

Karine Giraud¹,
Guy Chatap¹,
Jean-Pierre Vincent¹
et le groupe
"Douleurs aiguës
de la personne âgée"²

Raideur matinale

Summary

Morning stiffness

Stiffness and unstretching Morning stiffness in the elderly is a painful entity often ignored, but frequent in institutions. Unstretching in the morning is part of the criteria in the diagnosis of inflammatory pathologies, but morning stiffness in old patients appears different from that described in rheumatological diseases and arthrosis.

From an aetiological point of view Various affections can be accompanied by morning stiffness in an elderly patient: arthrosis, but also various consequential affections, static disorders, deformity... We felt it was important to define the precise criteria that individualise this pathology so as to improve its management.

Management Non-medicinal measures often reduce the intensity and duration of this symptom and implicate all those attending to the patient. Medicinal treatment has a more limited place in the fragile elderly patient, but its role remains to be assessed.

Résumé

Raideur et dérouillage La raideur matinale du sujet âgé est une entité douloureuse méconnue, mais fréquente en institution. Le dérouillage matinal fait partie des critères de diagnostic dans les pathologies inflammatoires, mais la raideur matinale du sujet âgé semble différente de celle décrite dans ces maladies rhumatologiques et dans l'arthrose.

Au point de vue étiologique Différentes atteintes peuvent s'accompagner d'une raideur matinale chez un sujet âgé: l'arthrose mais aussi diverses affections séquellaires, les troubles statiques, déformations... Il nous semble intéressant de définir les critères précis individualisant cette pathologie afin d'en faciliter la prise en charge.

Prise en charge Des mesures non médicamenteuses permettent souvent d'atténuer la durée et l'intensité de ce symptôme, en impliquant l'ensemble des intervenants au chevet du patient. La prise en charge médicamenteuse semble avoir une place plus limitée chez des sujets fragilisés, mais sa place reste encore à évaluer.

1 - Service de
gériatrie 4
(Dr J.-P. Vincent),
Hôpital Émile Roux,
Limeil-Brévannes (94)

Correspondance:
Karine Giraud
Hôpital Émile Roux
1, avenue de Verdun
94456 Limeil-Brévannes
Tél.: 0145958284
karine.giraud@erx.ap-
hop-paris.fr

K. Giraud, G. Chatap, J.-P. Vincent
et le groupe "Douleurs aiguës de la personne âgée"
Presse Med 2004; 33: 803-7 © 2004, Masson, Paris



Dans l'encadré numéro 1, la patiente décrit une entité douloureuse qui semble propre à la personne âgée, qui est relativement méconnue et très peu documentée sur le plan bibliographique. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette absence de reconnaissance:

- la gêne fonctionnelle qu'elle engendre s'estompe spontanément au cours de la journée et entraîne une certaine "négligence" des soignants;

- les sujets âgés hésitent plus à signaler les symptômes douloureux chroniques¹;
- l'efficacité thérapeutique antalgique est difficile à évaluer;
- les limites nosologiques avec les pathologies inflammatoires et l'arthrose sont difficiles à fixer.

Selon le contexte

DANS LES PATHOLOGIES INFLAMMATOIRES

Cette raideur matinale peut être rapprochée de ce qui est observé dans certaines pathologies rhumatologiques: le dictionnaire *of the Rheumatic Diseases* la définit comme « une plainte subjective d'un manque de mobilité aisée, localisée ou généralisée provenant des articulations »².

Le dérouillage matinal est l'un des 8 critères de l'*American Rheumatism Association* 1987 (Ara) permettant le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde: raideur mati-

nale et péri-articulaire présente depuis au moins 6 semaines, durant plus d'une heure.

Une autre définition proposée est: « la lenteur ou difficulté à mobiliser ses articulations au lever ou après être resté immobilisé trop longtemps dans une même position, symétrique, et améliorée par le mouvement ».³

Encadré 1 Quand les sujets âgés "déroutent"...

