

Bonnes et mauvaises indications à prescrire une benzodiazépine

Atelier-colloque MPR 12.22014
Drs Hélène Richard-Lepouriel & Yves
Cottier

Mme L, 23 ans

- Consulte en urgence pour des crises d'angoisse répétées, environ 2-3x/semaine depuis 3 semaines
 - Vertiges, palpitation, dyspnée, sensation de mourir, fourmillements péri-buccaux
- Ne se dit pas déprimée mais très stressée par ses examens
- Prépare des examens (1^{ère} année sciences de l'éducation – petite enfance)
- A reçu une pastille la dernière fois à faire fondre sous la langue dans un centre d'urgence et aimerait avoir la même qui l'avait bien aidée

Questions

- En cas de trouble anxieux
 - Quelle indication pour des BZD?
 - Quelle alternative?

Anxiété

- Différencier symptôme « anxieux » et trouble anxieux
- Anxiété:
 - Peur sans objet apparent légitime, avec sentiment pénible d'attente
 - Signal d'alarme, préparant l'individu à faire face à une menace
 - Anxiété *normale* = réaction adaptée, nécessaire pour affronter la situation
 - Anxiété *pathologique* = réaction qui dépasse l'objectif originel, désorganisée et incontrôlée

EDM et troubles anxieux

- Co-morbidités EDM /troubles anxieux: 15 à 30 % des cas
 - Majoration du risque suicidaire
 - Co-morbidité rend la maladie plus grave et plus invalidante
- => *La présence de troubles anxieux ne doit pas occulter l'existence d'un trouble dépressif sous-jacent et inversement.*

Attaque de panique / Trouble panique

Attaque de panique:

1. Période bien délimitée de crainte ou de malaise intense
2. Survenue brutale, acmé en moins de 10 min.
3. Nombreux symptômes (au moins 4 sur une liste de 13)

Palpitations, battements de cœur, accélération du rythme cardiaque	90%
Sensation de "souffle coupé" ou impression d'étouffement	81%
Sensation de vertiges, impression d'évanouissement	70%
Transpiration	69%
Frissons, bouffées de chaleur	64%
Douleur ou gêne thoracique	62%
Peur de mourir	60%
Tremblements, secousses musculaires	58%
Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou	56%
Paresthésies	51%
Sensation d'étranglement	51%
Nausées, gêne abdominale	40%
Déréalisation ou dépersonnalisation	33%

Servant, 2000

Attaque de Panique

- Dédramatiser et rassurer le patient
- Expliquer ce qu'est une attaque de panique:
 - Environ 10 % de la population générale connaît l'expérience d'une attaque de panique isolée par année
 - Souvent sans cause déclenchante apparente (AP spontanée)
 - Évènement le plus souvent isolé et ponctuel, sans conséquence ni répétition
- Enseigner des techniques pour réduire les symptômes:
 - Respiration en carré (bouche fermée)
 - Pétrissage: tension-détente des mains, pieds, nuque => régulation volontaire du tonus musculaire
 - Œil américain: voir flou, voir loin (défocalisation)
- Traitement per os:
 - Xanax 0,25 à 0,5 mg
 - Temesta 1 mg à 2 mg



PAS SYSTEMATIQUE !!!

Trouble panique +/- Agoraphobie

Trouble panique (DSM IV-TR):

1. Attaques de panique (AP) récurrentes et inattendues
2. Au moins 1 AP est suivie de :
 - Crainte persistante d'avoir une autre AP (**anxiété anticipatoire**)
 - Préoccupations à propos des implications possibles de l'AP ou de ses conséquences (peur d'avoir une « crise cardiaque », peur de devenir fou,...)
 - Changement de comportement (**évitement**)

Trouble panique +/- Agoraphobie

Agoraphobie (DSM IV-TR):

1. Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits:
 - d'où il pourrait être difficile de s'échapper: forme fermée
 - dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours: forme ouverte
2. Les situations sont évitées ou subies avec souffrance ou nécessitent la présence d'un accompagnant.

Traitement TPA

- Antidépresseurs (ISRS)
 - Escitalopram: 10 mg – 20 mg
 - Citalopram: 20 mg – 60 mg
 - Paroxétine: 40 mg – 60 mg
 - Sertraline: 50 mg – 200 mg

Dosages plus élevés
Délai d'action plus long
Posologie plus progressive
- Benzodiazépines: éventuellement en début de traitement, **pas systématiquement**

M. U, 57 ans

- Ancien alcoolisme
- Depuis 12 mois, symptômes dépressifs (tristesse, fatigue, découragement, angoisse...)
- Introduction de Venlafaxine ER avec amélioration de l'élan vital et morosité
 - Prescription de Lexotanil 3mg pendant la période d'introduction du médicament
- Continue à demander du bromazepam
 - Dès conflits au sein famille: bromazepam plus efficace et augmentation de la prise

Questions

- En cas de symptômes anxieux en lien avec un épisode dépressif
 - Quel AD choisir?
 - Comment soulager les patients en attendant que l'AD fasse son effet
 - Quel anxiolytique choisir? Pendant combien de temps?
 - Et si le patient veut continuer à la prendre?
 - Peut-on remplacer la BZD par un NL?

