



MÉDECINE DU PATIENT ÂGÉ
Colloque de médecine de premier recours
Mercredi 19 septembre 2018, 8h15-11h15

**Traitements médicamenteux ou non médicamenteux
des troubles du sommeil de la personne âgée**

Dr Samuel Périvier
Service de Gériatrie - DMIRG

Mme A, 78 ans

- ▶ Divorcée, sans enfant
- ▶ Aide-soignante à la retraite
- ▶ Active dans la vie quotidienne
- ▶ Connue pour une HTA traitée, une polyarthrose et une obésité (BMI à 30)
- ▶ Elle dort mal, avec des difficultés à s'endormir et des réveils fréquents
- ▶ Elle vous consulte car elle souhaite une prescription d'Oxazepam sur les conseils d'une amie

Que lui dites vous ?



QCM

- ▶ Je prescris l'Oxazepam, Anxiolit à 7.5mg un cp/j au coucher
- ▶ Je débute de la mélatonine, Circadin 2mg, 2 heures avant l'horaire habituel du coucher
- ▶ Je lui rappelle les règles d'hygiène du sommeil
- ▶ J'adresse la patiente à la consultation du sommeil
- ▶ Je réévalue la plainte

▶

Épidémiologie de l'insomnie en gériatrie

- ▶ Plus d'un **1/3 des plus de 65 ans**, **10%** d'insomnie chronique
- ▶ **83 % associés à une pathologie neuropsychiatrique ou somatique**
- ▶ Consommation de calmants et de somnifères augmente fortement avec l'âge, avec un **pic à partir de 75 ans (23 %)**

▶

*Bloom HG, et al. J Am Geriatr Soc. 2009 May;57(5):761-89
Stone KL, et al. Sleep Med. 2008 Sep;9 Suppl 1:S18-22*

Définition de l'insomnie DSM V 2013

Une plainte de sommeil (quantité ou qualité)

- ▶ Difficultés d'endormissement
- ▶ Difficultés de maintien du sommeil
- ▶ Réveil trop précoce

Au moins 3 fois par semaine, > 3 mois = chronique

Contexte adéquat de sommeil de nuit

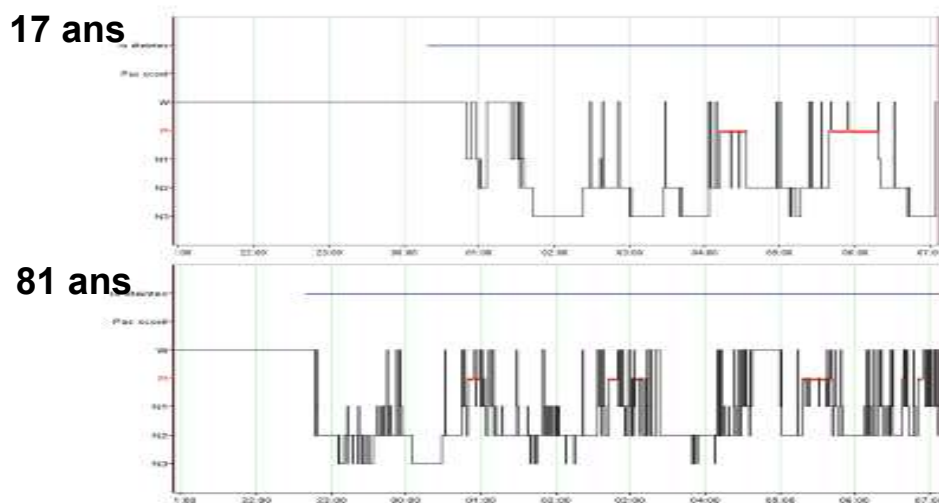
Répercussions :

- ▶ Fonctionnement social, professionnel ou comportemental
- ▶ **Trouble de la mémoire, difficultés de concentration**



