

Bon usage du médicament

Arsenal thérapeutique

Pour l'insomnie primaire

D'après les [guidelines européennes de 2023 \[14\]](#) :

- **1ere intention : Prise en charge non médicamenteuse :**
- **Thérapie cognitivo-comportementale** (grade A) avec restriction du sommeil en journée et contrôle des stimuli
- **Luminothérapie et exercice physique** (grade B)

- **2eme intention : Prise en charge médicamenteuse :**

Pour l'insomnie à court terme :

- **Benzodiazépines et apparentés (Z-drugs) :** Recommandés pour un traitement à court terme (≤ 4 semaines) – (grade A) avec contrat de traitement.
- **Antidépresseurs sédatifs à faible dose** (ex: Mirtazapine) : Peuvent être envisagés à court terme, mais nécessitent une évaluation prudente des contre-indications (grade B)

Pour l'insomnie à court ou long terme :

- **Antagonistes des récepteurs de l'orexine “DORA”** (ex : Daridorexant) : peuvent être utilisés pour une période allant jusqu'à 3 mois ou plus longtemps dans certains cas (grade A)

 **ZOOM sur le Daridorexant QUVIVIO®. d'après l'avis HAS 2023 [13] :**

- Son **effet est modeste** : bénéfice limité avec seulement une petite amélioration du sommeil : +10 à +25 min de sommeil total subjectif, et -5 à -23 min d'éveil nocturne vs placebo.
- Pas de démonstration du maintien de l'effet à long terme.
- Il peut provoquer des effets indésirables comme des cauchemars et paralysies du sommeil.
- Il existe aussi un **risque d'interactions** avec les médicaments inhibiteurs et inducteurs du CYP3A4. Il est lui même inhibiteur léger du 3A4.
- Actuellement, pas de signalement sur l'accoutumance, la dépendance, le syndrome de sevrage ou le rebond d'insomnie à l'arrêt car il existe **peu de recul**.

PS : Bien qu'il existe des études post-commercialisation sur les sujets âgés qui montrent le bénéfice d'autres antagonistes des récepteurs de l'orexine (Suvorexant, Lamborexant), ces derniers ne sont pas autorisés en France à ce jour.

Pour l'anxiété

- **1ere intention : Prise en charge non médicamenteuse :**
- Thérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie, relaxation, respiration, hypnose
- **2ème intention : Prise en charge médicamenteuse :**
- En cas d'anxiété chronique, les **antidépresseurs** sont les traitements de choix pour la prise en charge de fond
- **Benzodiazépines** pour le traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes avec contrat de traitement (≤ 12 semaines) .



Les **antihistaminiques** et les **antipsychotiques** ne sont pas recommandés en raison du niveau de preuve insuffisant ou du risque d'effets indésirables.

CÔTÉ PHYTOTHÉRAPIE :

Les spécialités à base de plantes ont un niveau de preuve insuffisant pour le traitement de l'insomnie et l'anxiété.
Une attention sera portée sur le risque d'interactions médicamenteuses (Base de données interaction médicaments & plantes - [HEDRINE](#)).

N'hésitez pas à demander conseil auprès d'un pharmacien.

ZOOM pour les patients atteints de Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies neurocognitives d'après l'avis SFGG/FCM/SF3PA 2024 [15] :

Autres traitements des troubles du sommeil type insomnie :

- **Rythme circadien :**

La **luminothérapie** (2500 à 10000 Lux) pourrait être utilisée pour améliorer le rythme circadien, la somnolence diurne, la qualité de sommeil. En cas d'impossibilité d'accéder à la luminothérapie, les experts recommandent au minimum de la **photothérapie** (exposition à la lumière naturelle) avec les mêmes exigences de durée que pour la luminothérapie : session d'1h à 2h ; durant 10 à 60 jours.

- **Insomnie par trouble de l'endormissement et qualité du sommeil :**

En fonction du contexte (ex : douleurs associées), l'essai d'**antalgiques de palier 1** avant le coucher peut représenter une alternative intéressante.

- **Temps total de sommeil et maintien du sommeil :**

L'utilisation de la **Mirtazapine** dans un contexte de troubles de l'humeur (+/- anorexie) compliqués d'un trouble du sommeil (maintien) peut se discuter si DFG > 40 ml/min.

ZOOM sur la Mélatonine

Elle peut avoir une place en cure courte sur 3 à 12 semaines :

- chez les patients atteints de troubles neurocognitifs et présentant des **troubles du comportement en sommeil paradoxal (TCSP)**
- chez les patients avec **troubles neurocognitifs majeurs** sur la qualité de sommeil et la régulation du rythme jour/nuit, aux doses de 2 à 5 voire 10 mg

- **Dépression et anxiété**

En fonction des antécédents, des pathologies associées et des effets indésirables :
1- Les antidépresseurs sérotoninergiques, Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) sont les plus recommandés. Parmi, ces IRS, les plus recommandés sont la **sertraline**, l'**escitalopram** et le **citalopram**.
2- Lorsque l'épisode dépressif caractérisé avec des symptômes anxieux sévères résiste à la prescription d'un traitement de première ligne à doses suffisantes ou bien que celui-ci n'a pas été toléré, il est classique de prescrire un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) comme la **venlafaxine**
3- La **mirtazapine** est aussi recommandée lorsque les symptômes prédominants de dépression sont les troubles du sommeil et/ou une perte de poids

- **Agitation anxieuse**

En fonction des antécédents, des pathologies associées et des effets indésirables :
A utiliser selon l'ordre ci-dessous et après un traitement à posologie optimale pendant une durée d'au moins 6 semaines pour juger de leur efficacité :
1- **Citalopram** jusqu'à 20 mg (ou escitalopram jusqu'à 10 mg)
2- **Sertraline** à la posologie maximale de 200 mg
3- **Venlafaxine ou Mirtazapine**
4- trazodone à la posologie maximale de 300 mg (en 2 ou 3 prises par jour) peut être discutée
5- Les antipsychotiques (AP) sont réservés à certaines situations : agitation anxieuse très sévère (agressivité, hallucinations, idées délirantes) ou avec un retentissement majeur. Les AP atypiques seront privilégiés, les molécules recommandées dans cette situation sont : aripiprazole de 5 à 10 mg ou quétiapine LP 50 à 150 mg par jour.

POUR ALLER PLUS LOIN



Nouvelles recommandations pour la prise en soins des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies neurocognitives