

27.01.2020

Troubles du sommeil de la personnes âgée

Colloques de formation service de Médecine interne

CHVR

Dr Lagrandeur

Gériatre CHVR





Troubles du sommeil?

- **Un sommeil de bonne qualité :**
 - S'endormir **en moins de 60 min, dormir plus de 7 heures**
 - se réveiller moins de deux fois dans la nuit
 - **se rendormir** en moins de 30 min, s'éveiller **reposé** le matin
- **Insomnie chronique:** plainte subjective, la plus fréquente
 - Difficulté persistante dans l'initiation, le maintien, ou la qualité du sommeil, malgré des opportunités et des circonstances adéquates pour s'endormir
 - Entraînant un **retentissement durant la journée** (fatigue, inattention, irritabilité)
 - Depuis au moins **3 mois**
 - S'y associent une **sensation de détresse** et/ou une perturbation du fonctionnement diurne.

Les Troubles du sommeil, Classification

- **ICSD-3:** 7 catégories cliniques, > 60 diagnostics :
 - Insomnie
 - Troubles respiratoires
 - Troubles moteurs
 - Hypersomnie d'origine centrale
 - Troubles circadiens du sommeil
 - Parasomnies
 - Symptomes isolés

Classification of sleep disorders (ICSD-3 revue en 2014) American academy of sleep Medecine 3rd ed, Darien IL 2014

Et pour les sujets âgés? Quelques chiffres

- **Plainte du sommeil** ↑ avec l'âge mais n'est pas la conséquence du seul vieillissement
- **40% des personnes de plus de 75 ans se plaignent de leur sommeil**
- **La somnolence excessive** dans la journée peut concerner jusqu'à 30% des plus de 65 ans.
- Les pathologies du sommeil (apnées, insomnies, jambes sans repos) ↑ avec l'âge.

Mendes troubles du sommeil chroniques» Rev MIG 2017 Rev Med Suiss 2015;

Approche gériatrique des troubles du sommeil . Godard, Verny Physiologie et neuro psychiatrie du vieillissement 2010, vol 8, num 4

Retentissement insomnie chronique

- ↓ qualité de vie
- ↑ morbidité et mortalité
- ↑ symptômes anxieux et dépressifs
- ↑ risque de chute, de troubles cognitifs même sans psychotrope

DJ Foley. Sleep complaints among elderly persons : An epidemiologic study of three communities. Sleep 1995

Thorpy. Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. Nutr Health 2009

Retentissement insomnie chronique

- Facteur de risque
 - Cardio-Vasculaire
 - HTA
 - dépression
 - obésité
 - diabète
 - cancers
 - douleurs
 - pathologies gastriques
 - troubles cognitifs
 - traumatiques

J. Glass. Sedative hypnotics in older people with insomnia : Meta-analysis of risks and benefits. BMJ 2005

DJ Foley Sleep complaints among elderly persons : An epidemiologic study of three communities. Sleep 1995

Thorpy, Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. Nutr Health 2009

Conséquences graves

- **Iatrogénie médicamenteuse** (Benzodiazépines, hypnotiques)
 - Chutes
 - Facteur de risque de démence
- En France 2011 (HAS 2011)
 - 27% > 65 ans (3,5 millions de personnes) **exposition chronique** aux benzodiazépines et médicaments apparentés
 - **38,6%** pour les plus de 85 ans (environ 660 000 personnes)
- En Suisse: La prévalence consommation benzodiazépines > 65 ans de **9% à près de 25%**.

Gleason PP, Schulz R, Smith NL, et al. Correlates and prevalence of benzodiazepine use in community-dwelling elderly. J Gen Int Med 1998 ; 13 : 243-50.
Rojas-Fernandez CH, Carver D, Tonks R. Population trends in the prevalence of benzodiazepine use in the older population of Nova Scotia : A cause for concern ? Can J Clin Pharmacol 1999 ; 6 : 149-56.

Physiologie sommeil normal

- Suspension réversible, périodique et naturelle de la conscience
- Est composé d'une **succession de 4 à 5 cycles** d'une durée moyenne de **90 à 120 minutes** chacun
- Cet enchaînement est précédé d'une **phase d'endormissement**

Silverthorn, p.292-295, 2007 ; Vander et al, p.247-251, 2009 ; Ladislas, p.202-204, 1989