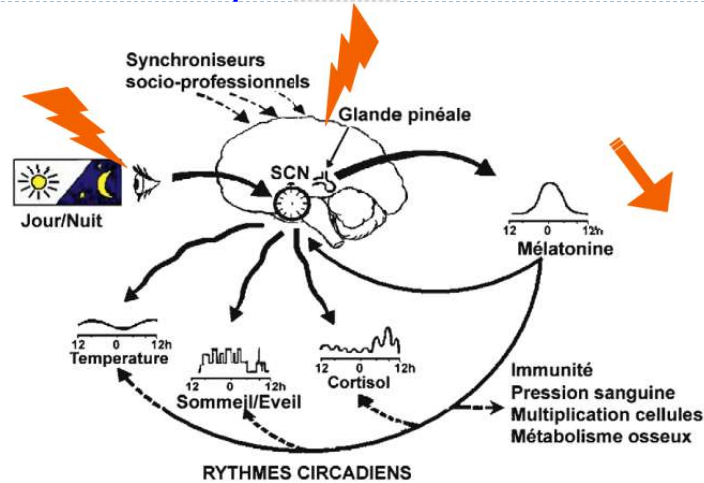
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

Réévaluer la plainte



Ohayon MM, et al. Sleep. 2004 Nov;27(7):1255-73. // Luca G, et al. Ann Med. 2015;47(6):482-91.

Réévaluer la plainte



Horloge interne et vieillissement

▶ *Claustrat B. Médecine du sommeil (2009) 6, 12—24 // Ohayon MM, et al. Sleep. 2004 Nov;27(7):1255-73.*

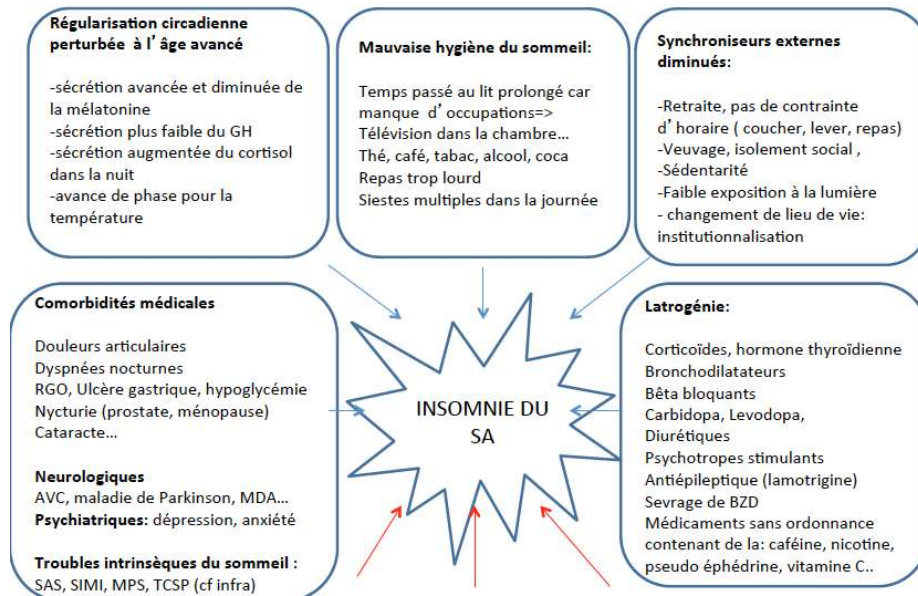
Une approche syndromique - multimorbidité

→ Âge moyen = 75 ans

	No morbidity <i>n</i> = 389	1 <i>n</i> = 66	2 <i>n</i> = 215	3 <i>n</i> = 383	Degrees 4 and 5 of comorbidity <i>n</i> = 66	
Difficulties to fall asleep (%)	22.4	30.8	24.4	36.9	42.4	< 0.001
Dependent on drugs to fall asleep (%)	9.1	15.2	11.3	22.4	36.5	< 0.001
waking up during the night (%)	77.1	84.8	83.8	86.4	89.4	0.006
Difficulties sleeping because of mood (%)	26.1	29.7	25.8	30.5	46.9	0.012
Difficulties sleeping because of pain or itch (%)	16.1	26.2	14.7	24.7	30.3	0.001
Unable to go back to sleep after awakening (%)	12.8	20.3	14.3	19.6	25.0	0.025
Waking up early in the morning (%)	63.3	53.1	61.2	64.6	71.2	0.260
Feeling tired and sleeping more than 2 h in the daytime (%)	8.4	13.6	8.9	14.4	13.8	0.066
Using sleeping pills (%)						< 0.001
Every night	4.2	7.6	6.6	14.8	13.8	
Sometimes weekly	3.1	6.1	3.3	5.5	13.8	
Several times monthly	0.8	—	1.9	1.6	1.5	
Sometimes monthly	5.7	12.1	12.2	12.1	23.1	

