

TROUBLE DU SOMMEIL

chez la personne âgée

Alex Desautels, MD, PhD

Directeur, Clinique des troubles du sommeil, HSCM

Chef, Service de neurologie CIUSSS-NIM

Professeur, Université de Montréal



Centre d'études avancées
en médecine du sommeil



HSCM

HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL

Doués pour la vie

Université 
de Montréal

Conflits d'intérêts potentiels

Octrois de recherche

- Jazz Pharma, Flamel Ireland, Canopy Growth
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Heart and Stroke Foundation, American Academy of Sleep Medicine

Comités consultatifs

- UCB, Eisai, Jazz Pharma, Paladin labs

Conférencier

- Sunovion, Eisai, Paladin labs

***Les honoraires sont versés aux étudiants
gradués du CEAMS***

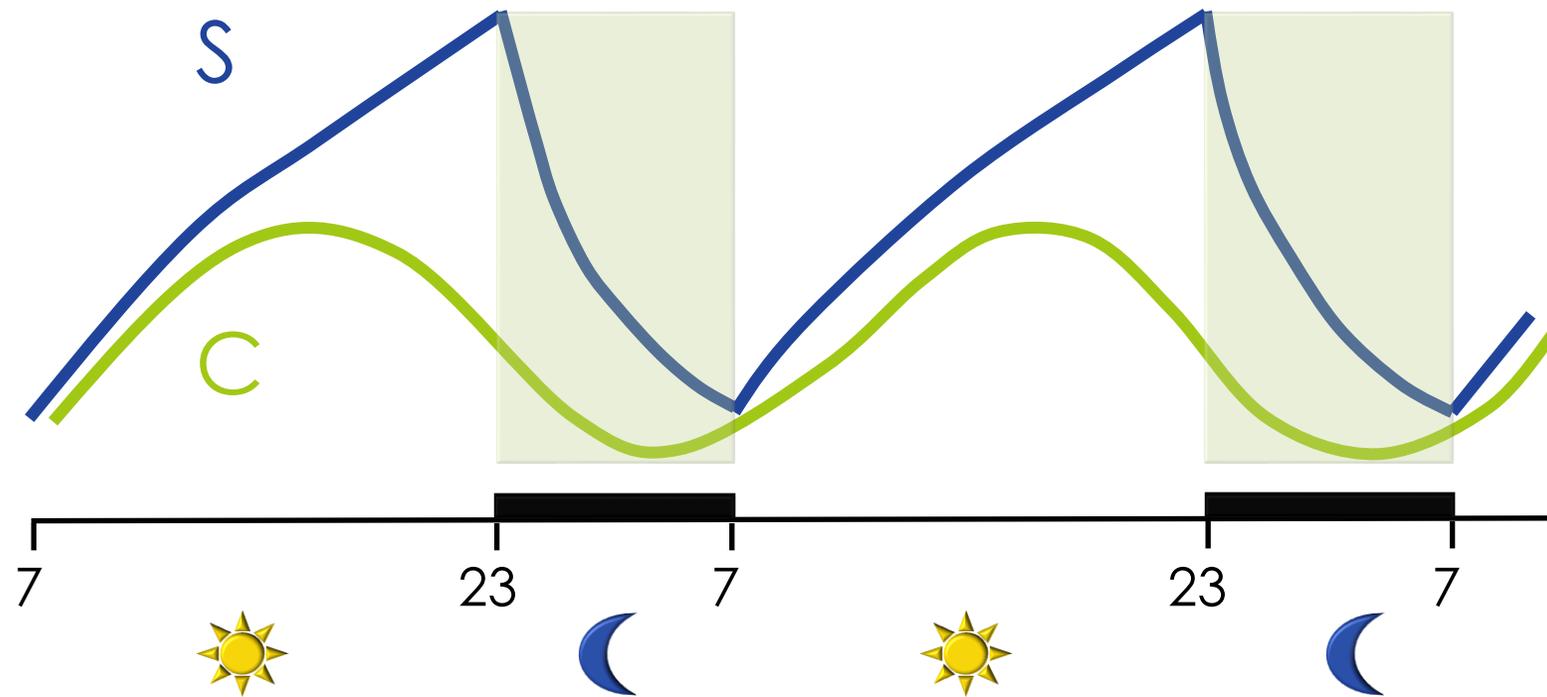
Objectifs de la présentation

- Évaluer l'insomnie du patient âgé
- Proposer un diagnostic différentiel adapté
- Planifier un traitement sécuritaire et personnalisé en fonction des comorbidités