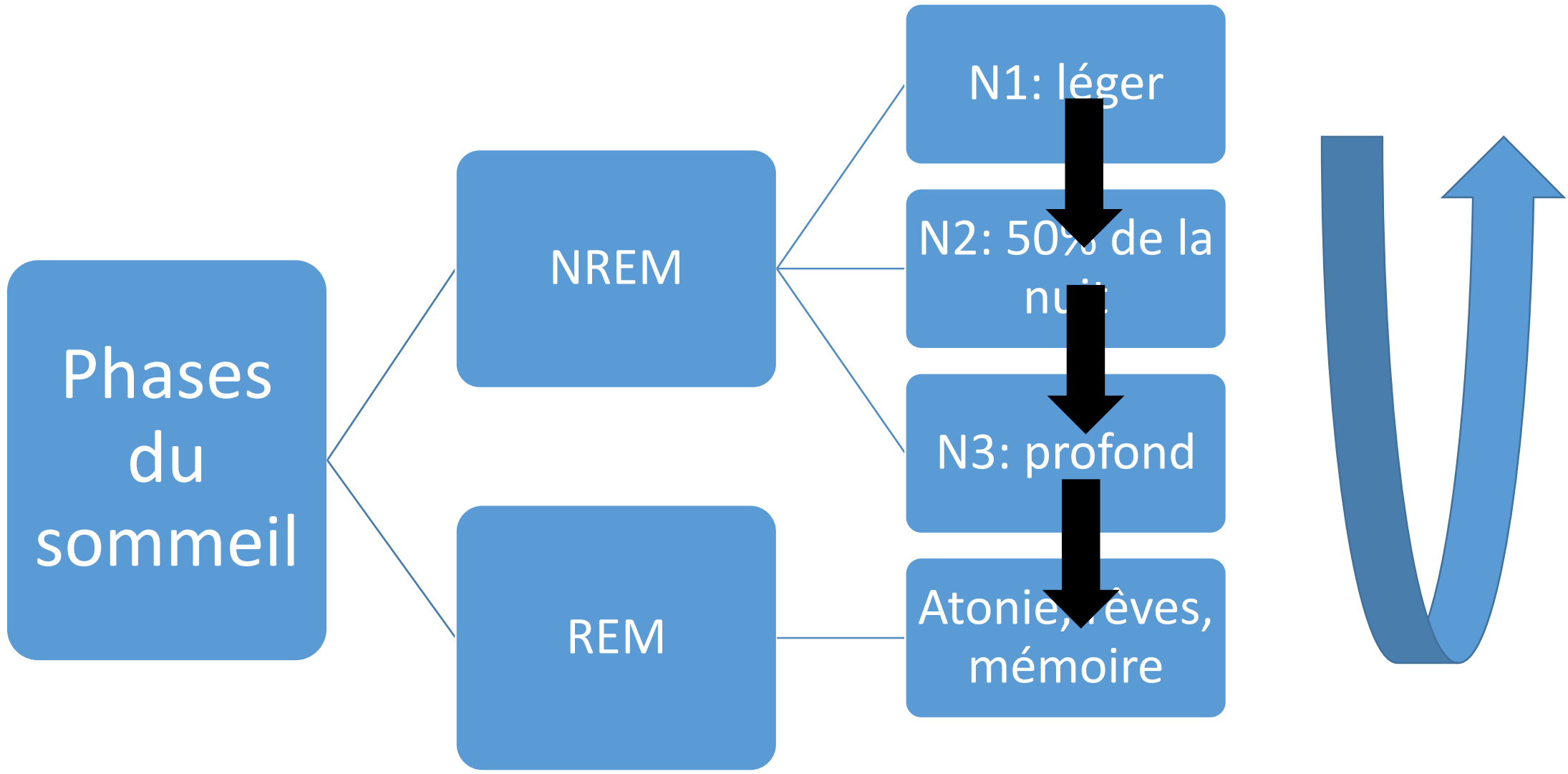
Physiologie sommeil normal

Chaque cycle comporte les 4 stades

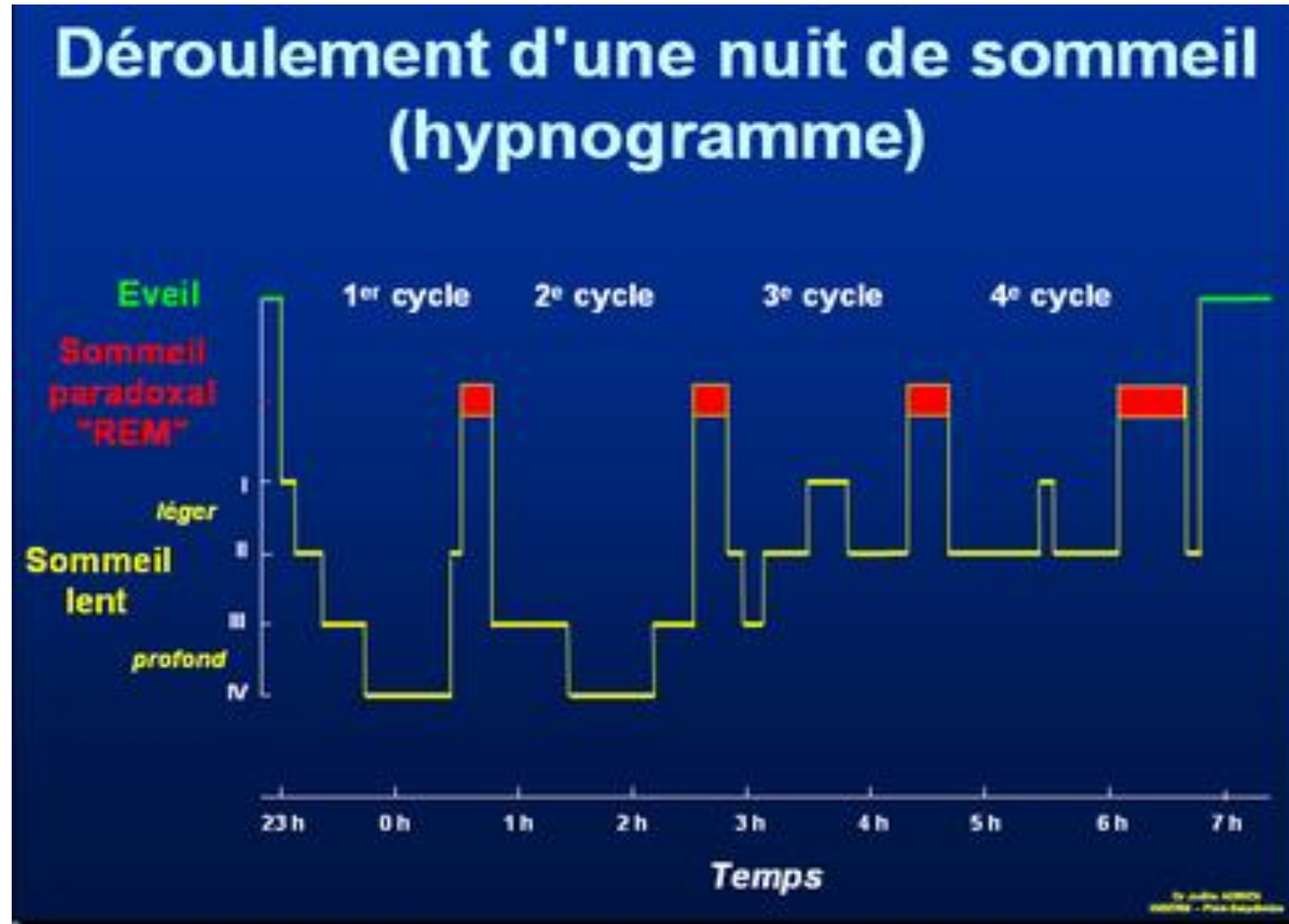
- **Somnolence/Endormissement** : N1 (NREM) passage de l'éveil au sommeil, réduction de la vigilance et du tonus musculaire, réveil facile par le moindre bruit. C'est une **phase très courte** (moins de 5% du sommeil)
- **Sommeil lent léger** : N2 (NREM) **½ la phase de repos**, réveil de moins en moins possible ;
- **Sommeil lent profond** : N3 (NREM) le réveil est rendu difficile par l'insensibilisation du cerveau aux stimuli extérieurs ;
- **Sommeil paradoxal** : (REM) activité cérébrale intense, les muscles du corps (mis à part ceux des yeux) atoniques, réveil facile durant ce stade : **¼ du sommeil total**.