▶ Aging Ment Health. 2011 Mar;15(2):204-13.

L'insomnie du sujet âgé : un syndrome gériatrique




Dès la première consultation:

1. Dater (> 3 mois) et évaluer les troubles
2. Rechercher des comorbidités (arthrose, IU, dépression...) et des troubles spécifiques du sommeil (SAHOS, Sd des jambes sans repos...)
3. Informer concernant la perception du sommeil et les changements liés à l'âge
4. Fixer des objectifs en fonction du retentissement



Recherche un SAHOS : Le NoSAS Score



Lausanne NoSAS Score

Merci de remplir les informations suivantes pour évaluer votre risque de faire des apnées du sommeil.

Nom : _____ Prénom : _____

Neck (cm) : _____

Age : _____

Hauteur (cm) : _____

Sexe : Masculin Féminin

Ronflement : Oui Non

Barème du NoSAS Score :

- Tour de cou de plus de 40 cm : 4 points
- Indice de masse corporelle poids (kg) / taille² (mètre) :
 - Entre 25 et 29.9 Kg/m² : 3 points
 - 30 Kg/m² ou plus : 5 points
- Ronfleur(euse) : 2 points
- Age > 55 ans : 4 points
- Sexe masculin : 2 points

RÉSULTAT : un score de 8 points et plus suggère la présence d'apnées du sommeil.

Barème du NoSAS Score :

- Tour de cou de plus de 40 cm : 4 points
- Indice de masse corporelle poids (kg) / taille² (mètre) :
 - Entre 25 et 29.9 Kg/m² : 3 points
 - 30 Kg/m² ou plus : 5 points
- Ronfleur(euse) : 2 points
- Age > 55 ans : 4 points
- Sexe masculin : 2 points

RÉSULTAT : un score de 8 points et plus suggère la présence d'apnées du sommeil.

<https://lausanne-nosas-score.com>

- ▶ Marti-Soler H, et al. Lancet Respir Med. 2016 Sep;4(9):742-748.

Evaluation gériatrique

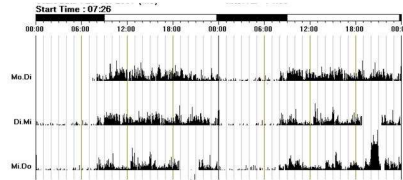
- ▶ M.M.S.E (MINI MENTAL STATE EXAMINATION) (1)
- ▶ Mini-GDS (Mini GERIATRIC DEPRESSION SCALE)(2)
- ▶ ...

(1) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189-98
 (2) Clément JP, et al. L'Encéphale 1997;XXIII:91-9.

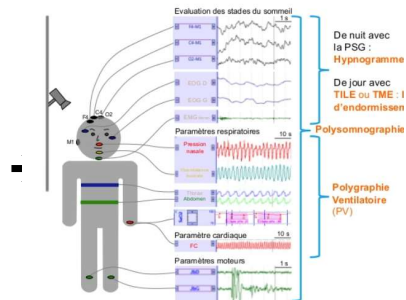


Evaluation des troubles du sommeil en Gériatrie

Actimétrie



Polysomnographie
Polygraphie ventilatoire



Avis spécialisé

Représentations liées au
sommeil



- Avoir envie à tout prix de dormir comme à l'âge de 20 ans ne serait pas réaliste.
- Rester trop longtemps dans le lit augmente les réveils intra sommeil.
- La qualité du sommeil prime par rapport à la durée du sommeil.
- La consommation chroniques des BZD ne fait qu'augmenter le sommeil lent léger, la somnolence diurne, les troubles de mémoire, le risque de chute, d'insomnie de rebond et d'accoutumance, aucune indication pour un traitement continu.
- Dormir durant la journée n'est pas un sommeil de plus, sommeil non trouvé la nuit n'est pas forcément un sommeil perdu.
- C'est normal de se réveiller de temps en temps durant la nuit.



