

## Traitement de l'insomnie et benzodiazépines

Les recommandations concernant le traitement de l'insomnie sont basées sur une stratégie globale, avec recherche de la cause, conseils d'hygiène de vie, soutien psychothérapeutique, et éventuellement prise de médicament. Cette prescription doit se faire en définissant sa place dans la stratégie de soins et sa durée.<sup>1</sup> Les fiches de transparence répertorient trois classes d'hypnotiques: les benzodiazépines (BZD) et apparentés (zopiclone et zolpidem), les barbituriques, les antihistaminiques phénothiaziniques. L'ANDEM, l'AMM, et la RMO insistent sur la durée de prescription des BZD (4 semaines, et 2 pour le triazolam). Cependant l'insomnie semble le plus souvent traitée par hypnotique, et les traitements prolongés semblent fréquents. Quel est le bénéfice risque des BZD ? Une méta-analyse tente de faire le point.<sup>2</sup>

L'étude a retenu, parmi 89 essais identifiés, 45 qui avaient les critères de qualité suffisants, représentant 2672 patients de 29 à 82 ans. Les études comparaient BZD et placebo, sauf 13 vs zopiclone, 1 vs prométazine, 1 vs diphenhydramine glutéthimide et 1 vs traitement non médicamenteux. La durée des études était de 1 jour à 6 semaines avec une moyenne de 12,2 jours.

De l'analyse des comparaisons BZD-placebo, on peut retenir en faveur des BZD: un raccourcissement minime du temps d'endormissement (4,2 mn, non significatif); un allongement du temps de sommeil (61,8 mn, significatif). L'estimation subjective par le patient était différente: temps d'endormissement raccourci de 14 mn, durée du sommeil augmentée de 48 mn. Les BZD sont associés à des effets négatifs: somnolence, vertige, étourdissement,

troubles de mémoire. Malgré cela, les interruptions de traitement sont similaires dans les deux groupes.

Zopiclone et autres hypnotiques, n'ont pas montré de différence significative avec BZD. Les alternatives non pharmacologiques ont fait l'objet d'une étude (thérapie comportementale) qui montrait une moindre efficacité immédiate face aux BZD, et un meilleur résultat à 9 semaines.

Les auteurs soulignent les limites de l'étude: uniquement études en langue anglaise, de durée trop courte n'apportant pas de données sur les traitements prolongés.

D'autres recherches sont nécessaires: influence de l'insomnie sur la vie quotidienne, facteurs conduisant le patient à préférer le traitement médicamenteux aux actions sur l'hygiène de vie, éléments qui amènent le médecin à privilégier la solution médicamenteuse.

Cette méta-analyse confirme, en le relativisant, le bénéfice des BZD ainsi que leurs effets adverses. Elle ne montre pas de bénéfice significatif des autres hypnotiques. Mais elle n'apporte aucun élément sur le risque du traitement prolongé, et très peu sur les alternatives non pharmacologiques.

**Le risque de dépendance** aux doses thérapeutiques (d'autant plus que celles-ci sont élevées) est prouvé, même après un temps de traitement court (quelques semaines). C'est en raison de ce risque que des traitements courts et des interruptions régulières sont conseillés.

**Le sevrage doit être progressif** et nécessite une coopération du patient et du médecin<sup>1</sup>. Une étude française a montré que celui-ci était réalisable en médecine générale: chez 674 patients, les médecins proposaient un arrêt ou une diminution des BZD dans le cadre d'un contrat thérapeutique: après 3 mois, 16,9% avaient cessé le traitement, 57,8% l'avaient diminué.<sup>3</sup> P Lemoine<sup>4</sup> propose **des recommandations pour sevrer en ambulatoire**: attitude ferme du médecin, planning écrits, conseils d'hygiène de vie avec sport et relaxation, paliers d'un mois et plus, substituer BZD par zopiclone ou zolpidem puis sevrage progressif de ceux-ci, associer de façon transitoire un  $\beta$  bloqueur s'il existe des signes physiques (palpitations, sueurs, vertiges), interrompre le sevrage si des signes de la lignée psychotique apparaissent.

Reste le problème de la prise en charge globale et des **alternatives non pharmacologiques**. Deux recommandations canadiennes<sup>5,6</sup> donnent des idées générales: exercice régulier, éviter le soir les gros repas, le café, l'alcool, le tabac, réduire la prise de liquide le soir, limiter l'usage de la chambre au sommeil et au sexe, maintenir un temps d'éveil journalier suffisant, éviter ou diminuer le temps de sieste. Parmi ces méthodes, celles utilisant le conditionnement (association chambre à coucher et sommeil, régularisation du cycle veille sommeil) et la relaxation ont fait la preuve de leur efficacité.

1 - ANDEM. Prescription des hypnotiques et anxiolytiques. 1995;151-63

2 - Holbrook AM et al. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. JAMC. 2000;162 (2):225-33

3 - Archambault P, Boyer P, Crappier JJ. Etude descriptive sur la prescription et l'arrêt des tranquillisants et des hypnotiques en médecine générale. Rev du Prat MG 1999;12 (453):495-500

4 - Lemoine P. Tranquillisants hypnotiques. Vivre avec eux sans? Flammarion Médecine-Sciences 1999;85-101

5 - Collectif. Insomnie. Les traitements cognitifs et comportementaux, alternatives aux médicaments. Prescrire 1998; 18(181):133-5

6 - Holbrook AM et al. The diagnosis and management of insomnia in clinical practice. JAMC 2000;162 (2):216-220

**Mots clé:** sommeil, insomnie, hypnotique, benzodiazépine

*Numéro 175 du 2 mars 2000*