Blain et al, 2010

selon la classification de l'American Academy of Sleep Medicine 2007



Hypnogramme



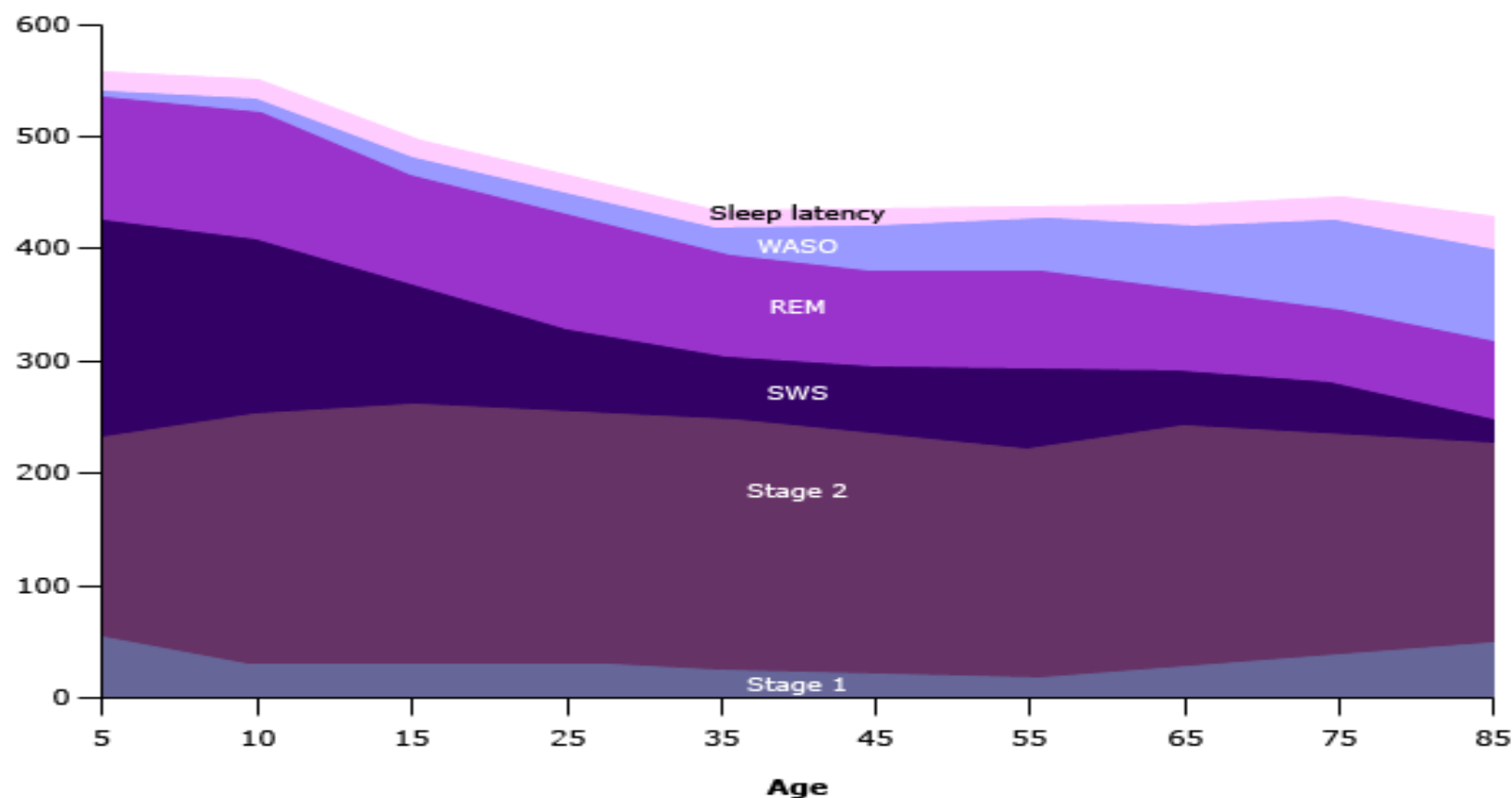
Physiologie sommeil et vieillissement

- ↓ du temps total de sommeil et de son efficacité
- ↑ de la fragmentation du sommeil (↑réveils nocturnes)
- ↓ Durées de sommeil profond (N3) et REM

Vieillissement Normal : dorment «moins bien, moins longtemps et se réveillent plus souvent»

Circadian characteristics of sleep propensity function in healthy elderly : a comparaison with young adults" C Haimov et al Sleep 1997 ; 20 : 294-300

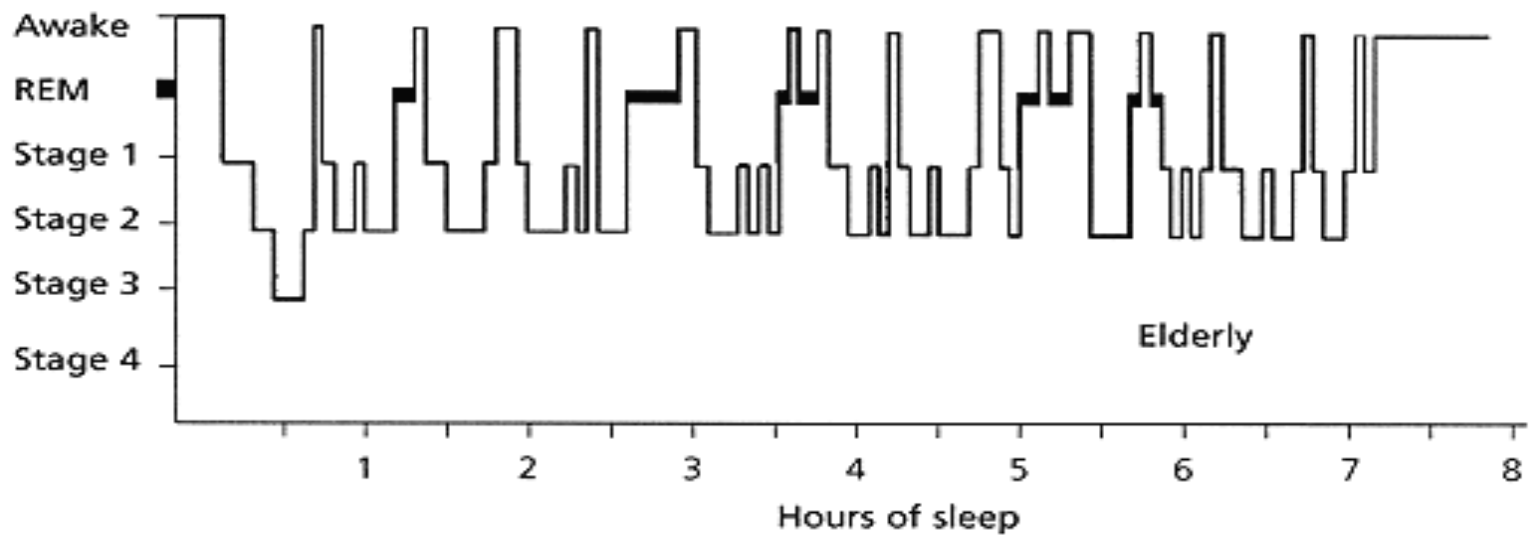
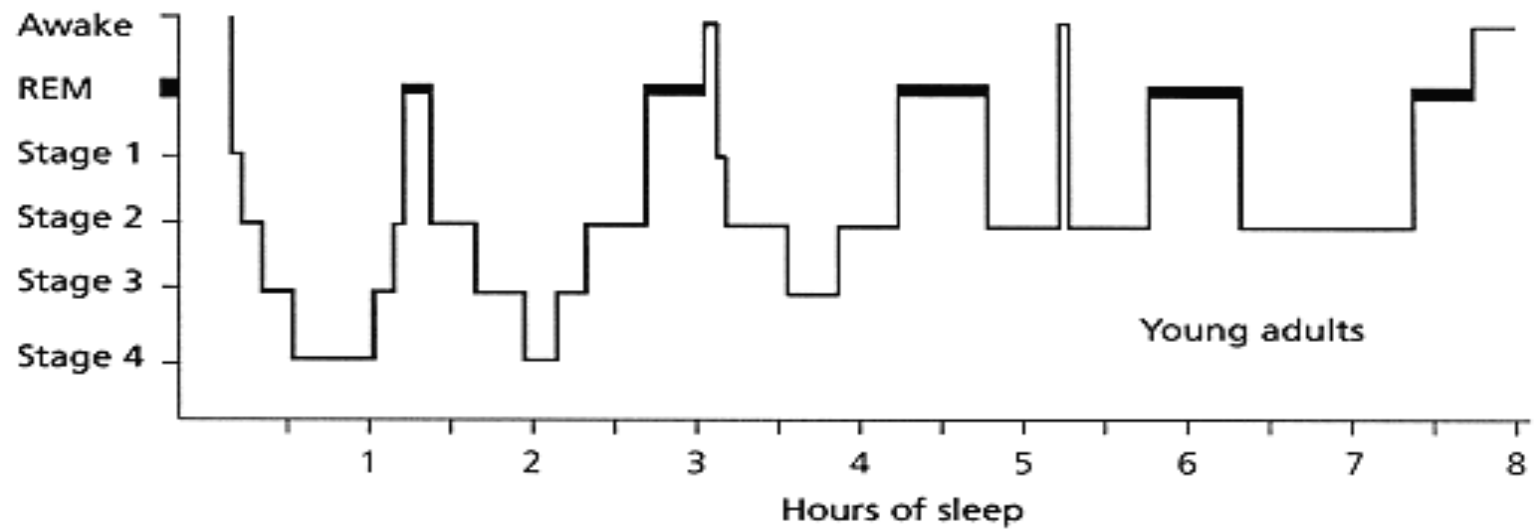
Graphic representation of the changes of sleep as humans age