Les règles d'hygiène du sommeil

- ✓ **Activité physique en journée**
- ✓ **Exposition quotidienne à la lumière du jour**
- ✓ **Eviter la consommation de caféine, d'alcool et de tabac dès la fin d'après-midi**
- ✓ **Eviter les activités psychostimulantes au lit (lire, regarder la télévision ou un ordinateur)**
- ✓ **Limiter le temps passé au lit**
- ✓ **Eviter la sieste en journée ou < 30 minutes et ce avant 15h00**
- ✓ **Contrôle de l'environnement (température, bruit et obscurité)**
- ✓ **N'aller se coucher que lorsque l'on a envie de dormir**
- ✓ **Horaires de coucher et de lever réguliers**

▶ *D'après Haba-Rubio J, et al. Neurology. 2017;88:463–9.*

QCM

- ▶ Je prescris l'Oxazepam, Anxiolit à 7.5mg un cp/j au coucher
- ▶ Je débute de la mélatonine (Circadin 2 mg)
- ▶ **Je rappelle les règles hygiène du sommeil**
- ▶ **J'adresse la patiente à la consultation du sommeil ?**
- ▶ **Je réévalue la plainte (douleur, dépression, anxiété...)**

▶

Vous la revoyez un an plus tard...

- ▶ Elle vient d'être hospitalisée 1 mois plus tôt suite à une décompensation cardiaque et une poussée d'arthrose.
- ▶ Elle dit avoir moins d'appétit, elle sort peu de chez elle.
- ▶ Elle prend depuis son séjour à l'hôpital du Zolpidem, 5 mg le soir.
- ▶ Elle se plaint à nouveau de troubles du sommeil elle se réveille la nuit...

Que faites vous ?

▶

QCM

- ▶ Je stoppe le Zolpidem si possible
- ▶ Je débute du Clométhiazole 192 mg le soir car je trouve la patiente anxieuse
- ▶ Je prescris un antidépresseur tricyclique à petite dose
- ▶ J'adresse la patiente à la consultation du sommeil
- ▶ Je réévalue une composante douloureuse et de dyspnée

▶

Benzodiazépines (BZD) et analogues « Z-drugs » : Solution ou problème ?

Efficacité à court terme

- ▶ indication 2-4 semaines
- ▶ Mais ... Poursuivi dans 65 % à 1 an et 35 % à 5 ans !



Accoutumance et dépendance
Chute et fracture
Confusion
Trouble cognitif
...



<https://choisiravecsoin.org/geriatrie>

▶ *Schroeck JL, et al. KA. 2016 Nov;38(11):2340-2372.*

Mélatonine ?

Mélatonine retard (Circadin® 2mg)

- ▶ Insomnie « primaire » dès 55 ans
- ▶ 1 à 2 heures avant l'horaire habituel du coucher
- ▶ De 3 semaines à 3 mois

Amélioration de la latence d'endormissement, durée total du sommeil
l'efficacité du sommeil

Pas d'efficacité claire dans l'Alzheimer (*Cochrane*)

Tolérance : tolérance > BZD

- ▶ Pas de dépendance, ni accoutumance
- ▶ somnolence diurne (dose dépendant)
- ▶ Long terme ...