Madame M. âgée de 104 ans est hospitalisée en long séjour depuis deux ans.

Ses antécédents sont une presbycusie, une hypertension artérielle, une diverticulose colique, une coxarthrose bilatérale, plusieurs épisodes de crises de chondrocalcinose aiguë du genou gauche, des tassements vertébraux. Madame M. a des fonctions supérieures intactes, elle estime sa qualité de vie bonne, compte-tenu de son âge, si ce n'est l'existence d'une raideur matinale.

Elle décrit au réveil des cervicalgies, des douleurs aux deux épaules, à la plante des deux pieds: « quand je suis levée, je voudrais marcher, je ne peux pas, ça serre, c'est raide ».

La durée de cette raideur est difficile à lui faire préciser, mais est très dépendante de l'heure du lever et du temps consacré à la toilette. Madame M. marche seule avec son déambulateur, mais nécessite un accompagnement pour se rendre aux sanitaires le matin.

L'examen clinique révèle une rhizarthrose bilatérale, des déformations des inter-phalangiennes distales de tous les doigts, une limitation dans toutes les amplitudes du rachis cervical, un signe du rabot au niveau des deux genoux, sans épanchement, des épaules limitées de façon modeste en élévation antérieure.

Les radiographies confirment l'arthrose des deux genoux, la coxarthrose bilatérale, une arthrose vertébrale postérieure, plusieurs tassements. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire. Aucun traitement antalgique au long cours n'est possible (« je ne les supporte pas »). Madame M. applique des antalgiques locaux qui semblent lui apporter un certain confort.

L'application de chaleur n'a jusqu'alors jamais été facile en raison d'une mauvaise disponibilité du matériel et d'un manque de sensibilisation des soignants.

La répétition de ses plaintes a entraîné une lassitude des équipes. La raideur dont elle se plaint au premier lever survient au moment où il faut enchaîner lever, toilette, habillage et petit-déjeuner en un minimum de temps.

DANS L'ARTHROSE

Le terme le plus fréquemment retrouvé dans le dérouillage matinal est la rigidité au réveil: « elle dure habituellement 30 minutes, est liée à la rétraction du tissu mou devant la perte de la fonction articulaire normale. Le mouvement a tendance à soulager la douleur et à rétablir la mobilité ».⁴

La raideur dans la pathologie arthrosique fait partie de l'indice fonctionnel de Lequesne et du Womac (*Western Ontario and Mac Master Universities Ostéoarthritis index*)^{5,6}.

Toutefois une tendance semble actuellement se dessiner, qui considère la durée du dérouillage de moins en moins discriminante entre une maladie inflammatoire et une pathologie arthrosique. Jusqu'alors on considérait que le dérouillage de type mécanique avait une durée inférieure à 15 minutes⁵.

Hazes *et al.* ont en effet rapporté que la durée du dérouillage matinal était un mauvais facteur discriminant entre une polyarthrite rhumatoïde et une pathologie articulaire mécanique⁷. Une autre étude portant sur 124 patients ambulatoires vus en consultation de rhumatologie aboutit aux mêmes conclusions, trouvant toutefois une forte corrélation entre l'âge et la durée du dérouillage pour tous les patients (arthrosiques, atteints de polyarthrite ou de pelvispondylite rhumatismale)⁸.

PARTICULARITÉS CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Quelques caractéristiques de cette raideur sont trouvées dans les descriptions gériatriques:

- **lenteur du mouvement,**
- **atteinte plus axiale:** genoux, dos,
- **raideur musculaire associée,**
- **variabilité selon les jours,** la qualité du sommeil, l'installation au lit et au fauteuil,
- **association à un sentiment de fatigue, de faiblesse.**

Raideur, douleur et ankylose sont 3 termes étroitement liés dans le dérouillage matinal du sujet âgé. Le maintien dans une même position sans changement possible durant toute la nuit chez un patient avec un handicap, est vraisemblablement un facteur aggravant.