Age-related trends for stage 1 sleep, stage 2 sleep, slow wave sleep, rapid eye movement sleep, wake after sleep onset, and sleep latency (in minutes).

WASO: wake after sleep onset; REM: rapid eye movement; SWS: slow wave sleep.

Republished with permission of Associated Professional Sleep Societies, LLC, from Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan, Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV, Sleep 2004; 27:1255; permission conveyed through Copyright Clearance Center, Inc.



Démarche diagnostique face à une plainte du sommeil du SA (1)

➔ Pas de banalisation : **Evaluation gériatrique standardisée, Anamnèse rigoureuse**

- **Identifier la nature de la plainte**, en considérant l'ensemble du cycle sommeil-éveil des 24h
 - type ; ancienneté et fréquence ; sévérité
 - répercussions **diurnes** : fatigue, tension, irritabilité, altération de l'humeur, trouble de la concentration, de la mémoire, rarement, somnolence excessive
 - traitements déjà utilisés pour dormir et éventuellement en cours
 - temps passé au lit ; temps de sommeil ; besoin de sommeil habituel.

Recommandations de prise en charge des troubles du sommeil sujet âgé: HAS 2006

Démarche diagnostique (2)

- Préciser les **facteurs physiques d'environnement**
 - les rythmes de vie et leurs activités, les habitudes relatives au sommeil (activités vespérales, rituels, siestes, etc.),
 - les **facteurs d'hyperstimulation** (activités excitantes en fin de journée, substances entretenant l'éveil, etc.),
 - l'existence d'événements déclenchants, sources possibles de soucis ou de stress.

Démarche diagnostique (3)

- Rechercher **les symptômes de troubles organiques du sommeil** associés
 - Apnées
 - Mouvements périodiques des membres (MMPJ)
 - Jambes sans repos (RLS)
- Rechercher **une pathologie associée**, aiguë ou chronique : **insomnie comorbide**
 - Etat douloureux
 - Troubles psychiques anxieux et/ou dépressifs
 - Troubles somatiques (cardiopathies, troubles respiratoires ou thyroïdiens, reflux gastro-œsophagien, neuropathies dégénératives, arthrose etc.).

Démarche diagnostique (4)

- Détecter l'usage de **substances perturbant le sommeil** : **insomnie iatrogène**
 - médicaments, corticoïdes, diurétiques par exemple.
 - psychostimulants,
 - alcool,
 - substances illicites.
- Rechercher des **croyances, représentations ou pensées parasites** pouvant entraîner des conditionnements mentaux défavorables au sommeil

Insomnie et comorbidités (1)

- **83%** des PA avec troubles du sommeil sont concernés par une insomnie dans contexte de **comorbidités médicales ou psychiatriques**
- **L'insomnie isolée sans comorbidité reste un diagnostic d'exclusion en gériatrie**
- Traitement et stabilisation des décompensations aiguës + mesures non médicamenteuses = effet bénéfique prouvé sur le sommeil

Insomnie et douleurs (1)

- Plaintes du sommeil présentes chez **67 à 88%** des patients douloureux
- Pas de preuve en faveur prise en charge spécifique du sommeil selon différents syndrome douloureux (neurogène, musculo-squelettique, céphalées, idiopathique)

Insomnie et douleurs (2)

- Conséquences
 - fragmentation du sommeil,
 - réveils et micro-réveils,
 - sommeil perçu comme non réparateur ,
 - aggravation problèmes respiratoires liés au sommeil (SAS)
- Risque accru de chronicisation des douleurs si présence de troubles du sommeil.

==> **hygiène sommeil + antalgie efficace** (avec suivi mesurable)

Insomnie et dépression (1)

- 60 à 80% diagnostic dépression plainte d'insomnie
- Mais insomnie chronique facteur de risque de dépression...
association bidirectionnelle
- Association étroite entre sommeil, dépression et autres comorbidités peut être complexe à prendre en charge
- Certains antidépresseurs peuvent aggraver le sommeil (ISRS)
- Une dépression co-morbide peut accompagner autres pathologies ICC, BPCO
- Dépister dépression devant toute plainte du sommeil du SA : GDS

Insomnie et dépression (2)

- **Antidépresseurs** : pas d'intérêt en tant que ttt de l'insomnie, peu études randomisée, pas de preuve
- En pratique :

AD atypiques action sédatives petites doses :

Mianserine (Athimyl)

Trazodone (Trittico),

Mirtazapine (Remeron, Norset)

attention au syndrome des jambes sans repos

+ mesures comportementales (chronothérapie, Mélatonine, lumineothérapie): difficile à mettre en place mais bons résultats sans effet secondaire

Insomnie et troubles cognitifs

- Plainte subjective du sommeil chez **25 à 40% pour les MCI, augmente avec la sévérité de la maladie** (déstructuration complète du sommeil dans stade sévère)
- Réveils fréquents, réveil matinale précoce, somnolence diurne, **inversion du cycle nyctéméral**
- Altération sécrétion Serotonine
- Troubles du sommeil peuvent **aggraver le tableau cognitif, diminuer qualité de vie et augmenter le fardeau de l'aidant**

Mc Cleery et Al « Pharmacotherapy of sleep disturbances in Alzheimer's disease » Cochrane database Syst rev 2014,213 :3 CD 009178