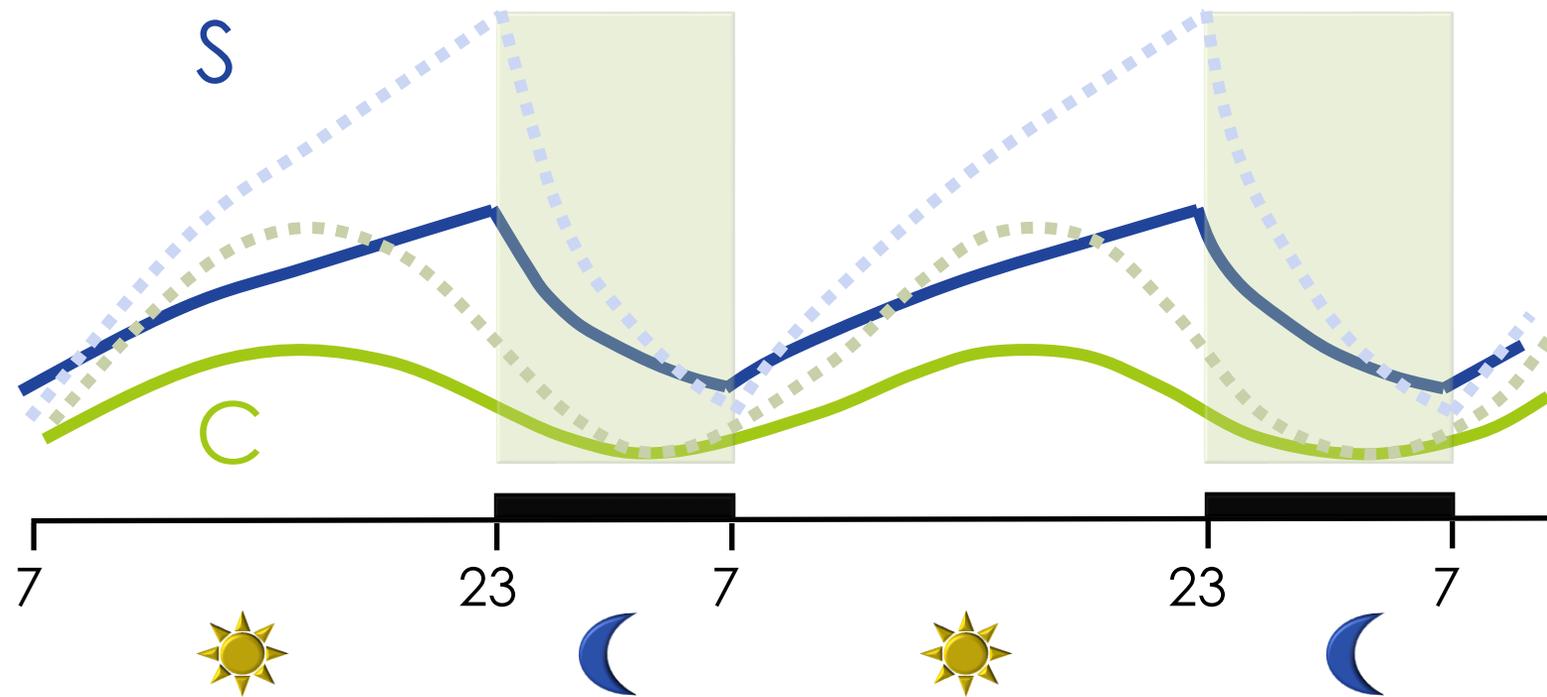
Changements liés à l'âge

Rythmes veille-sommeil



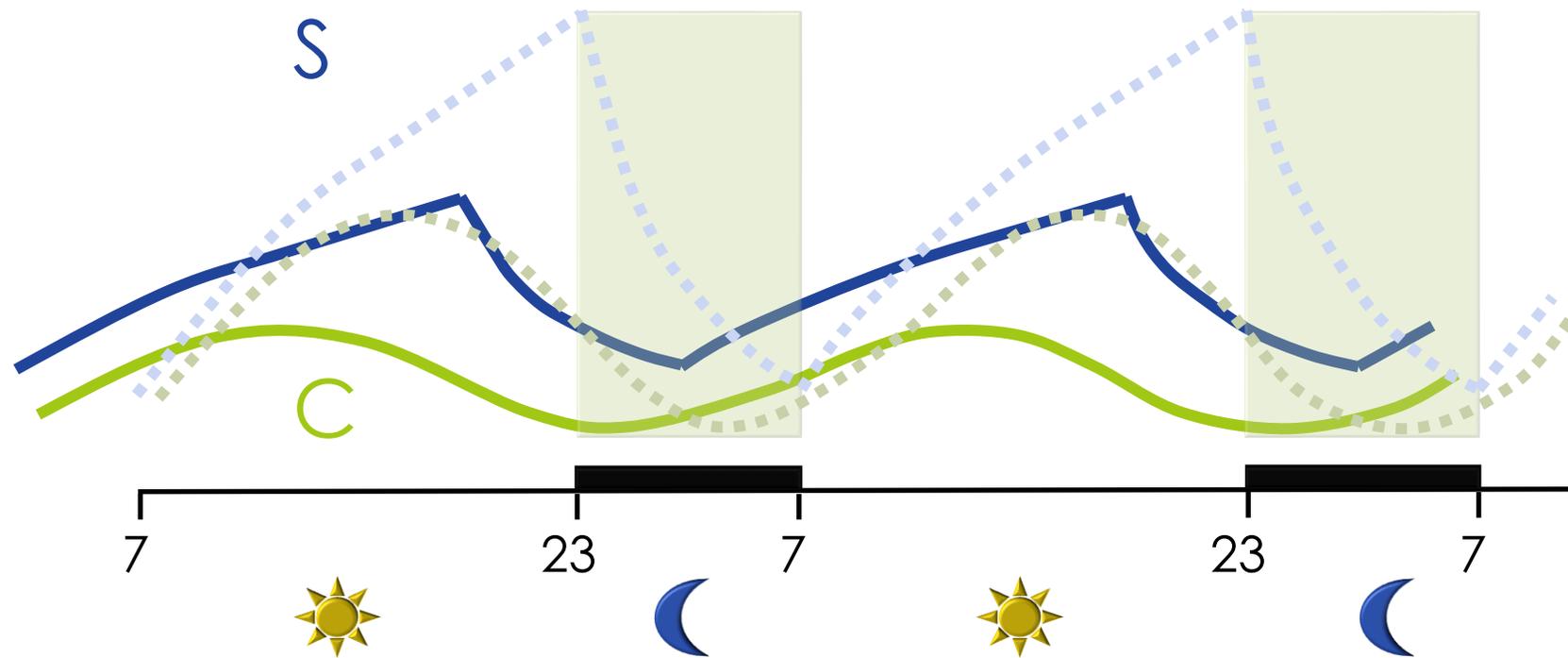
Changements liés à l'âge

Rythmes veille-sommeil



Changements liés à l'âge

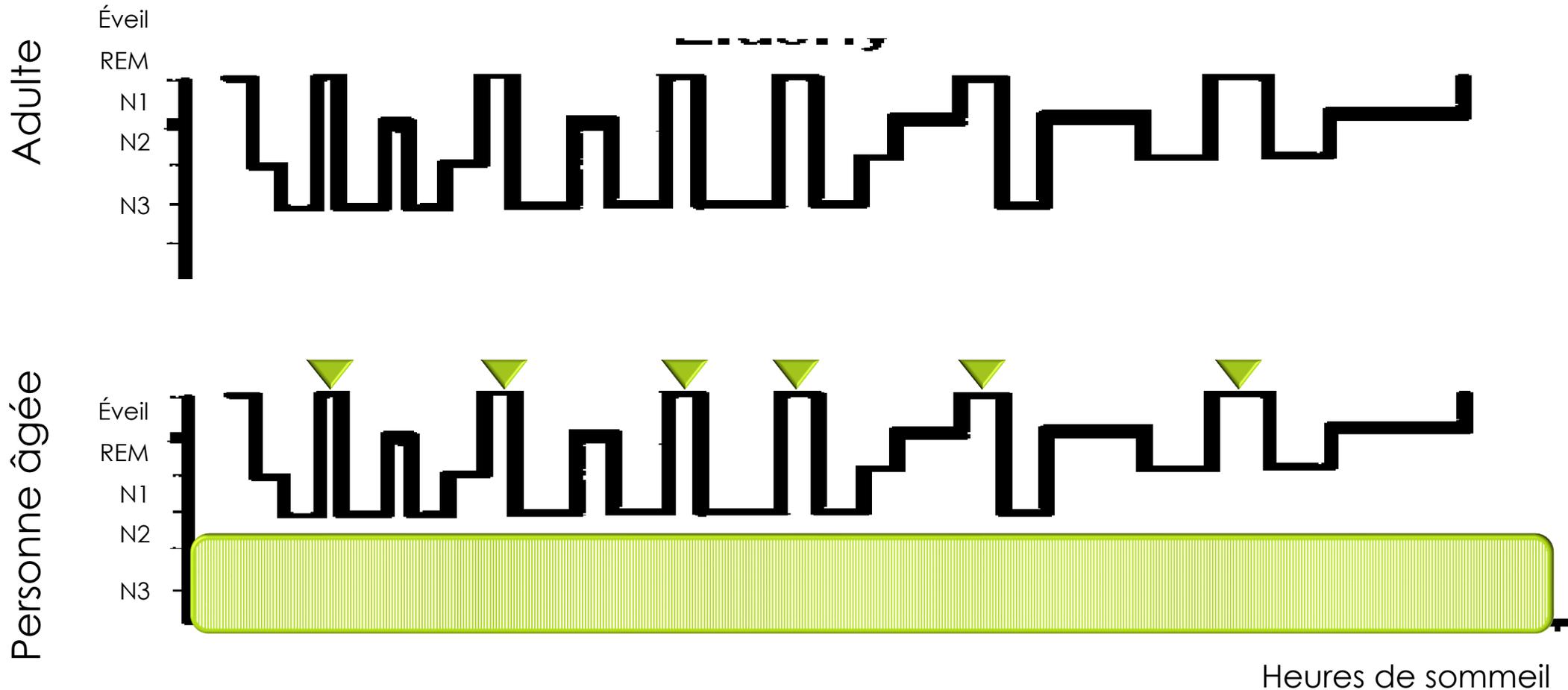
Rythmes veille-sommeil



Changements liés à l'âge

Architecture du sommeil

Ces changements débutent dès... l'âge... moyen



Définition

L'insomnie ≠ quantité spécifique de sommeil mais une perception altérée

Symptomatologie nocturne

- ▣ Difficulté d'initiation
- ▣ Difficulté de maintien
- ▣ Éveil précoce
- ▣ Résistance à aller au lit
- ▣ Difficulté à dormir sans un parent

Symptomatologie diurne

- ▣ Fatigue
- ▣ Inattention
- ▣ ↓ Performances
- ▣ Irritabilité/tr. humeur
- ▣ Hyperactivité
- ▣ Somnolence
- ▣ céphalée
- ▣ préoccupations liées au sommeil
- ▣ Circonstances adéquates favorisant le sommeil

insomnie

25-50% des personnes âgées (>65A)

- ▣ Initiation > maintien > terminale
- ▣ Insomnie comorbide chez >90%
 - ▣ Amélioration chez >50% avec correction des comorbidités

25-30% des personnes atteintes de démence

- ▣ Implications pour le patient et les aidants
- ▣ Facteur de risque indépendant de chute
 - ▣ [OR]=1.52 (CI 1.38 to 1.66)¹