Bilan d'une raideur matinale chez le sujet âgé

AU TERME D'UN PREMIER BILAN

Il doit être possible de s'orienter sur une pathologie mécanique et sa prise en charge spécifique. Ce bilan, qui permet d'écarter l'hypothèse d'une pathologie inflammatoire, (*encadré 2*) comprend:

- **un interrogatoire** à la recherche d'une perte de poids récente, de céphalées, de troubles visuels (maladie de Horton) et précisant la localisation articulaire et l'horaire de ces douleurs;

- **un examen clinique** évaluant: les amplitudes articulaires, l'existence d'une synovite, d'une déformation, d'une hydarthrose;

- **un examen biologique** comprenant numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, C réactive protéine, calcémie, électrophorèse des protides, clairance de la créatinine;

- **une radiographie** des articulations concernées.

Les arguments en faveur de l'une ou l'autre de ces étiologies ne sont pas l'objet de cette réflexion, mais pourront être trouvés dans d'autres publications⁹.

VERS UNE NOUVELLE DÉFINITION DU DÉROUILLAGE MATINAL DU SUJET ÂGÉ

La raideur, la douleur ou l'ankylose surviennent au réveil ou après une longue période d'immobilisation dans la même position chez un patient âgé, ne souffrant pas de pathologie inflammatoire rhumatismale. La durée de l'impotence fon-

tionnelle peut varier de quelques minutes à plusieurs heures, le plus souvent moins d'une heure. Son intensité est influencée par des facteurs intrinsèques (syndrome dépressif, qualité du sommeil) ou extrinsèques (installation dans le lit, qualité du matelas). Les localisations douloureuses sont souvent multiples, asymétriques, avec une grande fréquence des signes péri-articulaires, notamment musculaires. Les étiologies de cette entité sont mécaniques, souvent arthrosiques, mais d'autres causes sont possibles (encadré 3).

Le principal facteur aggravant à rechercher est un syndrome dépressif souvent intriqué, s'exprimant également souvent le matin au réveil. Gallagher *et al.* ont montré sur une population de 234 résidents en maison de retraite, suivis pendant 2 ans, que les patients dépressifs avaient 2,4 fois plus de risques d'être douloureux chroniques et que la dépression contribuait à la diminution des capacités physiques¹⁰.

Prise en charge

La prise en charge de cette raideur doit être multidisciplinaire et « orientée sur le moyen terme ».

UN TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

Un geste chirurgical est à envisager, même en première intention : correction d'une coxarthrose chez un sujet, même très âgé, si son état le permet. L'amélioration fonctionnelle peut être spectaculaire sur le soulagement de la douleur de mise en route. De la même façon, il est possible d'envisager une arthrolyse sur des déformations articulaires douloureuses, une ostéotomie...

UN TRAITEMENT FONCTIONNEL

Il doit être proposé systématiquement avant la prise en charge médicamenteuse chez des patients âgés (polymédicamentés, avec une fon-

Encadré 2 Principales affections rhumatologiques inflammatoires associées à un dérouillage

- Pseudopolyarthrite rhizomélisque et maladie de Horton
- Présentation gériatrique de la polyarthrite rhumatoïde
- Arthrite microcristalline
- RS3 PE (*Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema*)
- Arthropathie dans le cadre d'un syndrome paranéoplasique
- Ostéomalacie avec sa difficulté à initialiser le mouvement, les déficits musculaires des ceintures, l'atteinte pelvi-crurale initiale
- Les douleurs osseuses liées aux pathologies tumorales.

tion rénale altérée...).

- **La physiothérapie** : la thermothérapie a pour but d'entraîner une relaxation musculaire, une meilleure souplesse articulaire, et a un effet antalgique. Elle peut s'appliquer par l'intermédiaire d'un physiopack. Chez notre patiente centenaire (encadré 1), l'utilisation de plusieurs physiopacks chauds a permis de réduire sensiblement la durée et l'intensité de la raideur matinale.

