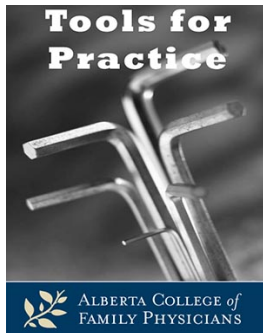


**Tools for Practice** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 3 500 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. [www.acfp.ca](http://www.acfp.ca)

2 mars 2015



## **Agitation liée à la démence : les benzos comme alternative?**

**Question clinique : Les benzodiazépines sont-elles une alternative pharmaceutique raisonnable pour la prise en charge de l'agitation chez les personnes âgées atteintes de démence?**

**Conclusion : De nombreux essais sont anciens, la plupart sont de courte durée ou de petite taille, et leurs résultats sont incohérents. Au mieux, les benzodiazépines semblent équivalentes aux antipsychotiques pour réduire l'agitation à court terme et supérieures au placebo. Si elles sont utilisées, il faut les arrêter le plus tôt possible en raison des effets nocifs potentiels.**

### **Données probantes**

- Huit essais cliniques randomisés (ECR) comparant les benzodiazépines aux antipsychotiques, à un placebo ou à d'autres médicaments :
  - Diazépam par rapport à thioridazine : thioridazine statistiquement meilleure<sup>1</sup>.
    - Évaluation de l'amélioration par le personnel infirmier : 70 % pour la thioridazine par rapport à 15 % pour le diazépam. Nombre de sujets à traiter (NST)=2.
  - Oxazépam par rapport à halopéridol par rapport à diphenhydramine<sup>2</sup> : aucune différence statistique, mais les scores liés au comportement étaient plus faibles pour l'oxazépam.
  - Alprazolam par rapport à halopéridol<sup>3</sup> : les deux traitements ont donné des résultats pires que la situation de départ, mais aucune différence statistique n'a été constatée.
  - Lorazépam par rapport à olanzapine par rapport à placebo<sup>4</sup> : résultats semblables pour l'orazépam (1 mg) et l'olanzapine (5 mg et 2,5 mg) et résultats supérieurs au placebo pour les deux.
    - Amélioration de 40 % sur la PANSS-EC (échelle pour mesurer l'agitation) après deux heures : 72 % pour le lorazépam, de 62 % à 67 % pour l'olanzapine et 37 % pour le placebo. Pour le lorazépam, le NST=3.

- Diazépam par rapport à thioridazine par rapport à placebo<sup>5</sup> : les résultats du diazépam étaient pires que pour ceux de la thioridazine, mais supérieurs à ceux du placebo sur certaines échelles.
  - Amélioration d'un point sur une échelle d'anxiété : 65 % pour le diazépam, 77 % pour la thioridazine et 42 % pour le placebo.
- Oxazépam par rapport à placebo<sup>6</sup> : meilleurs résultats avec l'oxazépam.
  - Réaction clinique équivalant à une « amélioration modérée » : oxazépam, NST=2.
- Oxazépam par rapport à placebo<sup>7</sup> : meilleurs résultats avec l'oxazépam.
  - Réaction clinique équivalant à une « amélioration légère » ou mieux : oxazépam, NST=5.
- Témazépam par rapport à lorazépam<sup>8</sup> : aucune différence statistique.
- Limites<sup>1-8</sup> : faible description des méthodes (p. ex. manque de clarté concernant la randomisation), courte durée pour la plupart (d'une journée à 12 semaines), petit échantillon (100 patients ou moins), perte de plus de 25 % au suivi pour bon nombre, financement non clair ou fourni par l'industrie pour bon nombre, etc.
- Effets nocifs : mauvais signalement des effets nocifs. Sédation faible ou modérée : lorazépam (10,3 %) par rapport à 5 mg d'olanzapine (4,2 %) par rapport à 2,5 mg d'olanzapine (3 %) par rapport au placebo (3 %) <sup>4</sup>.

### Contexte

- L'agitation ou les troubles comportementaux sont très courants (jusqu'à 75 %) chez les patients des foyers de soins<sup>9</sup>.
- Les benzodiazépines sont associées à des événements indésirables, notamment les chutes (augmentation relative de 57 %) et les fractures (augmentation relative de 34 %). D'autres médicaments, comme les antidépresseurs et les antipsychotiques sont associés à des risques semblables de ces événements indésirables<sup>10,11</sup>.
- Les lignes directrices concernant le traitement de l'agitation chez les patients atteints de démence varient<sup>9</sup> :
  - Certaines (p. ex. celles de la Colombie-Britannique) déconseillent les benzodiazépines en raison des événements indésirables.
  - D'autres (p. ex. celles de l'American Psychiatric Association et du NICE au Royaume-Uni) suggèrent d'envisager les benzodiazépines à courte durée d'action au besoin pour l'agitation non fréquente.

### Auteurs

Rita McCracken, M.D., CCMF, Ph. D. (étudiante), et G. Michael Allan, M.D., CCMF

### Divulgateion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

### Références

1. Covington JS, South Med J, 1975, 68 : 719-724.
2. Coccaro EF, Kramer E, Zemishlany Z, *et al.*, Am J Psychiatry, 1990, 147 : 1640-1645.
3. Christensen DB, Benfield WR, J Am Geriatr Soc, 1998, 46 : 620-625.
4. Meehan KM, Wang H, David SR, *et al.*, Neuropsychopharmacology, 2002, 26 : 494-504.
5. Stotsky B, Clin Ther, 1984, 6 : 546-559.
6. Beber C, Dis Nerv Syst, 1965, 26 : 591-595.
7. Sanders JF, Geriatrics, 1965, 20 : 739-746.
8. Ancill RJ, Carlyle WW, Liang RA, *et al.*, Int Clin Psychopharmacol, 1991, 6 : 141-146.

9. McIntosh B, Clark M, Spry C, Ottawa, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, 2011. Sur Internet : [http://www.cadth.ca/media/pdf/M0022\\_Benzodiazepines\\_in\\_the\\_Elderly\\_L3\\_f.pdf](http://www.cadth.ca/media/pdf/M0022_Benzodiazepines_in_the_Elderly_L3_f.pdf) (consulté le 8 décembre 2014).
10. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, *et al.*, Arch Intern Med, 2009, 169 : 1952-1960.
11. Takkouche B, Montes-Martínez A, Gill SS, *et al.*, Drug Saf, 2007, 30 : 171-184.

**Tools for Practice** est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique.

L'ACFP appuie la publication et la diffusion des articles de la bibliothèque Tools for Practice depuis 2009. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sans frais supplémentaires sur le [site Web de l'ACFP](#).

**Vous pouvez maintenant accumuler des crédits sur le site Tools for Practice!** En août 2014, l'ACFP a lancé [GoMainpro, un outil d'agrément en ligne](#) destiné à faciliter l'agrément MAINPRO® de la bibliothèque Tools for Practice de l'ACFP, qui a été agréée par le Collège des médecins de famille du Canada pour les crédits Mainpro-M1. La combinaison du programme d'entrée directe du Collège des médecins de famille du Canada et des caractéristiques de suivi et d'établissement de rapports de GoMainpro fournit un moyen facile et commode d'accumuler les crédits Mainpro-M1.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.