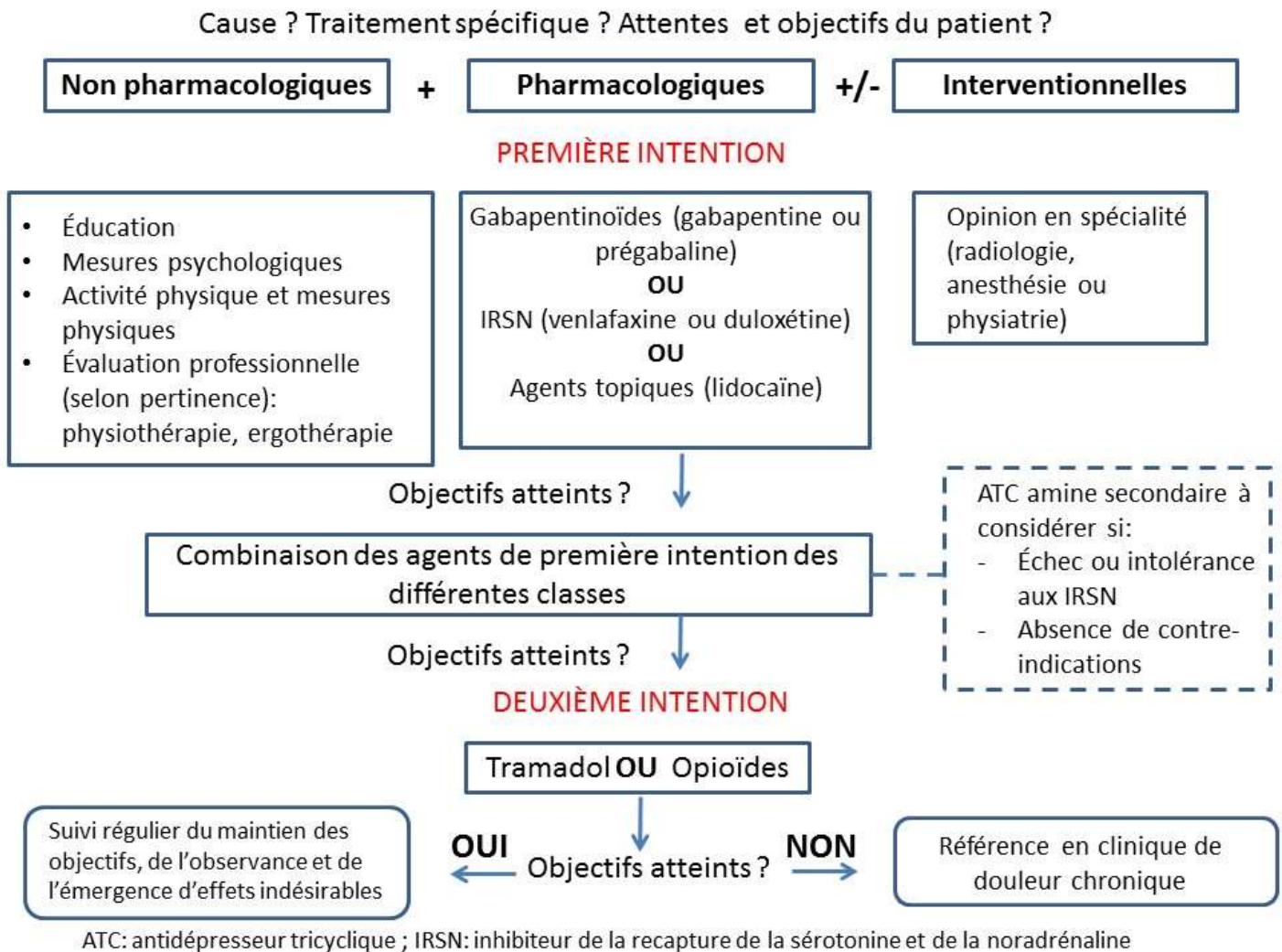
Cause ? Traitement spécifique ? Attentes et objectifs du patient ?