- **La cryothérapie** a un effet analgésique local et diminue la réaction inflammatoire ; mais le froid est mal toléré au réveil et n'améliorera pas, dans notre expérience, les plaintes de la patiente.

- **L'électrostimulation transcutanée (TENS)**, les ionisations, les ultrasons n'ont pas été testés dans cette indication précise. Cependant, leur durée d'action antalgique (quelques minutes à quelques heures) qui correspond à celle du dérouillage matinal, mérite que ces techniques soient envisagées dans ces circonstances.

- **Le maintien d'une activité physique** dans la journée est important. Landefeld *et al.* ont montré une amélioration des performances le matin au réveil de patients âgés institutionnalisés par une prise en charge visant à accentuer leur indépendance dans les actes de la vie quotidienne¹¹.

Des recommandations de prescription d'exercices pour des adultes âgés souffrant de douleurs ont été

publiées par l'*American Geriatrics Society* (étude contrôlée randomisée sur des patients âgés atteints d'arthrose). D'après ce travail, les exercices réguliers appropriés (étirements, travail analytique isotonique ou isométrique, piscine, marche, vélo, danse, taïchi...) peuvent notamment :

- **réduire la douleur**, la fatigue, la dépression, le déconditionnement,
- **augmenter les amplitudes articulaires**, la flexibilité, la force musculaire,
- **réduire la mortalité**¹².

- **La rééducation** vise à entretenir la mobilité articulaire et à coordonner les muscles péri-articulaires : elle évite ainsi l'installation d'attitudes vicieuses ou d'une instabilité articulaire. Différentes techniques ont été proposées chez le sujet âgé arthrosique¹³. Les techniques isométriques sont à privilégier. Le travail sur des postures en respectant le principe de la non-douleur peut permettre de récupérer des pertes d'amplitude et ainsi améliorer l'installation au lit.

Les massages antalgiques et décontractants peuvent s'utiliser lors de la période douloureuse ou en préparation d'une séance de posture ou d'étirement. Une technique particulière, la "deep friction" (visant à diminuer les adhérences entre les couches de glissement et à renforcer le tonus musculaire) a été mise en avant par certains auteurs¹⁴.

Des mesures individualisées sont à proposer à chaque patient : adapter

l'horaire des soins lorsque cela est possible, pouvoir donner une douche s'il s'agit d'une mesure de "déblocage", attendre l'effet d'un antalgique *per os*, décaler un lever, adapter un matelas.

La bonne installation au lit (par exemple, chez les gonarthrosiques, l'installation en extension des

traiter lui-même a de plus un effet favorable sur la manière de faire face à la maladie¹⁷.

• **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens** par voie orale constituent un traitement symptomatique efficace même si l'inflammation n'est pas toujours présente. Cependant, leur prescription doit être de courte durée chez les patients âgés compte-tenu des effets secondaires. Ils ne conviennent donc pas particulièrement à ces manifestations chroniques. Il faut les réserver aux poussées congestives des articulations arthrosiques.

Les inhibiteurs de la Cox₂ (inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase) ont les mêmes indications. Leur principal avantage serait la moindre fréquence des complications digestives hautes.

• **Les infiltrations ciblées** sur une articulation en poussée congestive d'arthrose sont licites; en diminuant les douleurs globales, elles diminueront aussi la douleur matinale.

■ Les antalgiques

• **Les antalgiques de palier I ou II** sont à utiliser en première intention, compte-tenu de la moindre fréquence des effets secondaires. La raideur matinale survient au moment où l'effet de la prise précédente (au coucher) a disparu. Leur administration retardée peut permettre de couvrir la période du premier lever.