▶ *Brzezinski A, et al. Drugs Aging 2012 Nov;29(11)*
Janseb SL, et al. Melatonin for cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1)

Mélatonine et risque de fracture

Etude rétrospective

> 45 ans

▶ 1377 - sous mélatonine

▶ 880 - BZD

▶ 2752 - Z-Drugs

Suivi moyen d'environ 2 ans

HR = 1,44

Table 2. Unadjusted and adjusted cohort hazard ratios for post-study entry fracture

Cohort	N cases	N controls	Unadjusted			Adjusted			Sig. level p-value	
			Hazard ratio	95% CI for hazard ratio		Hazard ratio	95% CI for hazard ratio			
				Lower	Upper		Lower	Upper		
Controls			1			1				
Melatonin	1,377	2,752	1.90	1.41	2.57	<0.001	1.44	1.01	2.04	0.04
Hypnotic benzodiazepines	880	1,759	1.70	1.18	2.46	<0.001	1.26	0.82	1.92	0.29
Z-drugs	1,148	2294	2.03	1.45	2.84	<0.001	1.52	1.04	2.23	0.03

▶ Frisher M, et al. Age Ageing. 2016Nov;45(6):801-806.

Autres traitements pharmacologiques

Antidépresseurs sédatifs (Trazodone, Mirtazapine, Miansérine)

Pas d'indication « officielle » pour l'insomnie

▶ Contexte de dépression ou d'anxiété

▶ Maladie d'Alzheimer (Trazodone ?)

Pas d'accoutumance

ES : somnolence diurne, confusion, hypotension orthostatique

Pas d'antidépresseur tricyclique ! (Amitriptyline)

Effet anticholinergique marqué

▶ Camargos EF, et al. Am J Geriatr Psychiatry. 2014 Dec;22(12):1565-74.
American Geriatrics Society 2015 J Am Geriatr Soc. 2015 Nov;63(11):2227-46.

Autres traitements pharmacologiques

Neuroleptiques et antipsychotiques

- ▶ Troubles psychotiques, etc.
- ▶ Risques de SJSR, parasomnie, sd extrapyramidal
- ▶ Augmentation du risque de mortalité chez les patient avec démence

Clométhiazole ?

Antihistaminique (diphényhydramine doxylamine)

- ▶ A éviter : durée de vie longue et anticholinergique

Phytothérapie : valériane ?

-
- ▶ Schroeck JL, et al. 2016 Nov;38(11):2340-2372.

QCM

- ▶ **Je stoppe le Zolpidem si possible**
- ▶ Je débute du Clométhiazole 192 mg le soir car je trouve la patiente anxieuse
- ▶ Je prescris un antidépresseur tricyclique à petite dose
- ▶ **J'adresse la patiente à la consultation du sommeil (?)**
- ▶ **Je réévalue une composante douloureuse et de dyspnée**

▶

4 ans plus tard...

- ▶ Elle vient d'être hospitalisée 1 mois pour des chutes à répétition survenant la nuit, la dernière s'étant compliquées d'une fracture du col du fémur à gauche.
- ▶ Elle prend désormais du Zolpidem 10 mg le soir au coucher depuis 3 ans.
- ▶ Elle a demandé à reprendre immédiatement son hypnotiques que l'interne de gériatrie a voulu stopper. Ce dernier vous demande dans sa lettre de sortie d'en discuter avec elle.

Que lui dites vous ?

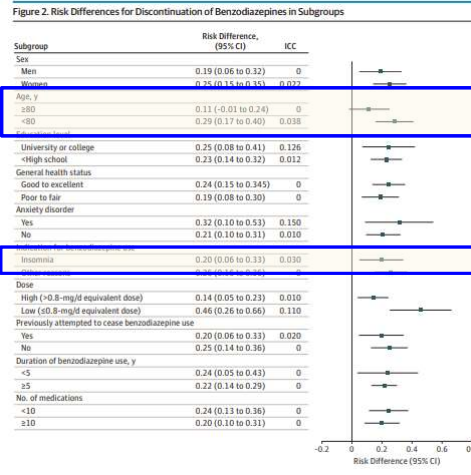
▶

QCM

- ▶ Je lui represcris le Zolpidem car il est désormais impossible de sevrer la patiente compte-tenu de son âge.
- ▶ Je stoppe le Zolpidem et je débute de la mélatonine
- ▶ Je lui propose un calendrier de sevrage progressif
- ▶ J'adresse la patiente à la consultation du sommeil pour une prise en charge en TCC

