

Benzodiazépines et anxiété

Où est le problème ?

Dr Fatséas
Département d'addictologie

RéNAPSUD, Agir 33, mardi 16 Septembre 2008

Introduction (1)

- Benzodiazépines
 - Médicaments psychotropes les plus utilisés en France et dans le monde
 - 25 à 30 % de la population générale adulte (France)
 - Femmes, personnes de plus de 65 ans
- Action pharmacologique à des degrés variés
 - Hypnotique, anxiolytique, anticonvulsivant, relaxant musculaire

Introduction (2)

- Les indications
 - Troubles du sommeil
 - Anxiété
 - Sevrage alcoolique
 - Sevrage d'autres substances addictives, épilepsie, dyskinésies tardives, douleurs musculaires

Introduction (3)

- Nombreux avantages dans l'anxiété
 - Puissants agents anxiolytiques
 - Action rapide
 - Faible toxicité
 - Peu d'escalades de posologies chez les sujets anxieux

Introduction (4)

- Mais
 - Traitement symptomatique uniquement
 - Risques de l'usage au long cours
 - déficits cognitifs
 - dépression
 - Implication dans les comportements addictifs
 - Le psychotrope pouvant donner lieu à addiction
 - Usage abusif et potentiel addictif propre à ces molécules

Le problème de l'addiction aux BZD

Données de prévalence (1)

- 1961: cas rapportés 1 an après l'introduction du chlordiazépoxyde (Hollister)
- Depuis : accent mis sur les risques de cette consommation
 - surtout dépendance et syndrome de sevrage

Données de prévalence (2)

- Population générale
 - 1,1% en GB (14 % des consommateurs)
 - 2% en France (5% d'usagers au long cours)
- Sujets dépendants aux substances
 - Prévalence élevée
 - > 50 %
 - Attirance marquée pour cette molécule

Données de prévalence (3)

- Mais
 - Données sur la prévalence des symptômes de sevrage à l'arrêt
 - Sevrage non spécifique d'addiction
 - Concerne la plupart des usagers chroniques à dose thérapeutique quotidienne

Données de prévalence (4)

- Addiction
 - Usage compulsif
 - Perte de contrôle
 - Incapacité à réduire la consommation
 - Accumulation de dommages
 - Notion de rechute

Le potentiel addictif des BZD (1)

- Lié à l'effet euphorisant
 - Potentiel addictif < à celui d'autres substances
 - héroïne, cocaïne (Griffiths)
- Variabilité du pouvoir addictif
 - Toutes les BZD n'auraient pas le même potentiel d'abus
 - Différences
 - Pouvoir renforçant positif
 - Effets subjectifs euphorisants

Le potentiel addictif des BZD (2)

- BZD les plus addictives
 - Substances « flash »
 - 1/2 vie courte
 - Exemples
 - Diazépam, alprazolam
 - Mais aussi flunitrazépam
 - Source : études expérimentales, entretiens avec des patients et des professionnels de santé
- BZD moins addictives
 - Oxazépam

Le potentiel addictif des BZD (3)

- Addiction aux BZD rarement primaire
 - Complique souvent dépendance à d'autres substances
 - Si primaire → trouble psychiatrique associé

Quelles solutions en pratique ?

Conduite du sevrage (1)

- Quand décider l'arrêt des BZD
 - Lors d'abus ou de dépendance aux BZD
 - Effets secondaires et complications
 - Possibilité de discuter le sevrage
 - distinction difficile entre les symptômes de sevrage, l'effet rebond et une rechute de la pathologie sous-jacente

Conduite du sevrage (2)

- Substitution avec une BZD à demi-vie longue (Rickels, Scweizer, 1990)
 - Diminue l'intensité des symptômes de sevrage
- Diminution progressive
 - 25 % de la posologie initiale/semaine, sur une période d'un mois
 - Diminue l'impact de la demi-vie
- Plus de 50% des sujets sont sevrés à 5 semaines

Conduite du sevrage (3)

- Diminution rapide lors de la 1ère phase de sevrage
 - 50% de la posologie initiale
- 2de phase peut-être associée à des symptômes plus sévères
 - Possibilité de maintenir la posologie pendant plusieurs mois avant de poursuivre la diminution (Schweizer, Rickels, 1998)

Conduite du sevrage (4)

- Aucune étude n'a démontré l'efficacité d'une molécule en particulier
 - Utilisation du diazépam
 - Propriétés pharmacologiques (demi-vie longue)
 - Profil sédatif
- Absence d'efficacité des traitements adjuvants
 - Carbamazépine, imipramine, buspirone, propranolol, valproate

Conduite du sevrage (5)

- Plusieurs étapes sont recommandées (Rickels, 1999)
 - Relation thérapeutique stable
 - Améliorer initialement tous les patients présentant des symptômes anxieux et dépressifs significatifs
 - Débuter la diminution après amélioration
 - Maintenir à posologie réduite pendant plusieurs mois avant la dernière phase du sevrage

Conduite à tenir (1)

- Usage problématique
 - Critères d'abus ou de dépendance
 - Prescription en vue d'un sevrage progressif
 - Initiée à posologie efficace
 - Sevrage, anxiété
 - craving
 - Utilisation d'une molécule à demi-vie longue
 - Une prise par jour
 - ex: diazépam
 - Délivrance quotidienne contrôlée (perte de contrôle) □

Conduite à tenir (2)

- Usage problématique
 - A l'arrêt
 - surveiller la rechute, craving
 - Si rechutes ou difficultés à l'arrêt
 - Poursuivre la prescription
 - Molécule à demi-vie longue
 - Délivrance contrôlée
 - Monitorer la consommation
 - Sans oublier
 - Prise en charge des autres addictions

Conduite à tenir (3)

- Usage non problématique
 - Confirmer l'indication
 - Poursuite d'un traitement par BZD si
 - Bénéfice thérapeutique
 - Absence de signes d'abus ou de dépendance
 - Choix d'une BZD à faible pouvoir addictif (oxazépam)

Conduite à tenir (4)

- Ne pas oublier
 - Recherche d'un trouble comorbide
 - Evaluation de la motivation
 - Anxiété et dépression
 - Prévalence élevée en population générale
 - Souvent associées à la dépendance aux substances
 - Prise en charge spécifique du trouble comorbide
 - antidépresseur
 - Prise en charge des co-dépendances