- ▣ Peut mener à épuisement et parfois à une relocalisation

Diagnostics différentiels et insomnie comorbide

- ▣ Douleurs chroniques
- ▣ Arthrose
- ▣ Insuffisance cardiaque
- ▣ MPOC
- ▣ Nycturie
- ▣ Diabète
- ▣ Médication
- ▣ Syndrome jambes sans repos
- ▣ Apnée du sommeil
- ▣ Trouble comportemental en sommeil paradoxal
- ▣ Crampes nocturnes
- ▣ Dépression, troubles anxieux
- ▣ Alcool, caféine

L'insomnie doit alors être considérée comme une condition nosologique distincte et non comme une conséquence de la maladie

Objectifs du traitement de l'insomnie

Améliorer la qualité du sommeil

Diminuer les conséquences diurnes

Traitements

Approche non-pharmacologique

Thérapie cognitivo-comportementale ciblée sur l'insomnie (TCCi)

LE meilleur traitement pour l'insomnie

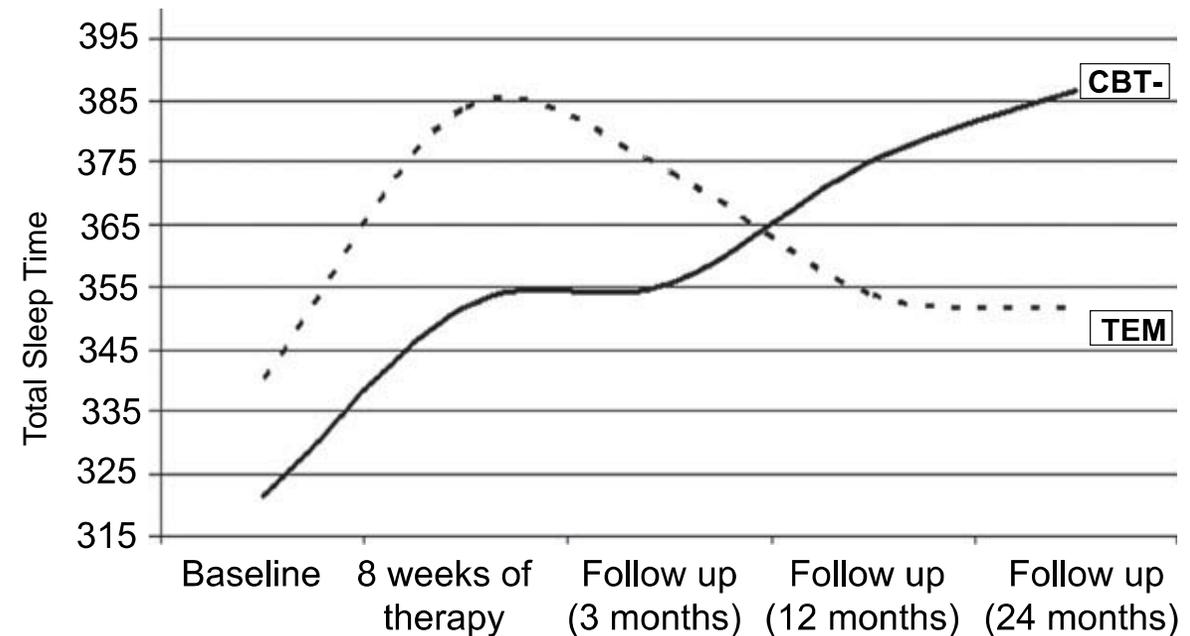
Effets aigus comparables aux hypnotiques

Effets à long terme maintenus

- ▣ Population gériatrique
- ▣ Insomnie comorbide

Capacités cognitives sollicitées

- ▣ Non étudié en démence
- ▣ MCI probablement candidat



Principes de la TCCi

▣ Restriction de sommeil

- ▣ But: obtenir un sommeil plus consolidé
- ▣ Limitation du temps de sommeil
 - ▣ Création d'une privation de sommeil