Insomnie et troubles cognitifs/ prise en charge

1. Hygiène du sommeil, adaptation environnement
2. Antidépresseur sédatifs (Trittico, Remeron, Athimyl)
3. Zolpidem, Zopiclone
4. Melatonine: pas de preuve mais utilisée en pratique
5. Anticholinestérasique : effet sur le sommeil débattu, parfois pourvoyeurs de Tr sommeil (insomnie/cauchemards en particulier)

Pas de solution médicamenteuse au long cours aux troubles du sommeil des patients déments

Cas particulier des Démence à corps de Lewy et maladie de Parkinson

- Parasomnies bien spécifiques: troubles comportementaux en sommeil paradoxal (REM)
- Comportement anormaux parfois complexes, le sujet «vit ses rêves»
- Interrogatoire du conjoint ou polysomnographie permettent de les identifier
- ➔ établir un **environnement de sécurité** (éviter chutes ou trauma)
- ➔ Melatonine en 1ere intention +/- Clonazepam (Rivotril) faible dose
- ➔ Eduquer entourage

Insomnie et troubles respiratoires (1)

- **Syndrome apnée du sommeil obstructives ou centrales (SAHOS)** et syndrome d'hypoventilation pendant le sommeil
- **Fréquent** 50% des hommes, +40ans, 23% des femmes
- Augmente avec l'âge, donc **très fréquent en gériatrie** (jusqu'à 60% de résidents de Home) : sous diagnostiqué
- Aggravation des benzodiazépines et hypnotiques : CI

Insomnie et troubles respiratoires (2)

- **Somnolence diurne +++** , céphalées matinales, parfois confusion nocturne
- Aggravation **troubles cognitifs** (profil de troubles de l'attention et concentration)
- Facteur de risque cardio vasculaire en soit
- Interrogatoire du conjoint : **ronflement?** **Apnée?**

Sleep characteristics and cognitive impairment in the general population : the Hypnalaus study. Haba-Rubio J, et al. Neurology 2017;88:463-9

Insomnie et troubles respiratoires (3)

- Diagnostic et degré de sévérité : polysomnographie
- Traitement par **CPAP** (Continuous Positive Airway Pressure)
- + **mesures comportementales** (pas de caféine, alcool, benzo, opiacés)
- **Possible et efficace en gériatrie** même chez patient dément
 - Implication de l'aidant augmente observance
 - Facteur de mauvaise compliance CPAP prouvée: dépression

Sleep characteristics and cognitive impairment in the general population : the Hypnalaus study. Haba-Rubio J, et al. Neurology 2017;88:463-9

Troubles moteurs liés au sommeil (1)

- **Syndrome des jambes sans repos (SJR)**
 - Plus fréquent femme,
 - Augmente avec âge
 - **Diag clinique** (besoin urgent de bouger +/- dysesthésie)
 - **Maladie des Mouvements Périodiques des Jambes** (MMPJ) associé dans 70% des cas (45% des SA!) : **polysomnographie**
 - Reveils nocturnes et fragmentation du sommeil

Troubles moteurs liés au sommeil (2)

- Recommandations Traitement MMPJ / SJR
 - Agonistes dopaminergiques (Requip, Sifrol): pas en 1ere intention en gériatrie
 - **Gabapentine (Lyrica), pregabaline (Neurontin)**
 - + mesures comportementales
- SA risque d'hto, somnolence, et confusion
- **Eliminer une cause secondaire:** lithium, alcool, polyneuropathie, carence martiale, urémie

Insomnie et médicaments

- Corticostéroïdes: psychostimulant
- **Antidépresseurs (ISRS)**: modif architecture sommeil, supprime la phase REM réveil nocturne
- Sympathomimétiques
- Dopaminergique
- **BB-**: suppression sécrétion Mélatonine
- Sevrage en benzo... plainte ++
- Diurétiques/Laxatifs : polyurie nocturne , prise matin /midi éviter le soir
- Café/ thé/ alcool (substance parfois cachées, par ex dans les compléments alimentaires)

NS Kamel Insomnia in the elderly : Cause, approach, and treatment. Am J Med 2006 (119)

Insomnie et médicaments

TTT	Qualité	Architecture	Effets
Opioïdes	?	↓N3, ↓REM	Somnolence, perturbations surtout en cas d'addiction
Beta bloqueurs lipophile (propranolol, metoprolol, pindolol)	↑ réveil ↑ délai	↓REM	Somnolence, insomnie, hallucinations, cauchemars
Theophylline	↑ réveil ↑ délai	↑N1	Amélioration du sommeil!
Glucocorticoïdes	↑ réveil	↓REM	Peu étudié
Antidépresseurs: TCA, fluoxétine, bupropion, venlafaxine			Effets variables : augmentation d'insomnie

N'oubliez pas ... OH, caféine, tabac, antihistaminiques

Prise en charge non pharmacologique (1)

Hygiène du sommeil / psycho éducation: patient et entourage

- Avoir une activité physique en journée
- Bénéficier d'une exposition quotidienne à la lumière du jour
- Eviter la consommation de caféine, d'alcool, et de tabac fin d'am et soirée
- Eviter activités psychostimulantes au lit (lire regarder TV, ou un écran)
- Limiter temps passé au lit
- Eviter sieste en journée, pas plus 30 min pas après 15h

Sleep characteristics and cognitive impairment in the general population : the Hypnalaus study. Haba-Rubio J, et al. Neurology 2017

Prise en charge non pharmacologique (2)

Contrôle environnement

- adapter température, diminuer exposition bruits, favoriser obscurité
- N'aller se coucher que quand on a envie, de dormir pas parce que c'est l'heure
- Préférer horaires de coucher et levers réguliers

Sleep characteristics and cognitive impairment in the general population : the Hypnalaus study. Haba-Rubio J, et al. Neurology 2017

Prise en charge non pharmacologique (3)

- Thérapie cognitivo-comportementale: prise en charge spécialisée
 - A fait la preuve de son efficacité chez SA
 - Agit sur contrôle des stimuli, la relaxation, et la restriction du sommeil pour améliorer son efficacité
 - S'appuie sur la rédaction d'un **agenda du sommeil**

Prise en charge non pharmacologique (4)

Agenda sommeil

- Outil essentiel pour l'évaluation de l'insomnie et pour sa prise en charge (suivi sous traitement).
- Consigne au jour le jour, les horaires et la qualité du sommeil ainsi que des réveils nocturnes.
- Il met souvent en évidence **des écarts entre l'appréciation globale du patient sur ses troubles de sommeil et leur réalité**
- Objective la plainte, patient participe à son évaluation et peut constater objectivement les évolutions

