

Prescription des anxiolytiques et hypnotiques chez la personne âgée

Les sujets âgés (plus de 75 ans ou plus de 65 ans et polypathologiques) sont plus exposés aux événements indésirables graves évitables, risques majorés par la fragilité et les comorbidités.

Les benzodiazépines à demi-vie longue (seuil généralement admis > 20h) sont considérées comme inappropriées chez les sujets âgés, du fait d'un sur-risque iatrogénique.

En sus des effets secondaires « classiques » des BZD (troubles cognitifs, troubles psychomoteurs et du comportement, accidents de la route, perte d'autonomie), les BZD à demi vie longue seraient encore plus à risque de chutes traumatiques et majorent le risque de fractures de hanches, notamment à forte dose au long cours.

La révision des prescriptions des BZD à demi vie longue doit en premier lieu conduire à réinterroger les diagnostics à l'origine de la prescription et étudier l'ensemble des alternatives non médicamenteuses.

- **PREFERER** les substances d'action intermédiaires et sans métabolites actifs : **NORMISON, NOCTAMIDE, HAVLANE, SERESTA, XANAX, TEMESTA, STILNOX, IMOVANE** pour éviter le risque d'accumulation

- **EVITER** les benzodiazépines à ½ vie longue* en raison de l'augmentation du risque d'effets indésirables (sommolence, chute, amnésie...) : **URBANYL, TRANXENE, VALIUM, MOGADON, NORDAZ, VICTAN, LYSANXIA, LEXOMIL**

RAPPORT BENEFICE/RISQUE FAVORABLE		RAPPORT BENEFICE/RISQUE DEFAVORABLE
Benzodiazépines à ½ vie courte	Benzodiazépines à ½ vie intermédiaire	Benzodiazépines à ½ vie longue (>20 h)
STILNOX	XANAX	URBANYL
IMOVANE	HAVLANE	TRANXENE
	TEMESTA	VALIUM
	SERESTA	MOGADON
	NORMISON	NORDAZ
	NOCTAMIDE	VICTAN
		LYSANXIA
		LEXOMIL

* la ½ vie est le temps requis pour que la concentration sanguine de benzodiazépine diminue de moitié

EMPLOI AU LONG COURS DES BENZODIAZEPINES (BZD) DECONSEILLE car risque d'accoutumance, d'impossibilité de sevrage, de masquage de dépression et d'aggravation des troubles mnésiques. La balance bénéfique/risque est clairement défavorable pour les

traitements chroniques, avec nombre d'effets indésirables potentiellement graves et source d'hospitalisation et de surmortalité : chutes, troubles cognitifs, troubles psychomoteurs et du comportement, accidents de la route, perte d'autonomie, survenue de tolérance et de dépendance, voire risque suicidaire selon une étude récente.

Il est recommandé d'**envisager un sevrage chez tout sujet âgé prenant une BZD de manière chronique**. Des mesures simples de sensibilisation peuvent réduire le taux de prescription, et le sevrage est généralement réalisable avec un taux de réussite élevé, pouvant améliorer la qualité du sommeil et les performances cognitives.

Arrêt : à planifier dès l'instauration, en cas de survenue de troubles du comportement, progressif afin d'éviter un syndrome de rebond et de sevrage (confusion, sueurs, tremblements, crises comitiales)

Les **prescriptions de BZD** considérées comme appropriées doivent être **argumentées** au regard d'une évaluation de la balance bénéfique/risque prenant en compte les connaissances récentes sur les effets délétères des psychotropes, en particulier chez le sujet âgé. En cas de confirmation de l'indication de BZD, **la prescription d'une BZD à demi-vie courte est préférable**.

ÉVITER LE REPORT SYSTEMATIQUE DE PRESCRIPTION VERS LES AUTRES PSYCHOTROPES !!

Quelle que soit leur demi-vie, il est nécessaire de discuter la balance bénéfique/risque des benzodiazépines et médicaments apparentés (zolpidem et zopiclone) chez les patients âgés, même pour un traitement de courte durée.

La consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques augmente avec l'âge, alors que la prévalence des troubles anxieux diminue. Les BZD sont prescrites en excès, le plus souvent devant une insomnie transitoire, ou en raison de la méconnaissance d'un syndrome dépressif devant une anxiété au premier plan et ne sont pas réévaluées.

Les BZD ne sont pas efficaces dans la dépression, et seulement sur une très courte durée dans les insomnies.

Le report de prescription vers d'autres psychotropes à propriétés sédatives, notamment les antihistaminiques H1 (psychotropes atropiniques comme ATARAX, THERALENE, DONORMYL) très mal tolérés chez le sujet âgé.

- Pas de BZD chez les déments
- **SI INSOMNIE** : employer la zopiclone (IMOVANE) ou le zolpidem (STILNOX) qui entraînent moins de perturbations physiologiques. Posologie maximale chez le sujet âgé : 1 comprimé par jour.
- **POUR LES BZD et apparentés**
 - **Respecter les indications** :
Pour les BZD indiquées dans l'anxiété -> traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes
Pour les BZD indiquées dans les troubles du sommeil -> insomnies occasionnelle et transitoire
 - **Diminuer les posologies initiales de moitié**
 - **ÉVITER d'associer 2 ou plus de 2 benzodiazépines ou apparentés**

- **Attention aux risques de sédation** et/ou d'effet myorelaxant pouvant favoriser les chutes
- **EVITER** les médicaments aux propriétés anticholinergiques (DONORMYL, THERALENE, ATARAX)

- **Autres anxiolytiques :**
 - ATARAX moins anxiolytique, pas d'accoutumance mais effet sédatifs et anticholinergiques à dose élevée (>100 mg/j). **Diminuer la posologie de moitié.**
 - STRESAM contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale ou hépatique, risque de sédation et d'hépatite. Intéressant en cas d'anxiété chronique.