▶

Sevrage en Benzodiazépine

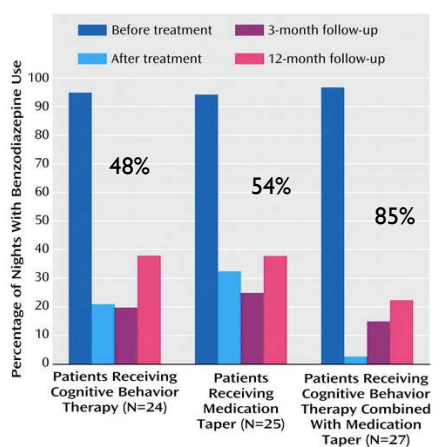


✓ information sur les risque des BZD + protocole de réduction progressive

✓ A 6 mois, 27% de sevrage dans le groupe intervention vs 5% groupe contrôle

JAMA Intern Med. 2014 Jun;174(6):890-8.

Sevrage en Benzodiazépine



N = 66

Âge moyen 62.5 ans (55-82)

Insomnie chronique + dépendance au BZD

Amélioration de la qualité de sommeil subjective et objective (PSG)

Effets persistants à 12 mois

Morin CM, et al. Am J Psychiatry. 2004 Feb;161(2):332-42.

Mélatonine dans le sevrage en BZD



Wright A, et al. The Effect of Melatonin on Benzodiazepine Discontinuation and Sleep Quality in Adults Attempting to Discontinue Benzodiazepines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs Aging*. 2015 Dec;32(12):1009-18

Thérapie cognitivo-comportementale

Mesures psycho-éducatives, contrôle des stimuli, restriction du sommeil, restructuration cognitive +/- relaxation

3 à 10 semaines, 1 ou plusieurs sessions/semaine

Efficacité :

- ▶ Qualité du sommeil (subjectif et objectif)
- ▶ Sur le retentissement diurne

Insomnie chronique et dépendance aux hypnotiques

Limites : troubles cognitifs, disponibilité

Lovato N, et al. *Sleep*. 2014 Jan 1;37(1):117-26.
 Morin CM, et. *Am J Psychiatry*. 2004 Feb;161(2):332-42.
 Montgomery P, Dennis J. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1)

Thérapie cognitivo-comportementale

- ▶ **thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie(TCC-I).**
 - ▶ sommeil.pneumologie@hcuge.ch
 - ▶ **Département des spécialités de médecine**
 - ▶ **Service**
 - ▶ [Pneumologie](#)
 - ▶ Bâtiment Les Cèdres
Chemin du Petit Bel-Air 2
1225 Chêne-Bourg
 - ▶ **Téléphone** [+41 \(0\)22 305 53 37](tel:+41223055337)