Une dépression

RESEAU MORPHEE : AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL

①

DATE	HEURES		Appréciation par : TB - B - Moy. - M - TM			TS	TL	Efficience	traitement et commentaire
	Nuit du ... au...		QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE				
	20	22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20							
	21	23 1 3 5 7 9 11 13 15 17 19							
EXEMPLE			↓	↑	S S	M	TM	Moy	
11/10			↓	↑		TM	Moy	TM	3 7
12/10			↓	↑		M	Moy	M	5 7
13/10			↓	↑		M	Moy	M	4 7
14/10			↓	↑		TM	Moy	TM	3 8
15/10			↓	↑		Moy	B	M	5 7
16/10			↓	↑		Moy	B	Moy	4 6 1/2
17/10			↓	↑		TM	M	M	2 8
18/10			↓	↑		M	M	TM	4 8
19/10			↓	↑		M	Moy	M	4 8
20/10			↓	↑		M	Moy	M	4 1/2 7
21/10			↓	↑		Moy	Moy	M	5 1/2 9 1/2
22/10			↓	↑		Moy	Moy	Moy	5 8
22/10			↓	↑		Moy	Moy	Moy	5 6 1/2
23/10			↓	↑		TM	Moy	Moy	4 1/2 8
24/10			↓	↑		TM	Moy	M	2 7 1/2

↓ heure de mise au lit ■ long réveil S Somnolence dans la journée TS = Temps de Sommeil
 ■ sommeil ou sieste ■■■ 1/2 sommeil
 ↑ heure du lever TL = Temps passé au lit

DATE	HEURES										Appréciation par : TB - B - Moy. - M - TM			TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIÈRES		
	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20		QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL
Nuit du ... au...	21	23	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19				
EXEMPLE													M	TM	Moy	
7 au 8/12	↓ Travail															
8 au 9/12	↑ feid												Moy			mal au dos
9 au 10/12	↑ (rate)												Moy			fatiguée, mal à la tête
10 au 11/12	↑												Moy			(lecture)
11 au 12/12	↓ lecture (rate)												TM			(lecture)
12 au 13/12	↑												Moy			fatiguée, fatiguée
13 au 14/12	↑ sortie												Moy			mal à la tête
14 au 15/12	↑												B			
15 au 16/12	↑												TB			ronflements
16 au 17/12	↑												TM			cauchemars
17 au 18/12	↑												Moy			suaves
18 au 19/12	↓ lecture												M			tremblants, suaves, cauchemars
19 au 20/12	↑															suaves
20 au 21/12	↑												B			
21 au 22/12	↑												B			
22 au 23/12	↑															
23 au 24/12	↑												Moy			
24 au 25/12	↑												Moy			
25 au 26/12	↑												B			
26 au 27/12	↑												Moy			
27 au 28/12	↑												M			fatiguée
28 au 29/12	↑												B			
29 au 30/12	↑												Moy			
30 au 31/12	↑															

Agenda sommeil insomnie par retard de phase

Insomnie et prise en charge médicamenteuse (1)

- Paradoxe de traiter des **symptômes chroniques** avec des médicaments efficaces à **court terme** et prescrits sur une **durée limitée**
- Aucune preuve du bénéfice des traitements médicamenteux vs iatrogénie
- Si prescription inévitable :
 - petites doses,
 - de molécules aux plus courtes demi-vies
 - Sur la plus courte durée possible

Mc Cleery et Al « Pharmacotherapy of sleep disturbances in Alzheimer's disease » Cochrane database Syst rev 2014,213 :3 CD 009178

Risques de pharmacothérapie

- Effets résiduels diurnes
- Sensations vertigineuses (+/- perte d'équilibre)
- Constipation/rétention urinaire
- Fatigue
- Céphalées
- Troubles cognitifs
- Effets paradoxaux
- Cauchemars
- Chute
- Fracture → 2x
- Apnées du sommeil
- Mortalité → 1.1 – 4.5x!



Insomnie et prise en charge médicamenteuse (3)

- **Les «Z pills»** (Zolpidem, Zopiclone)
 - courte période (quelques jours)
 - utiles en cas d'insomnies **aigues** ou **d'adaptation**,
 - de troubles cognitifs (+/-)
- **Benzodiazepines** de demi vie courte (Seresta/Temesta)
 - courte période
 - uniquement en cas **d'anxiété importante**
 - **de dépendance**
 - pas de sevrage brutal
 - discuter baisse de posologie

Insomnie et prise en charge médicamenteuse (2)

- **La Distraneurin** : Hypnotique atypique, demi vie courte 8h
 - validation pratique
 - galénique adaptée, moins de dépendance, moins sédatif à petites doses
- **Antidépresseurs atypiques** action sédatives petites doses
 - Mianserine (Athimyl), Trazodone (Trittico), Mirtazapine (Remeron) Doxepin (Siquan/Quitaxon)
 - Troubles cognitifs avec SCPD, syndrome anxio-dépressif

Insomnie et prise en charge médicamenteuse (4)

- Pas d'indication des **neuroleptiques** en dehors des symptômes psychotiques : Haldol petites doses
 - agitation, hallucination, persécution
 - **courtes périodes** ++: réévaluation quotidienne
 - iatrogénie sévère : syndrome extra-pyramidal (chutes), trouble vigilance, déglutition...
- **Quetiapine**, neuroleptique atypique récent (2018), demi vie 7h, moins effets extrapyramidaux, meilleure tolérance SA : **validation pratique**
- **Antihistaminiques H1 déconseillé chez le sujet âgé** :
 - Théralène Phénergan, Mépronizine, Donormyl

Insomnie et prise en charge médicamenteuse (5)

- **La mélatonine** pas de preuve de son efficacité dans l'insomnie ;
 - mais semblent avoir un effet positif réduction temps d'endormissement, amélioration perception qualité du sommeil et vigilance diurne avec une bonne tolérance
 - Indiquée dans **retard de phase et trouble du sommeil paradoxal (Park, DCL)**
- **La phytothérapie** : la valériane (Redormin)
 - mélisse, de l'oranger, du tilleul et de la verveine odorante
 - Si l'efficacité de ces substances reste incertaine, il peut néanmoins en être fait usage à titre de placebo.

TTT	Qualité	Architecture	Effets
BZD et non-BZD	↓délai, ↓vigilance, ↑durée	↓N1, ↓REM	Sédatif
Mélatonine	↓délai	?	Chronobiotique : déphasage
Agonistes du récepteur de mélatonine	↓délai	↓N1	Diminue l'activité du SCN qui stimule l'état éveillé
Antidépresseurs	Variable	↑N3, ↓REM	Sédatif
Neuroleptiques atypiques	↓ délai, ↓ réveils, ↑ durée	↑N3, ↓REM	Somnolence