• **Les antalgiques de palier III** ont été testés récemment dans une indication d'arthrose chez 143 sujets d'âge moyen ou âgés (47-87 ans), non soulagés par des analgésiques de palier I ou II: les scores du Womac concernant douleur, raideur et fonction physique ont été améliorés de façon significative par du fentanyl transdermique avec une bonne tolérance¹⁸.

Le fentanyl transdermique a aussi été testé sur des lombalgies chroniques avec un soulagement net au

repos et la nuit¹⁹.

Ces thérapeutiques restent à tester dans la raideur matinale du sujet âgé, soulagé le matin mais risquant de subir les effets secondaires le reste de la journée comme les nausées et la constipation (inconfort qu'il faudra savoir prévenir). Il est souhaitable de se référer aux recommandations de Limoges concernant l'utilisation de la morphine dans les douleurs chroniques non cancéreuses²⁰.

■ Les traitements adjuvants

• **La visco-supplémentation** (injection intra-articulaire d'acide hyaluronique) a une indication limitée dans le dérouillage matinal: poussée arthrosique notamment dans la gonarthrose lorsque le genou n'est pas opérable. Ses principaux inconvénients sont son coût, l'existence d'un geste invasif. Son avantage principal est un bénéfice antalgique supérieur et plus prolongé qu'avec l'infiltration cortisonique.

• **Concernant les AASAL** (anti arthrosique symptomatique d'action lente), des études visent à démontrer un effet chondroprotecteur. Cependant, une étude suisse, non publiée, a montré une amélioration de 27 % de la raideur matinale chez 138 patients traités depuis 3 à 6 mois par chondroïtine sulfate pour une arthrose digitale.

• **La prescription d'un sédatif** permettant une meilleure qualité de sommeil chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde entraîne une réduction de la durée du dérouillage matinal²¹. Son utilité dans la raideur matinale du sujet âgé reste à tester.

• **Le traitement d'un syndrome dépressif** éventuel ne doit pas être négligé.

Conclusion

Les douleurs de dérouillage des sujets âgés méritent d'être recon-

Encadré 3 Étiologies possibles de la raideur matinale de la personne âgée

- L'arthrose
- Les séquelles de fracture
- Les rachialgies en rapport avec des troubles statiques relevant de déformations anciennes:
 - tassements étagés
 - scoliose
 - cyphose
- Les déformations articulaires séquellaires douloureuses:
 - rupture de la coiffe des rotateurs
 - flexum
 - rupture tendineuse
 - rétraction tendineuse

membres inférieurs pendant la nuit majeure les douleurs au réveil), au fauteuil et le respect du rythme et de la qualité du sommeil sont également des points importants.

• **La phytothérapie**: l'immersion dans des bains d'herbes fermentées¹⁵ reste anecdotique.

On a aussi montré que l'absorption d'huile de poisson réduisait la rigidité matinale dans la polyarthrite rhumatoïde (probablement moins efficace dans l'arthrose).

LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

■ Les anti-inflammatoires

• **Les anti-inflammatoires locaux** sont intéressants compte-tenu d'effets secondaires peu marqués. De nombreuses études de qualité inégale¹⁶ indiquent un effet bénéfique symptomatique sur les douleurs des articulations superficielles. La possibilité pour le patient de se

nues: elles sont fréquentes, font partie des douleurs chroniques récurrentes, ont un caractère prévisible et un retentissement important sur la qualité de vie. Une définition de cette entité gériatrique est nécessaire pour favoriser l'élaboration d'une

démarche thérapeutique adaptée. Des mesures non médicamenteuses simples, à mettre en œuvre dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, permettent souvent d'atténuer leur durée et leur intensité, en impliquant l'ensemble

des intervenants au chevet du patient.