 - ▶ <http://www.cenas.ch/contact/>
-

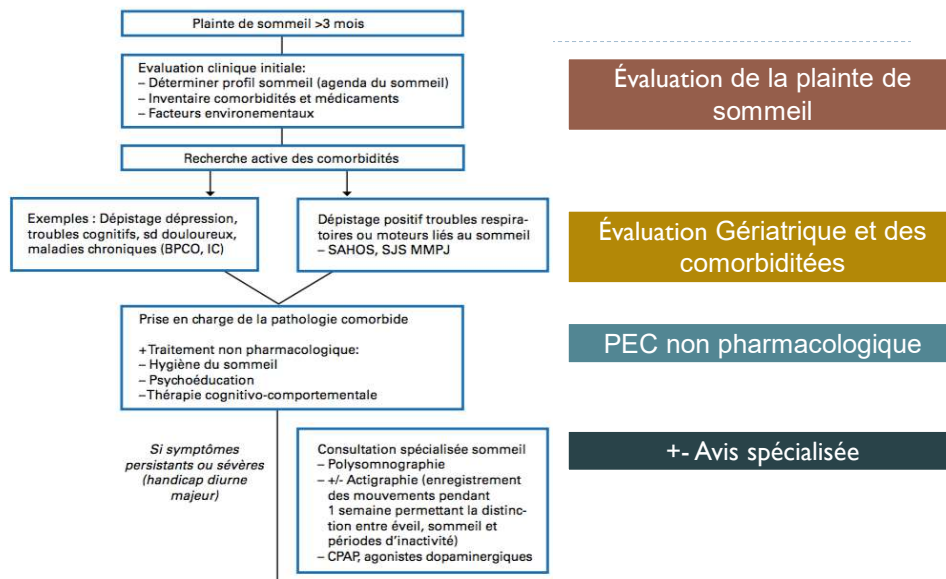
▶

QCM

- ▶ Je lui represcris le Zolpidem car il est désormais impossible de sevrer la patiente compte-tenu de son âge.
 - ▶ Je stoppe le Zolpidem et je débute de la mélatonine
 - ▶ **Je lui propose un calendrier de sevrage progressif**
 - ▶ **J'adresse la patiente à la consultation du sommeil pour une prise en charge en TCC**
-

▶

Prise en charge de l'insomnie chronique



SWISS MEDICAL FORUM – FORUM MÉDICAL SUISSE 2017;17(34):712-718

Messages à retenir

L'insomnie du sujet âgé doit faire l'objet d'une **évaluation globale par le praticien**

Elle repose essentiellement sur la recherche de comorbidités et leur traitement.

Mesures non-pharmacologiques (mesures d'hygiène du sommeil et psycho éducatives, TCC, **Modification de l'environnement**) en première ligne.

Le traitement pharmacologique symptomatique est très limité par les effets indésirables et interactions médicamenteuses des psychotropes

■ Merci de votre attention



Annexes : Insomnie et troubles
cognitifs



Sommeil dans les établissements medico-sociaux (EMS)

- ✓ 70% des aidants signalent que les troubles du sommeil influencent la décision d'insitutionnalisation

J Geriatr Psychiatry Neurol 1991; 4: 204–210.

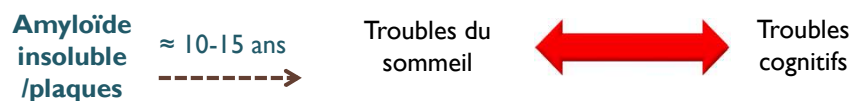
- ✓ Prévalence élevée des comorbidités et polymédication

- ✓ Association → qualité de vie, fonctionnalité, dépression

J Am Geriatr Soc. 2010 May;58(5):829-36.



Maladie d'Alzheimer et sommeil

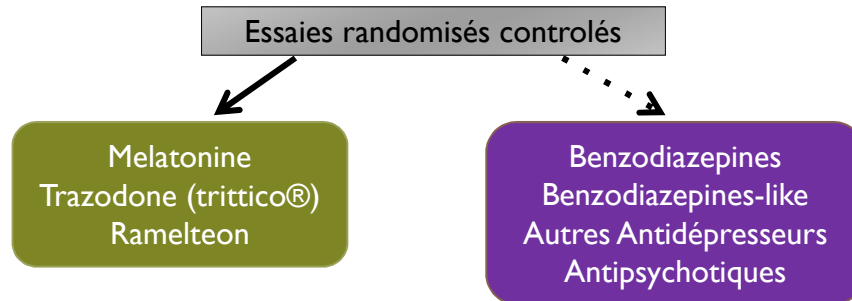


- ✓ Accentuation des changements physiologiques du sommeil avec l'âge
- ✓ Troubles du rythme éveil-sommeil – → inversion totale du rythme ou rythme irrégulier
- ✓ Syndrome du couché du soleil (sundowning)



Ju, Y. S. et al. *Nat. Rev. Neurol.* 10, 115–119 (2014)

Maladie d'Alzheimer et sommeil -pharmacologie



- Manque d'évidence;
- Effets indésirables;
- Prise en charge non-pharmacologique.

Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 21;(3):CD009178.



Facteurs modifiables :

1. L'inactivité diurne et sieste prolongée
2. Manque d'interactions sociales
3. Manque d'exposition à la lumière
4. Temps passé au lit pendant la journée et la nuit
5. Horaire du coucher

Sleep Med Rev. 2000 Feb;4(1):45-56.