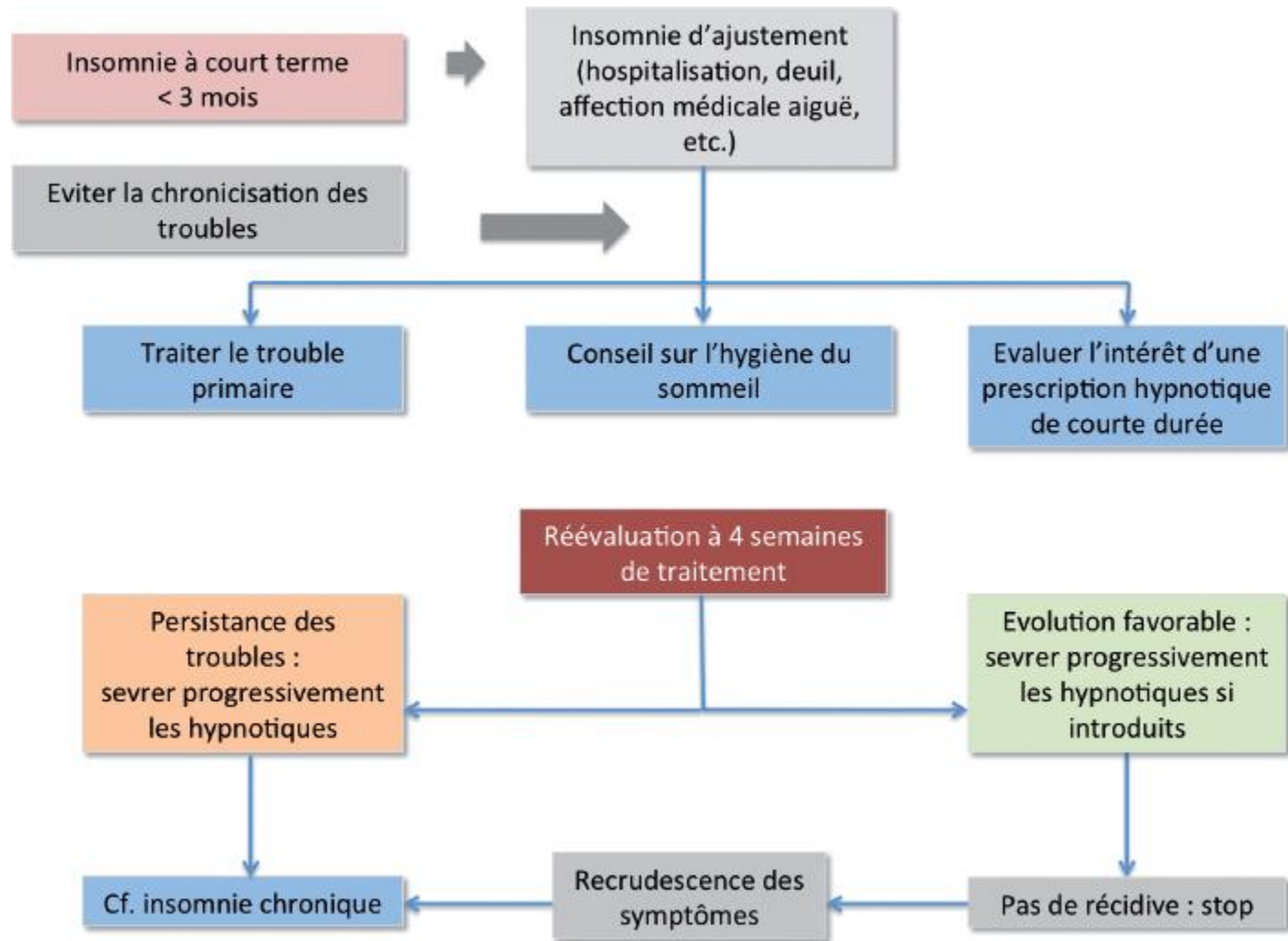
Start low and go slow!

