

NOUVELLES BRÈVES

LE TRAITEMENT SYSTÉMATIQUE DE LA DOULEUR PEUT DIMINUER LES TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE

Analyse de : Husebo BS, Ballard C, Sandvik R et al. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011;343:d4065.

L'agitation et l'agressivité surviennent fréquemment chez les personnes atteintes de démence. De nombreuses personnes atteintes de démence souffrent aussi d'affections douloureuses. Il est supposé qu'une douleur chez les personnes ne pouvant pas s'exprimer peut entraîner un comportement agressif¹.

Cette étude norvégienne avec randomisation en grappes (cluster-randomized, randomisation au niveau des maisons de repos participantes), d'une durée de 8 semaines et incluant 352 personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence, évalue si un traitement systématique de la douleur peut contribuer à la diminution d'agitation chez les personnes atteintes de démence modérée à sévère.

Le degré d'agitation a été mesuré avant et après l'intervention à l'aide de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI)². Cette échelle validée est composée de 29 items (comme mordre, crier, essayer de s'enfuir, ...) que l'on cote de 1 à 7 (1 = jamais et 7 = plusieurs fois par heure; score minimum = 29, score maximal = 203). Ce score était en moyenne de 52 au début de l'étude. La présence d'une douleur et sa gravité ont été mesurées avec l'échelle de douleur MOBID-2³.

Le groupe intervention a reçu un analgésique, administré en fonction des besoins du patient et selon un schéma fixé au préalable: du paracétamol par voie orale (max. 3 g/jour) pour ceux qui n'étaient pas sous analgésique ou qui prenaient une faible dose de paracétamol ; de la morphine par voie orale (max. 20 mg/jour) pour ceux qui prenaient la dose maximale de paracétamol ou une faible dose de morphine; de la buprénorphine par voie transdermique (max. 10 µg/h) pour ceux qui prenaient une faible dose de buprénorphine ou qui ne pouvaient pas déglutir; et de prégabaline (max. 300 mg/jour) en cas de douleur d'origine neuropathique. En pratique, 69% des patients ont reçu du paracétamol, 2% de la morphine, 22% de la buprénorphine et 7% de la prégabaline.

Après 8 semaines, le score sur l'échelle CMAI avait significativement diminué de 7 points dans le groupe intervention par rapport au groupe témoin (IC à 95%: -3,7 à -10,3); ce qui équivaut à une baisse de 17%. 4 semaines après la fin de l'étude, l'agitation a de nouveau augmenté dans le groupe intervention (mais pas de façon statistiquement significative).

Commentaire de la rédaction

Bien que seule une bonne moitié des sujets d'étude inclus (tant dans le groupe témoin que dans le groupe intervention) présentaient effectivement une douleur cliniquement pertinente (sur base de l'échelle de douleur utilisée), un traitement systématique de la douleur a eu un effet favorable statistiquement significatif sur le score CMAI. La pertinence clinique de ces observations est incertaine ; les auteurs affirment que cet effet est comparable avec l'efficacité des antipsychotiques dans cette indication (comparaison indirecte).

Les constatations de cette étude soulignent en tout cas l'intérêt d'évaluer et de traiter correctement la douleur chez les personnes qui ne sont plus capables de communiquer et décrire leur douleur, comme les patients atteints de démence. Si le traitement de la douleur peut influencer favorablement le comportement agité et agressif d'une partie de cette population, cela pourrait diminuer la prescription de neuroleptiques. Les médecins et le personnel soignant doivent toutefois disposer des compétences requises et pouvoir libérer le temps nécessaire pour observer les expressions non-verbales de la douleur.

Références

1. Cohen-Mansfield J, Lipson S. The utility of pain assessment for analgesic use in persons with dementia. *Pain* 2008;134:16-23.
2. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI).
<http://www.wanderingnetwork.co.uk/Cohen%20Mansfield%20Agitation%20Inventory.pdf>.
3. MOBID-2 Pain Scale (Mobilization - Observation - Behaviour - Intensity - Dementia).
<http://www.nccdp.org/resources/Mobid-2PainScaleenglish.pdf>.