L'évaluation de l'efficacité et de la tolérance des traitements médicamenteux dans cette indication est nécessaire dans le cadre d'études spécifiques. ■

Références

- 1 Prokhasa TR, Keller ML, Leventhal EA, Leventhal H. Impact of symptoms and aging attribution on emotion and coping. *Health Psychol* 1987; 6: 495-514.
- 2 American Rheumatism Association. Dictionary of the rheumatic diseases Vol 1: signs and symptoms 1982.
- 3 Lineker S, Badley E, Charles C, Hart L, Streiner D. Defining morning stiffness in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1999; 26: 1052-7.
- 4 Mac Carberg BH, Herr KA. La douleur chez le patient âgé. L'ostéoartrite: prise en charge de la douleur et amélioration fonctionnelle. *Geriatrics - praticiens et 3^{ème} âge* 2002: 26-32.
- 5 Lequesne M, Mery C, Samson M, Gérard P. Indices of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Validation value with others assessment tests. *Scand J Rheum* 1987(suppl 65): 85-9.
- 6 Bellamy N, Buchanan W, Goldsmith H, Campbell J, Stit W. Validation study of WOMAC: Health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to anti rheumatic drug therapy in patient with osteoarthritis of the hip or knee. *Rheumatol* 1988; 15: 1833-40.
- 7 Hazes JM, Hayton R, Silman AJ. A reevaluation of the symptom of morning Stiffness. *J Rheumatol* 1993; 20: 1138-42.
- 8 Yazici Y, Erkan D, Peterson MG, Kagen LJ. Morning stiffness: how common is it and does it correlate with physician and patient global assessment of disease activity? *J Rheumatol*. 2001; 28: 1468-9.
- 9 Levy NR, Sethi PM. Joint Pain in the Elderly patient. *Archives of the American Academy of orthopaedic* 1998; 2: 66-73.
- 10 Gallagher RM, Verma S, Mossey J. Douleur chronique. Causes de douleurs et facteurs de risque d'invalidité chez le sujet âgé. *Geriatrics - Praticiens et 3^{ème} âge*. 2001: 70-5.
- 11 Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995; 332: 1338-44.
- 12 American Geriatrics Society Panel on exercise and osteoarthritis. Exercise prescription for older adults with osteoarthritis pain: Consensus Practice recommendations. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 808-23.
- 13 Deblois P. La douleur arthrosique et sa prise en charge en gériatrie. *La Revue de Gériatrie* 2001; 26: 469-82.
- 14 Schlumpf U, Mariacher S. Arthrose. Physiothérapie: quand, laquelle, combien de fois ? *Forum Med Suisse* 2002: 581-4.
- 15 Miori R, Contu C, Marzano A, Fedrizzi A, Bambara LM. Critical evaluation of phytothermotherapy ("hay baths") in degenerative arthropathies. *Clin Ter* 1994; 144: 31-42.
- 16 Weber M, Villiger P, Michel AB, Schlumpf U, Ziswiler HR. Le traitement percutané des maladies rhumatismales avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). *Forum Med Suisse* 2002; 37: 866 - 9.
- 17 Pellino TA, Ward SE. Perceived control mediates the relationship between pain severity and patient satisfaction. *J Pain Symptom Manage* 1998; 15: 115-16.
- 18 Le Loët X, Forestier S. Effets du Fentanyl transdermique sur la douleur et la capacité fonctionnelle des patients présentant une pathologie rhumatismale inflammatoire ou dégénérative. *Rev Rhum (Ed Fr)* 2003; 70: 1016.
- 19 Allan L, Treves R. Essai randomisé dans les douleurs lombaires chroniques. Comparaison du fentanyl transdermique et de la morphine à libération prolongée par voie orale. *Rev Rhum (Ed Fr)* 2003; 70: 1016.
- 20 Perrot S, Bannwarth B, Bertin P et al. Utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses: les recommandations de Limoges. *Rev Rhum (Ed Fr)* 1999; 66: 651-7.
- 21 Walsh JK, Muehlbach MJ, Lauter SA, Hilliker NA, Schweitzer PK. Effects of triazolam on sleep, daytime sleepiness and morning stiffness in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1996; 23: 245-52