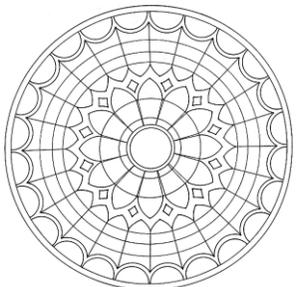
▣ Contrôle du stimulus et relaxation

- ▣ But: diminuer l'appréhension envers l'endormissement
- ▣ Se coucher que lorsque somnolent
- ▣ Se lever après 20min d'insomnie



▣ Stratégies cognitives

- ▣ But: restructurer les pensées distordues et attentes irréalistes
 - ▣ Ex. besoin de 8h de sommeil; « essayer » de dormir; demeurer alité au matin



▣ Hygiène de sommeil

- ▣ Éviter en soirée: stimulants, alcool, écrans lumineux
- ▣ Exercice régulier le jour et limité en soirée

Approche non-pharmacologique

Évaluer et traiter les comorbidités

Réviser la médication

- ▣ Impact nocturne et diurne
- ▣ Optimiser le moment d'administration
- ▣ Bêtabloqueurs (timolol), AChEI, antidépresseurs, théophylline, analgésiques,...

Siestes

- ▣ Fréquent chez >50% population gériatrique
 - ▣ ↓ Pression homéostatique → ↓ dette de sommeil
- ▣ Éviter vs courtes et avant 14h

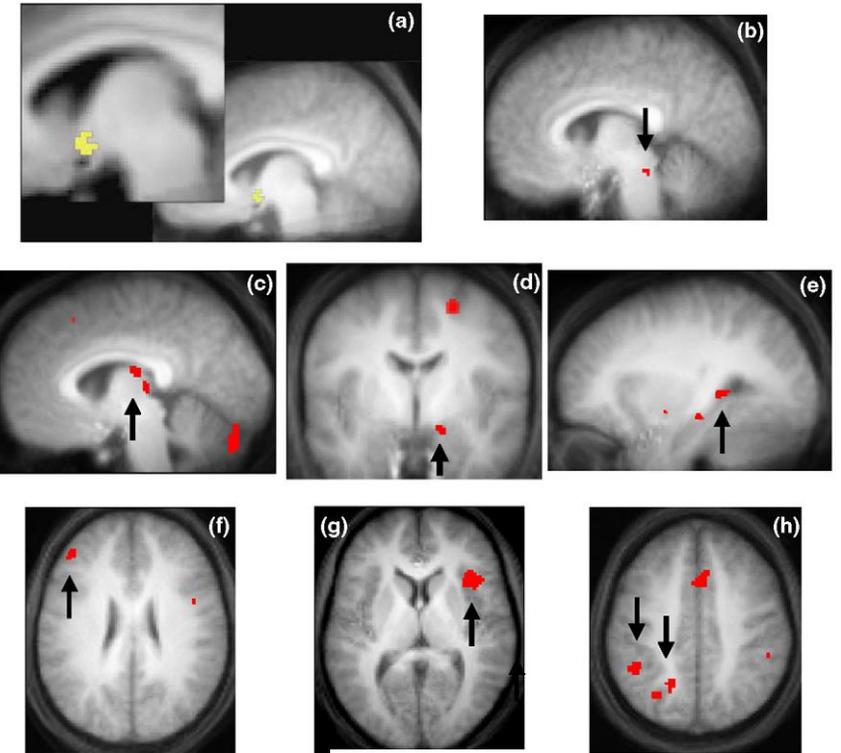
Approche non-pharmacologique

Exposition à la lumière

- ▣ CHSLD <60min par jour
- ▣ Exposition aiguë
 - ▣ ↓ somnolence
 - ▣ ↑ vigilance et l'humeur
 - ▣ ↑ cognition
- ▣ 2h lumière vive >3000 lux
 - ▣ Effet démontré en Parkinson et DTA