AINS: anti-inflammatoire non stéroïdien ; IRSN: inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

RÉFÉRENCES [4, 19, 22]

## ANNEXE 5- ALGORITHME DE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE LA DOULEUR CHRONIQUE NEUROPATHIQUE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE FRAGILE



RÉFÉRENCES [19, 26, 71, 76]

## ANNEXE 6- ANALGÉSQUES INAPPROPRIÉS OU POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

### Légende :

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens; ATC : antidépresseurs tricycliques; Clcr : clairance de la créatinine; COX-2 : cyclo-oxygénase-2; IPP : Inhibiteurs de la pompe à protons; IRC : insuffisance rénale chronique; IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; SIADH : syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique; SNC : système nerveux central.

### 1) Critères de Beers qui s'appliquent au traitement de la douleur chronique non-cancéreuse chez la personne âgée [28] :

#### CLASSES D'ANALGÉSQUES OU MOLÉCULES :

- **ATC amines tertiaires et secondaires [Amitriptyline (Elavil®), Désipramine (Norpramin®), Imipramine (Tofranil®), Nortriptyline Aventyl®]]** : à éviter car ces molécules sont fortement anticholinergiques et sédatives, et risquent de provoquer de l'hypotension orthostatique (effet alpha1-bloquant). *Commentaires* : les amines secondaires (désipramine, nortriptyline) ayant un profil de tolérabilité plus favorable pourraient être considérées lorsque les analgésiques de 1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> intention n'ont pas permis l'atteinte des résultats recherchés.
- **Opioïde : Mépéridine (Demerol®)** : à éviter en raison d'un risque accru de neurotoxicité (delirium et convulsions) comparativement aux autres opioïdes, de la longue demi-vie de son métabolite actif (accumulation) et de sa faible efficacité aux doses habituelles administrées par la voie orale. *Commentaires* : accumulation d'un métabolite neurotoxique, surtout en présence d'IRC; plusieurs autres molécules opioïdes sont plus sécuritaires.
- **Opioïde : Pentazocine (Talwin®)** : à éviter en raison d'un risque accru d'effets indésirables au SNC (incluant la confusion et les hallucinations) comparativement aux autres opioïdes. *Commentaires* : plusieurs autres molécules opioïdes sont plus sécuritaires.
- **AINS non sélectifs** : éviter une utilisation prolongée en raison en raison d'un risque accru de toxicité gastrique (ulcère gastroduodéal, hémorragie digestive), surtout en présence de facteurs de haut risque, tels que âge > 75 ans ou utilisation combinée à un anticoagulant oral, un antiplaquettaire ou un corticostéroïde systémique. *Commentaires* : Les agents gastroprotecteurs (IPP ou misoprostol) diminuent mais n'éliminent pas le risque.
- **AINS non sélectif : Indométhacine (Indocid®)** : à éviter en raison d'un risque accru d'effets indésirables, incluant des effets indésirables au SNC, comparativement aux autres AINS.
- **AINS non sélectif : Kétorolac (Toradol®)** : à éviter en raison d'un risque accru de toxicité gastrique et rénale chez les personnes âgées.
- **Relaxants musculaires : Cyclobenzaprine (Flexeril®), Méthocarbamol, Orphénadrine** : à éviter en raison d'un profil de tolérabilité défavorable chez les personnes âgées : effets anticholinergiques, effets sédatifs et risque accru de chutes et fractures. *Commentaires* : efficacité contestable aux doses habituellement tolérées par les personnes âgées.
- **Carbamazépine, oxcarbazépine, antidépresseurs (ATC, IRSN, ISRS)** : précautions particulières en raison d'un risque accru de SIADH ou hyponatrémie chez les personnes âgées. *Commentaires* : surveiller la natrémie de près en début de traitement ou lors d'un changement de dose.

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CONDITIONS CLINIQUES :

- **Chutes et fractures** : éviter une utilisation combinée de  $\geq 3$  agents actifs au SNC, incluant les **analgésiques opioïdes, anticonvulsivants et antidépresseurs**; réduire le nombre d'agents actifs au SNC en raison du risque accru d'effets indésirables centraux, incluant le ralentissement psychomoteur.
- **Delirium ou troubles neurocognitifs** : éviter la **mépéridine** et les agents à propriétés anticholinergiques, incluant les **ATC** et les **relaxants musculaires**, en raison d'un risque accru d'induire ou d'aggraver un delirium, et d'un risque d'accentuer le déclin cognitif.
- **Épilepsie** : éviter le **tramadol** car cet agent abaisse le seuil convulsif.
- **Insuffisance cardiaque** : éviter les **AINS non sélectifs ou inhibiteurs sélectifs COX-2** en raison d'un risque accru de rétention liquidienne et de décompensation cardiaque.
- **Insuffisance rénale chronique stade 4 ou 5 (Clcr < 30 mL/min)** : éviter les **AINS non sélectifs ou inhibiteurs sélectifs COX-2** en raison d'un risque accru de toxicité rénale.
- **Prostatisme ou HBP** : éviter les agents à propriétés anticholinergiques, incluant les **ATC** et les **relaxants musculaires** en raison d'un risque accru de rétention urinaire.
- **Syncope** : éviter les **ATC** en raison du risque d'hypotension orthostatique.
- **Ulcère gastroduodéal** : éviter les **AINS non sélectifs** en raison du risque accru de toxicité gastrique.