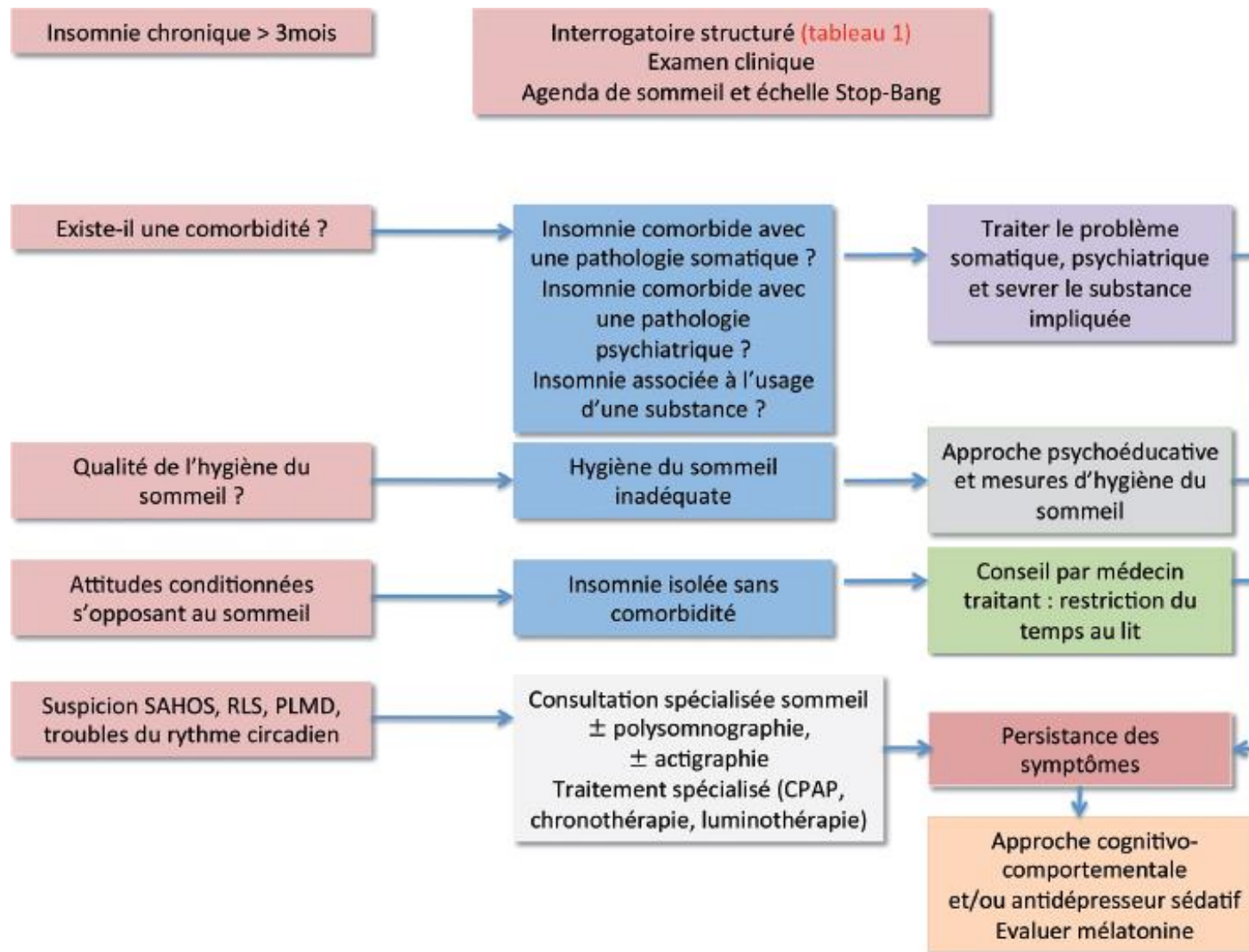
Prise en charge spécialisée

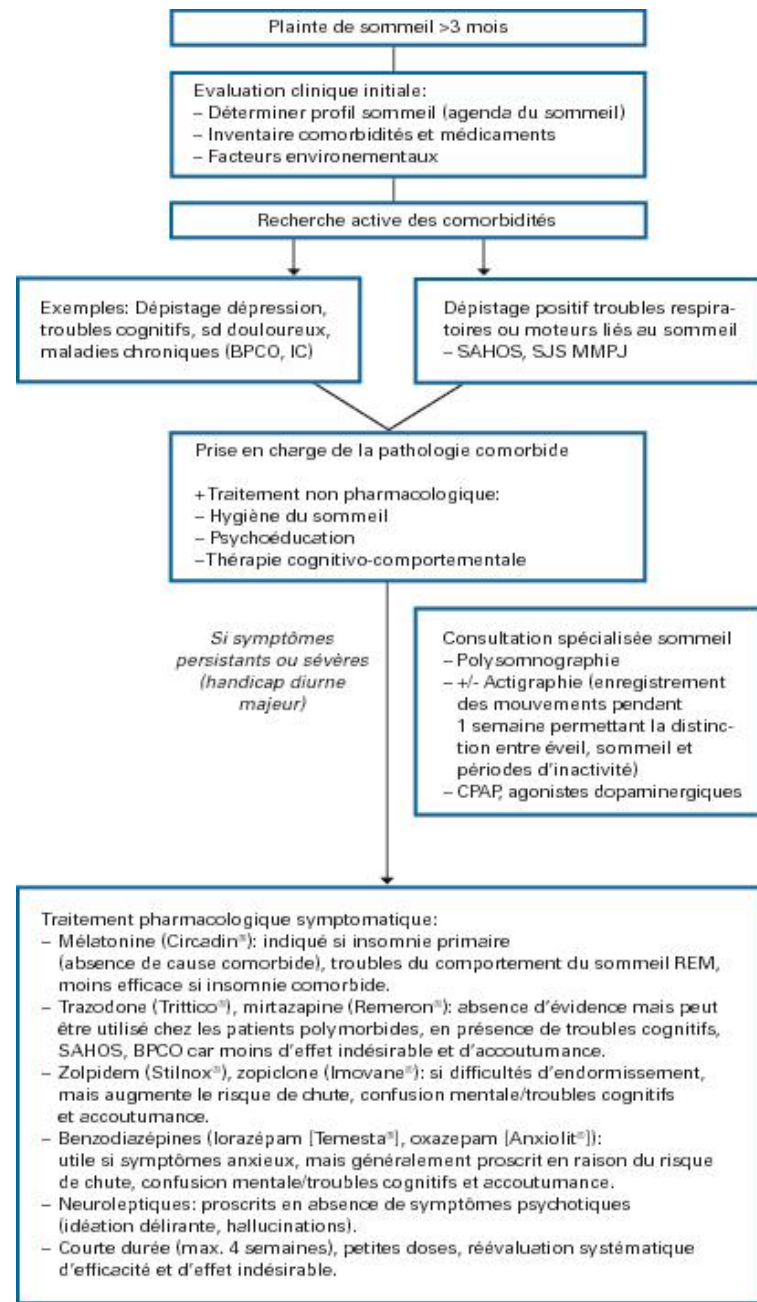
- Resynchronisation : **Chronothérapie:**

décalage très progressif des horaires de coucher et de lever (retard de phase)

- **Luminotherapie:** (5 à 10 000 lux)
 - matin après le réveil si endormissement et réveil tardifs
 - Fin am ou soirée pour endormissement et réveil précoces
 - Prudence chez patient psychiatrique (bipolaire)
 - CI si retinopathie







Le sevrage en benzodiazépine chez le SA

- **Inform**er le **patient** de sa situation de dépendance et des risques encourus (chute, démence): motivation du patient++
- Tenter avec le patient **une baisse progressive** des doses de **sa** molécule en vue d'un sevrage
- Possibilité de proposer remplacement par **molécule de ½ vie courte**
- Prévoir ce sevrage **sur une longue période** (obtenir l'adhésion du MT pour la poursuite de ce sevrage en ambulatoire)
- Prévoir **alternatives médicamenteuses** (phytothérapie, Distraneurin)
- **Risque d'échec** important d'autant plus que l'intoxication est ancienne
- **Sevrage brutal à proscrire** : état confusionnel

Le sevrage en benzodiazépine chez le SA

La déprescription des benzodiazépines chez la personne âgée

L Nicolet, [S Gosselin](#), L Mallet - Bulletin d'information toxicologique, 2016 - [inspq.qc.ca](#)

- Etude Canadienne
- Stratégie **d'éducation thérapeutique** associée à **protocole de sevrage très progressif** (sur 21 semaines)
- Population de SA 74 ans en moyenne , **303 patients inclus**
- Essai clinique randomisé à répartition aléatoire en grappes
- ➔ **un taux d'arrêt de 27 %** chez les patients âgés 6 mois après l'intervention vs 5 % de taux d'arrêt chez les personnes du groupe témoin

Perspectives

- Agonistes du récepteur de la mélatonine : Ramelteon,
Finalement décevant
Peu d'effet sédatif (léger amélioration de l'induction du sommeil)
Mais risque d'hyperprolactinémie en utilisation à long terme
- Antagoniste du récepteur de l'Orexine (Survorexant)??

Take home messages

- Même si des modifications du sommeil peuvent être liées au vieillissement, les plaintes nécessitent une **évaluation globale** par le praticien.
- La prise en charge de troubles du sommeil chez la personne âgée repose essentiellement **sur la recherche de causes comorbides**

Take home messages

- Première ligne : **traitement non-pharmacologique** par les mesures d'hygiène du sommeil et psycho éducatives, la thérapie cognitivo-comportementale
- **traitement pharmacologique symptomatique non recommandé**, par les effets indésirables et interactions médicamenteuses des psychotropes.

Si prescription inévitable :

- petites doses,
- de molécules aux plus courtes demi-vies
- Sur la plus courte durée possible

Take home messages

- **L'âge avancé** et/ou la présence d'une **démence légère à modérée** ne sont **pas des contre-indications** à la mise en place d'un traitement par **CPAP** en cas SAHOS.
- Lors d'une suspicion de **syndrome de jambes sans repos (SJR)** ou maladie de mouvements périodiques des jambes (MMPJ), exclure une **cause secondaire** comme la **carence martiale** ou une **poly-neuropathie**.

- **MERCI DE VOTRE ECOUTE**

Questions posées

- Physiologie du sommeil chez la personne âgée, durée, signes d'alarme,
Molécules à privilégier,
Traitement du sommeil en institution versus à domicile,
Surveillance et sevrage des benzodiazépines chez la personne âgée avec alternative thérapeutique.