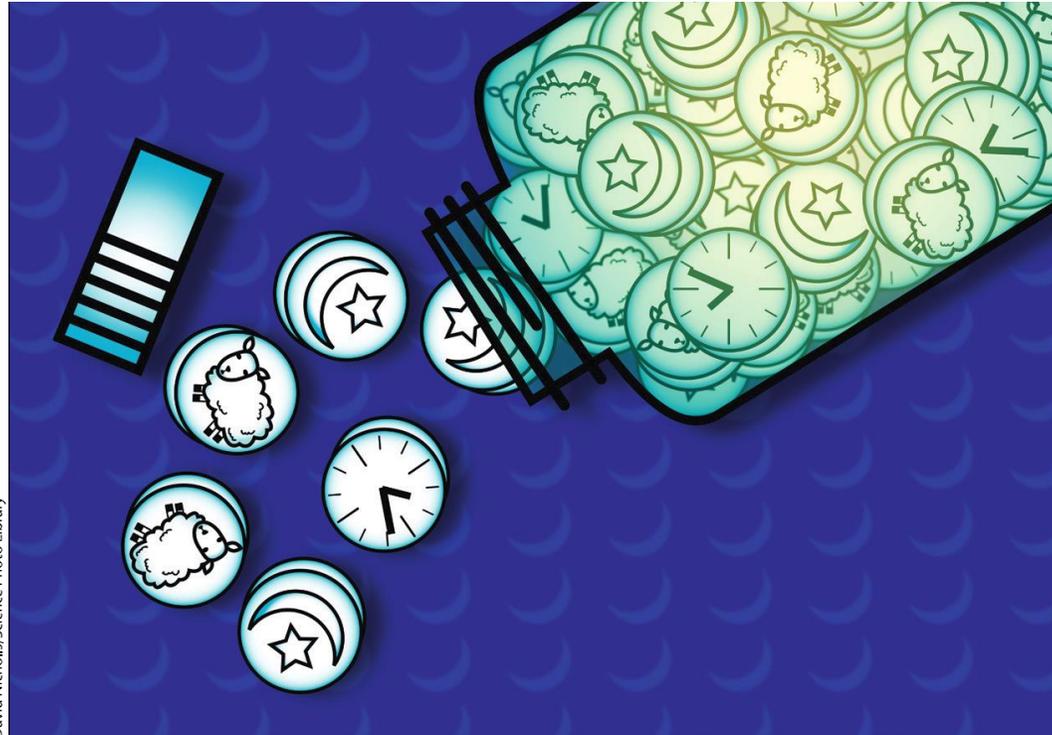
Synchroniser les horloges périphériques

- ▣ Repas réguliers
- ▣ Favoriser les interactions sociales



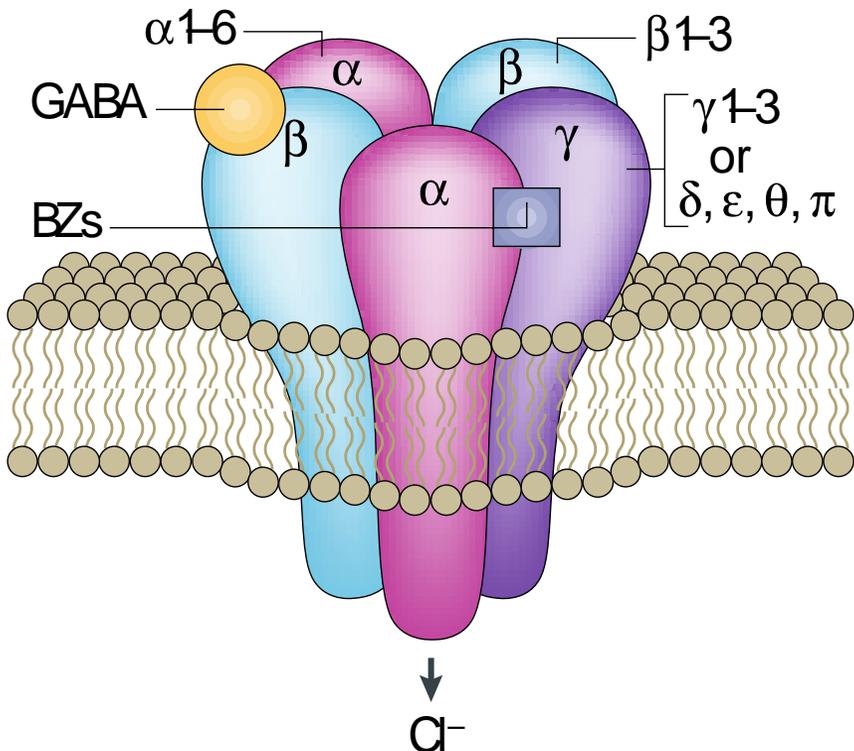
Traitements

Approche pharmacologique

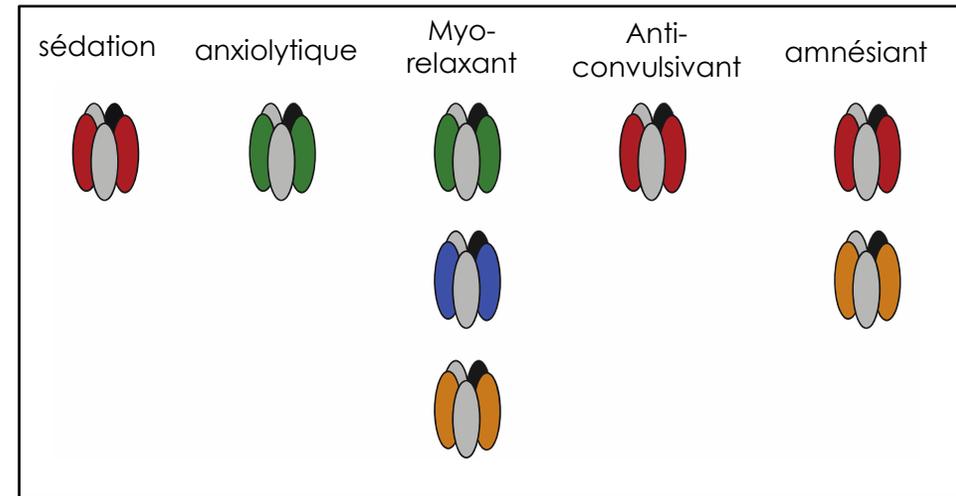
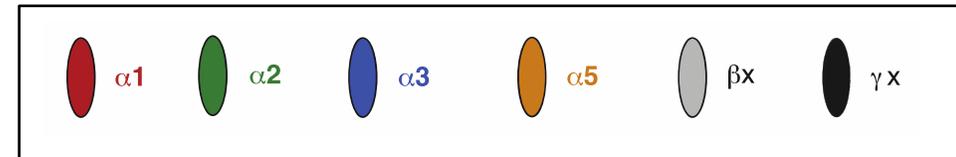


Agonistes des récepteurs BZDs (ARBz)

- Benzodiazépines et non-benzodiazépines
- Modulateurs allostérique du récepteur GABA-A



Jacob et al., Nat Rev Neurosci 2008



Modifié de Tan et al., TINS 2011

Benzodiazépines et non-benzodiazépines

Effet de classe

- ▣ Sédatif et amnésique
- ▣ Benzo >> non-benzo: Myorelaxant; Anticonvulsivant; Anxiolytique

Effets secondaires chez la personne âgée

- ▣ Somnolence résiduelle
- ▣ Chutes et fractures de hanche
- ▣ Effets cognitifs
 - ▣ OR=4.78 (CI 1.47 to 15.47)
- ▣ Amnésie rétrograde
- ▣ Insomnie de rebond
- ▣ ↑ apnées
- ▣ Potentiel d'abus/dépendance

Risques vs bénéfices

- ▣ NNT=13
- ▣ NNH=6 (fatigue, céphalée, étourdissements, inconfort GI)

Non-Benzodiazépines

Comportements complexes en sommeil

Sleep driving: Sleepwalking variant or misuse of z-drugs?

Mark R. Pressman^{a,b,c,*} 

 Brief Report

Two Cases of Zolpidem-Associated Homicide

Cheryl M. Paradis, PsyD; Lawrence A. Siegel, MD; and Stuart B. Kleinman, MD

*Journal of Clinical
Sleep Medicine*

Zolpidem Ingestion, Automatismes, and Sleep Driving: A Clinical and Legal Case Series

J. Steven Poceta, M.D.

- Somnambulisme, conduite auto
- homicides, noyades, suicides, viols
 - Implications médico-légales
- Facteurs de risque
 - Prise simultanée ROH ou sédatif, apnée du sommeil, histoire de parasomnie, privation de sommeil
- Contre-indiqué si épisodes similaires avec autres non-benzo