Traitement médicamenteux ou non médicamenteux pour les troubles du sommeil de la personne âgée

Dr Guillaume Bron

Dr Samuel Perivier

Mercredi 19 septembre 2018

Colloque de médecine de premier recours

MME A, 87 ANS

- Divorcée, 1 fille
- Aide-soignante à la retraite
- Active dans la vie quotidienne
- Connue pour une HTA traitée et une polyarthrose
- Elle vous consulte car malgré la prise d'un 2^{ème} cp d'oxazepam, elle dort mal avec une difficulté à s'endormir, mais surtout des réveils fréquents
- **Que faites-vous?**

MME S, 82 ANS

- Mariée 2 enfants
- pharmacienne à la retraite
- Active dans la vie quotidienne
- Elle vous consulte car elle se réveille fréquemment dans la nuit et ne souhaite surtout pas prendre de médicaments

- **Que faites-vous?**

SOMMEIL ET PERSONNES ÂGÉES

- Anamnèse : points importants
 - Facteurs et événements favorisants
 - Phénomènes associés
 - Traitements
 - Hygiène de vie
 - Hygiène de sommeil

EVALUATION DE L'HYGIÈNE DU SOMMEIL

- Activité physique ou exercice quotidiennement ?
Si oui, dans quelle proportion et à quelle heure ?
- Exposition à la lumière naturelle extérieure ?
- Caféine, alcool régulièrement ? Le jour et/ou la nuit ?
- Traitement somnifère ?

EVALUATION DE LA QUALITÉ ET DE LA QUANTITÉ DE SOMMEIL

- Avez-vous des difficultés à vous endormir au coucher ?
- A quelle heure vous couchez-vous et vous levez-vous ?
- Vous réveillez-vous la nuit et si oui, combien de fois ?
- Si vous vous réveillez la nuit, avez-vous des difficultés à vous rendormir ?
- Quelle durée ont vos réveils nocturnes ?

EVALUATION DE LA QUALITÉ ET DE LA QUANTITÉ DE SOMMEIL (1)

- Vous sentez-vous somnolent ou fatigué dans la journée ?
- Depuis combien de temps durent ces troubles ?
- Quelle quantité de sommeil vous faut-il pour vous sentir bien et fonctionner normalement dans la journée ?
- Faites-vous une ou plusieurs siestes dans la journée ? Si oui, de quelle durée ?



RECHERCHE D'UNE CAUSE

- Avez-vous subi une perte personnelle récemment ?
- Avez-vous des douleurs ou souffrez-vous d'essoufflement la nuit ?
- Vous sentez-vous triste ou anxieux ?
- Votre conjoint(e) vous rapporte-t-il que vous donnez des coups de pied quand vous dormez ?



RECHERCHE D'UNE CAUSE (1)

- Votre conjoint(e) a-t-il noté des ronflements ou des apnées nocturnes ?
- Vous réveillez-vous en manquant d'air ?
- Transpirez-vous pendant la nuit ? Avez-vous des céphalées matinales ?
- Allez-vous fréquemment uriner la nuit ?
- Avez-vous des impatiences, un inconfort dans les jambes la nuit ?
- Ressentez-vous le besoin de bouger les jambes quand vous êtes au repos ou couché ?

RÈGLES D'HYGIÈNE DU SOMMEIL

- Avoir une activité physique en journée (exemple : la marche)
- Bénéficier d'une exposition quotidienne à la lumière du jour
- Éviter la consommation de caféine, d'alcool et de tabac en fin d'après-midi et la soirée

RÈGLES D'HYGIÈNE DU SOMMEIL(1)

- Éviter les activités psychostimulantes au lit (lire, TV, smartphone, ordinateur, etc.) Le temps passé au lit doit être réservé au sommeil et à l'activité sexuelle (peu stimulante)
- Limiter le temps passé au lit
- Éviter la sieste en journée ou en limiter la durée à 30 minutes et ce avant 15h00

RÈGLES D'HYGIÈNE DU SOMMEIL (2)

- Contrôle de l'environnement : adapter la température, éviter l'exposition au bruit et favoriser l'obscurité
- N'aller se coucher que lorsque l'on a envie de dormir
- Préférer des horaires de coucher et de lever réguliers