EDM avec anxiété

- Co-morbidité trouble anxieux?
- En 1^{ère} intention, privilégier les SSRI
- Les première semaines de traitement, ajouter une benzodiazépine si nécessaire
 - ⇒ **Psychoéducation**: informer les patients de la durée de prescription courte des benzodiazépines, en raison des risques de tolérance, de dépendance et de sevrage
 - ⇒ Programmer l'**arrêt progressif** de la BZD
 - ⇒ Majorer le traitement antidépresseur

EDM avec anxiété

- Les antipsychotiques:
 - dépression avec éléments psychotiques
 - dépression d'intensité sévère (risque de passage à l'acte suicidaire en début de traitement)
 - dépression résistante: à discuter... (quetiapine)

M. 43 ans

- Consulte pour des troubles du sommeil et aimerait un médicament pour dormir
- En raison de troubles de l'endormissement et de réveils nocturnes fréquents, se réveille très fatigué et a du mal à fonctionner au travail
- Passe un moment difficile
 - Se dit très stressé au travail avec une échéance importante dans 10 jours
 - Relation difficile avec sa femme
- Nie tout symptôme dépressif

Question

- La prise d'un inducteur de sommeil sur qqs jours peut-elle aider?
- Faut-il privilégier un arrêt de travail?
- Quelle attitude avoir?

Troubles du sommeil

- Plainte fréquente: difficulté d'endormissement (délai de plus de 30 min.), sommeil entrecoupé de réveils, sommeil non réparateur, etc...
- Subjectivité +++

Comparaison du temps et de la structure du sommeil chez des «mauvais» et des «bons» dormeurs

	Mauvais dormeurs (n = 46)	Bons dormeurs (n = 56)	Δ
Période totale de sommeil (min)	386	420	34
Sommeil réel (min)	362	408	46
Latence d'apparition du sommeil (min)	36	16	20
Veille intercurrente (%)	6,4	2,88	3,5
Nbre d'éveils par 100 min de sommeil	5,1	2,8	2,3
Sommeil lent profond -stade II et IV (min)	92	118	26

Grima, 2008

Insomnie

- Ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes à l'état de veille
- Symptôme et non maladie
- De nombreux facteurs peuvent occasionner une insomnie:
 - facteurs psychophysiologiques : anxiété, comportement négatif vis-à-vis du sommeil ;
 - facteurs psychiatriques : dépression;
 - facteurs organiques : la douleur est le plus fréquent ;
 - médicaments et alcool : hypnotiques, alcool ;
 - environnement : facteurs climatiques, bruit, lumière, altitude ;
 - perturbation du rythme circadien : horaires irréguliers du sommeil;
 - ...

Insomnie

- La prescription de médicaments hypnotiques doit être évaluée et ne doit pas être la réponse médicale systématique.

Tableau 1. Critères de sévérité de l'insomnie.

Sévérité	Fréquence/semaine	Retentissement diurne
Insomnie légère	1 nuit	Faible retentissement
Insomnie modérée	2 ou 3 nuits	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité
Insomnie sévère	4 nuits ou plus	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées

NB. Certaines études évaluent la sévérité en fonction de la présence du nombre de paramètres perturbés : difficulté d'endormissement, réveils nocturnes avec incapacité à se rendormir, sommeil non réparateur. Ainsi, une insomnie est estimée sévère si on relève au moins deux de ces paramètres, au moins trois fois par semaine sur un mois, avec séquelles diurnes.

HAS, 2006

Insomnie et hypnotiques

A éviter...

- Prescrire ou renouveler un hypnotique de façon systématique.
- Associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques.
- Renouveler une ordonnance sans réévaluer la situation du patient.
- Méconnaître une dépression ou un autre trouble psychiatrique.
- Négliger un symptôme évocateur de syndrome d'apnées du sommeil (ronflements sonores, somnolence diurne, céphalées au réveil, excès de poids).
- Prescrire un hypnotique en présence d'une pathologie respiratoire.
- Arrêter brutalement un traitement hypnotique.