U.S. Food and Drug Administration
Protecting and Promoting Your Health

Drug Safety Communications

Benzodiazépines et non-benzodiazépines

Efficace à court terme

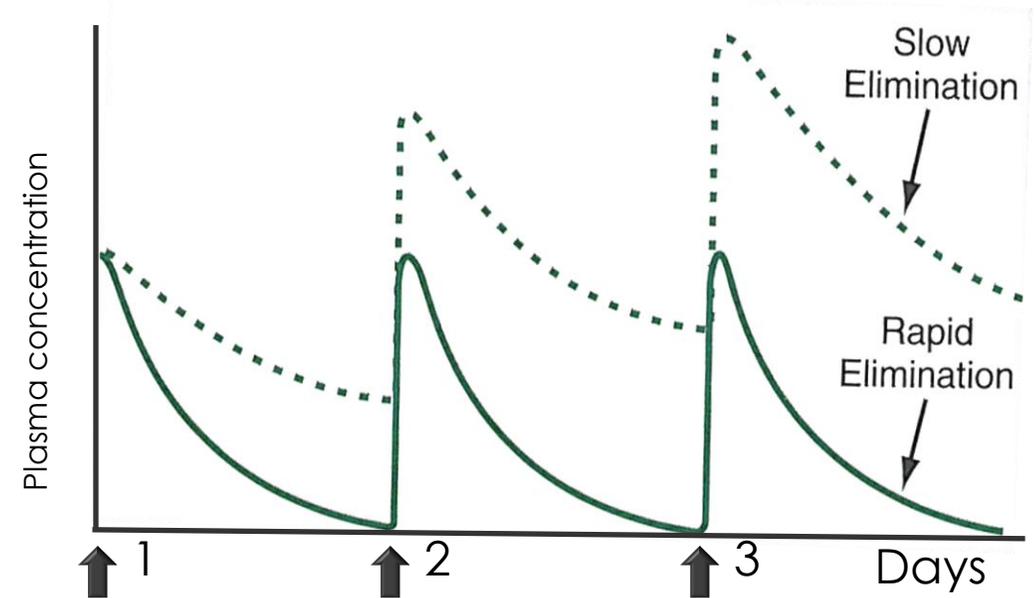
- Dans une populations plus sensible aux effets et plus vulnérable aux conséquences...

Si on le prescrit...

- Insomnie aigue
- Dose minimale et courte 1/2V
- Prise intermittente

Si on le cesse...

- Clarifier les raisons de la prescription initiale
 - Insomnie primaire vs co-morbide...
 - Anxiété... Deuil... sevrage ROH... per-hospitalisation
- Impliquer le patient et les proches
- Potentialiser l'éveil
- ↓ 20-25% q1-2 semaines vs calendrier → aide pharmacien



Non-Benzodiazépines

NON-BENZO	Tmax	Demi-vie	Dose hypnotique	
Zopiclone <i>Imovane</i> ®	< 2 h	5 h 7 h > 65A 8 h : SDMZ	3,75-7,5 mg*	Non remboursé RAMQ
Zolpidem s/l <i>sublinox</i> ®	< 1,4 h (3h si nourriture)	3 h (1,4 - 6,7)	5-10 mg	Non remboursé RAMQ
Eszopiclone <i>Lunesta</i> ®	1 h	6 h 7-9 h > 65A	1-2-3 mg**	Non remboursé RAMQ