## 2) Critères pertinents STOPP-START version 2 qui s'appliquent au traitement de la douleur chronique non-cancéreuse chez la personne âgée [30, 77] :

### PARMI LES CRITÈRES STOPP.V2 :

- C10. Un **AINS** associé à un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) – [risque accru d'hémorragie digestive].
- C11. Un **AINS** en présence d'un antiagrégant plaquettaire, sans traitement préventif par IPP – [risque accru d'ulcère gastroduodéal].
- E4. Un **AINS** lorsque le DFG est  $< 50 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  – [risque d'aggravation de la fonction rénale].
- H1. Un **AINS** non sélectif en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodéal ou de saignement digestif, sans traitement gastroprotecteur – [risque de récurrence de l'ulcère peptique].
- H2. Un **AINS** en présence d'hypertension artérielle sévère – [risque de majoration de l'hypertension] ou d'une insuffisance cardiaque sévère – [risque de décompensation cardiaque].
- H3. Un **AINS** au long cours ( $> 3$  mois) en première ligne d'une douleur arthrosique – [un analgésique comme l'acétaminophène préférable et habituellement efficace pour contrôler les douleurs arthrosiques modérées].
- H7. Un **AINS** inhibiteur sélectif de la COX-2 en présence d'une maladie cardiovasculaire – [risque accru d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral].
- H8. Un **AINS** associé à un corticostéroïde systémique sans traitement préventif par IPP – [risque accru d'ulcère gastroduodéal].
- N1. Une utilisation concomitante de plusieurs ( $\geq 2$ ) **médicaments à effets anticholinergiques** (antispasmodique vésical ou intestinal, antidépresseur tricyclique, antihistaminique de première génération, par exemples) – [risque accru de toxicité anticholinergique].

- D1. Un **ATC** en présence d'un trouble neurocognitif, d'un glaucome à angle aigu, d'un trouble de la conduction cardiaque, d'un prostatisme/antécédent de globe vésical – [risque d'aggravation par effet anticholinergique].
- D8. Un médicament à **effet anticholinergique** en présence d'un trouble neurocognitif ou d'un delirium – [risque d'exacerbation des troubles cognitifs].
- F3. Un médicament qui aggrave la constipation (**agents anticholinergiques**, fer par voie orale, **opioïdes**, vérapamil, antiacides à base de sel d'aluminium) en présence d'une constipation chronique lorsque des alternatives existent – [risque d'aggraver la constipation].
  
- L1. Un **opioïde puissant** en traitement de première ligne d'une douleur d'intensité légère (par voie orale ou transdermique; morphine, oxycodone, fentanyl, buprénorphine, méthadone, tramadol, mépéridine, pentazocine) – [non respect de l'échelle OMS de la douleur].
- L2. Un **opioïde** sur une base régulière sans prescription concomitante d'un traitement laxatif – [risque de constipation grave].
- L3. Un **opioïde** à libération prolongée sans prescription concomitante d'un opioïde à courte action pour les périodes de douleur exacerbée – [risque de persistance de la douleur d'intensité sévère].

#### **PARMI LES CRITÈRES START.V2 :**

- H1. **Opioïdes de forte puissance** pour le soulagement de la douleur d'intensité modérée à sévère lorsque l'acétaminophène, les AINS ou les opioïdes sont inefficaces ou inappropriés pour l'intensité de la douleur.
- H2. **Laxatifs** chez les patients qui reçoivent des **opioïdes** de façon régulière.

Reproduit avec l'autorisation des auteurs de: Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudid R, Payot I, Latour J, Schmitt T, Pepersack T, Vogt-Ferrier N, Hasso Y et al: Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 2015, 15(90):323-336. Droit d'auteur © 2015.