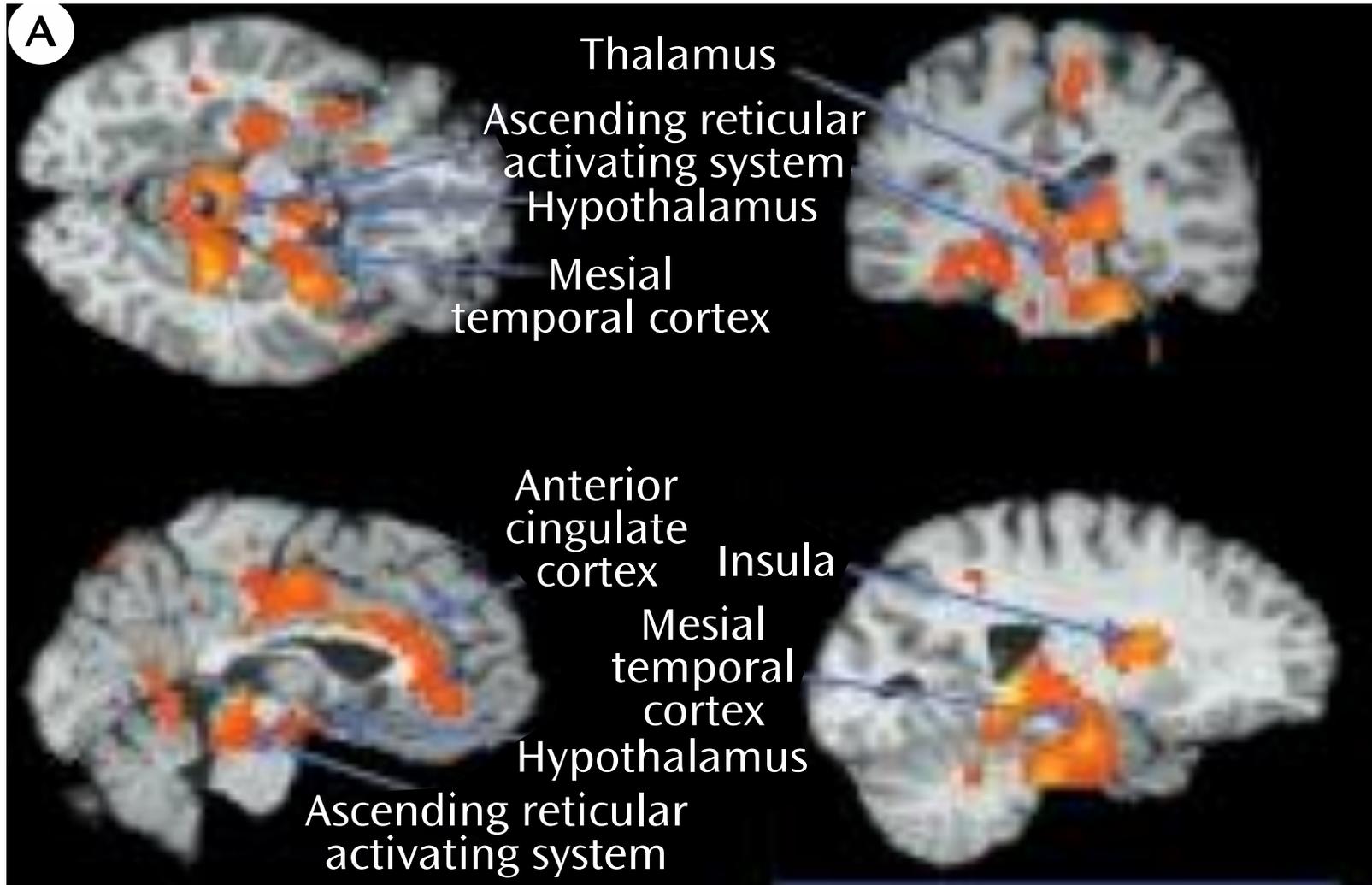
*Santé Canada

- ▣ Dose initiale = 3,75 mg; > 65A ou dysfonction hépatique = max: 5 mg

**FDA

- ▣ Dose initiale = 1mg; >65A ou dysfonction hépatique = max: 2 mg

Insomnie comme état d'hypervigilance



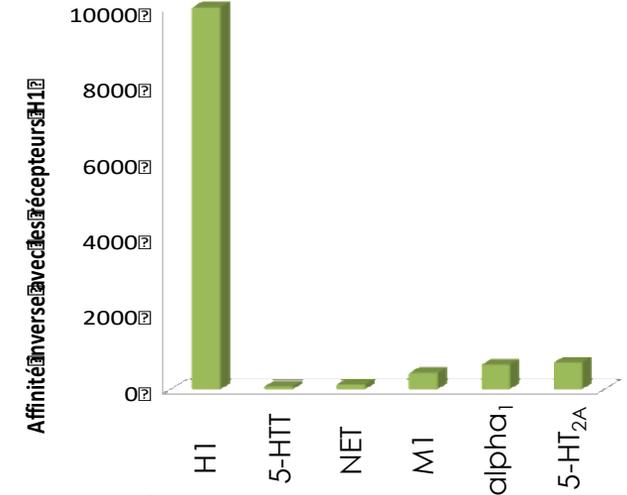
Anti-histaminiques



Anti-histaminiques

Doxepine (Silenor®)

- Antagoniste sélectif des récepteurs H1
- Pas de symptôme d'abus/dépendance
- Pas d'effet anticholinergiques à ≤ 6 mg
- Pas d'effet résiduel cognitif



	adultes ¹			personnes âgées ²	
	Placebo	3 mg	6 mg	Placebo	3 mg
Céphalées	10 %	5 %	0 %	14 %	6 %
Somnolence/sédation	5 %	9 %	8 %	5 %	3 %
Étourdissements	1 %	0 %	0 %	2 %	2 %
Déficit de mémoire	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
Troubles gastro-intestinaux	4 %	4 %	8 %	12 %	6 %
Troubles respiratoires	3 %	1 %	1 %	6 %	5 %
Troubles psychiatriques	1 %	1 %	3 %	1 %	2 %
Sécheresse buccale	0 %	0 %	0 %	2 %	2 %

Antagonistes hypocrétine/orexine (DORAs)

Architecture du sommeil

- ▣ ↓ Latence endormissement et ↑ maintien du sommeil ↑ REM

Population âgée (55-88A) (Lemborexant, Dayvigo®)¹

- ▣ Somnolence
 - ▣ (LEM5=4.1 %; LEM10=7.1 % vs Zolpidem ER 6.23 = 1.5% vs PCB=1.9%)
- ▣ Étourdissements
 - ▣ (LEM5=1.1 %; LEM10=0.7 % vs Zolpidem ER 6.23 = 3.0% vs PCB=1.9%)
- ▣ Peu de données sur les aspects subjectifs de l'insomnie
- ▣ Cauchemar → données de la « vraie vie »

Innocuité (Lemborexant)¹⁻²

- ▣ Peu (?) de somnolence résiduelle (?)
- ▣ Peu/pas de tolérance
- ▣ Pas de sevrage
- ▣ Pas d'insomnie de rebond
- ▣ Préservation
 - ▣ Stabilité posturale
 - ▣ Sécurité automobile³

Antagonistes hypocrétine/orexine (DORAs)

Suvorexant¹ (Belsomra®)

- Approbation Santé Canada novembre 2019 → non commercialisé

Lemborexant² (Dayvigo®)

- Approbation par Santé Canada novembre 2020

Daridorexant³⁻⁴ (Quviviq®)

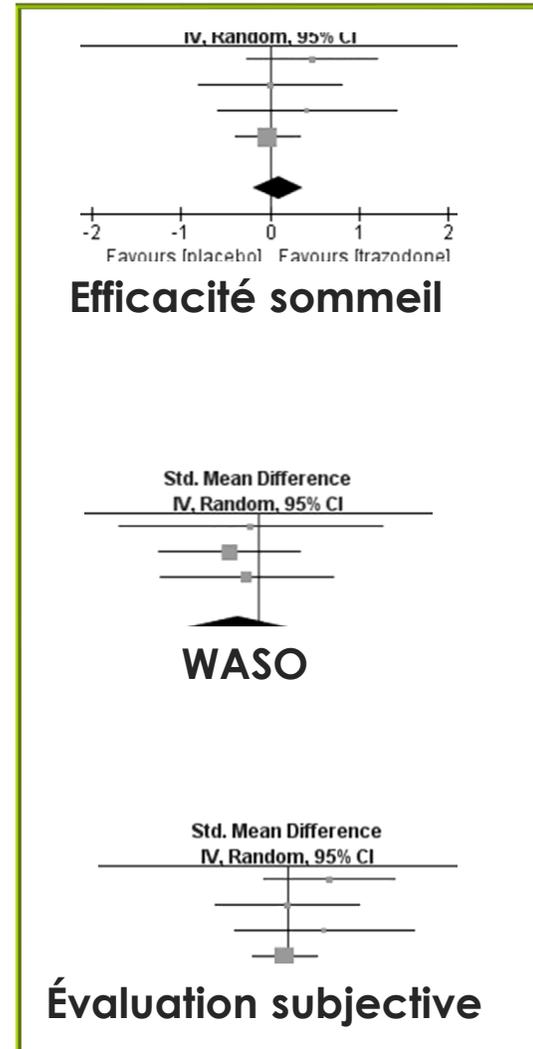
- Approbation FDA janvier 2022 et EMA mars 2022; en révision par Santé Canada
- Disponible EU mai 2022

	Tmax (h)	Demi-vie (h)	Dose hypnotique (mg)*	*Contre-indiqués en narcolepsie
Lemborexant	1-3 Repas: 3-5h	17-19	5-10	5 min HS et > 7 h avant le réveil *insomnie initiation ou maintien* 5-10mg: 1.52\$
Daridorexant	1-2 h Repas: 2-3.5h	8,5 – 9,8 h	25-50	30 min HS et > 7 h avant le réveil *insomnie initiation ou maintien*

¹Michelson et al., Lancet Neurol 2014; ²Rosenberg et al., JAMA neurol 2019; ³Dauvilliers et al., Ann neurol 2020; ⁴Mignot et al. Lancet Neurol 2022,

Antidépresseurs sédatifs

- Surtout étudiés dans l'insomnie comorbide
- Effet sédatif via antagonisme H1, alpha-1 et 5-HT_{2A,C}
- Études limitées en insomnie primaire
 - Nombre, durée, méthodologie, évidences contradictoires
 - Peu de mesures objectives en PSG
 - Amélioration subjective
 - Somnolence résiduelle non-évaluée



Neuroleptiques sédatifs

Données insuffisantes dans l'insomnie primaire¹⁻²

- ▣ Études rétrospectives, non-contrôlées, séries de cas
- ▣ 1 seule ERCDI³...13 patients...2 semaines...
 - ▣ **Quétiapine** (Seroquel®) Antagoniste 5-HT_{2A}; H₁; Alpha-2, D2
 - ▣ **Olanzapine** (Zyprexa®) Antagoniste 5-HT_{2A, 2C-3-6}, M₁, H₁, Alpha-1, D2
- ▣ Non recommandés par les lignes directrices européennes
- ▣ Non mentionnés par les lignes directrices américaines
- ▣ Étude rétrospective 535 patients
 - ▣ 31% sous quétiapine pour insomnie primaire et 13 % avaient > 50 mg⁴

Ne pas utiliser en 1^{re} ni même en 2^e intention en l'absence de comorbidité psychiatrique

Mélatonine

Effet hypnotique peu concluant

- ▣ Études hétérogènes de qualités variables¹
- ▣ ↓ latence sommeil et temps total sommeil (enfants-ado)²
 - ▣ Insomnie primaire et co-morbide

Effet chronotrope démontré

- ▣ Décalage horaire, travailleurs de nuit, troubles circadiens
- ▣ Pas de bénéfice avec majoration des doses
- ▣ Le moment d'administration est déterminant

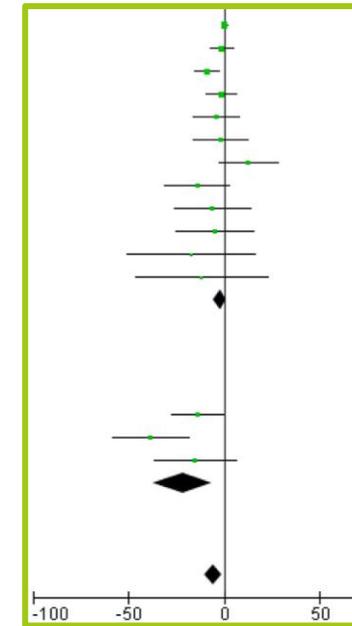
Effets secondaires

- ▣ Rêves vivides

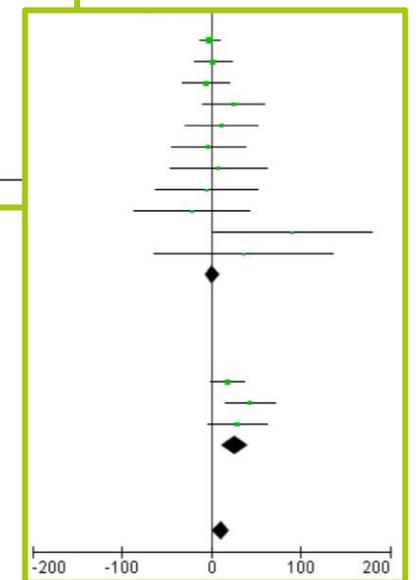
	Tmax (h)	Demi-vie (h)	Dose hypnotique (mg)*
Mélatonine*	0.5-1	0.6-1	0.5-3

* Pas de posologie établie pour l'insomnie

Latence sommeil



Temps total sommeil



Messages clés

Traiter adéquatement les comorbidités

Privilégier les approches non-pharmacologiques

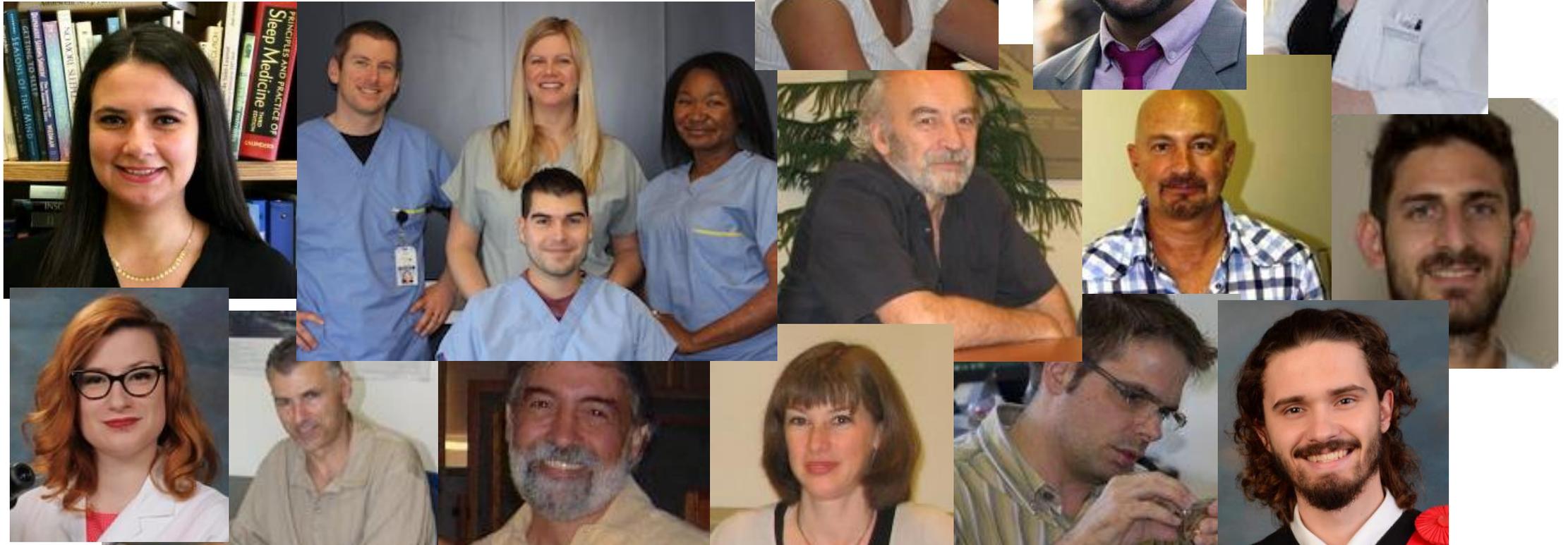
- ▣ Nocturnes et diurnes

Si utilisation d'une médication

- ▣ Utiliser la plus petite dose efficace
- ▣ Favoriser une prise intermittente et transitoire
- ▣ Privilégier les courtes demi-vies
- ▣ Éviter BDZ chez la personne âgée
- ▣ Considérer Doxepine¹, mélatonine ou Lemborexant²



Centre d'études avancées en médecine du sommeil



Questions

