



Traitement des cauchemars causés par le TSPT : la prazosine, un rêve devenu réalité?

QUESTION CLINIQUE

À quel point la prazosine est-elle efficace contre les cauchemars liés au trouble de stress post-traumatique (TSPT)?

CONCLUSION

Chez les patients atteints de TSPT, la prazosine est susceptible de réduire les symptômes de cauchemar de 1 à 3 points (sur une échelle de 0 à 8), mais n'améliore pas systématiquement la qualité du sommeil par rapport au placebo sur une période de 6 à 26 semaines. Lorsqu'elle est titrée graduellement, la prazosine est bien tolérée, mais plus de patients ont la bouche sèche (16 % par rapport à 4 %) et éprouvent des étourdissements (47 % par rapport à 39 %) par comparaison avec le placebo.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Sept revues systématiques (de 5 à 11 essais cliniques randomisés [ECR]; de 441 à 796 patients)¹⁻⁷ publiées au cours des cinq dernières années et ayant évalué la prazosine par rapport à un placebo. Après 6 à 26 semaines :

- Cauchemars :
 - Sept revues systématiques : Toutes ont fait état d'améliorations statistiquement significatives au moyen de différents paramètres.
 - Exemple : score des cauchemars troublants (de 0 à 8 points, plus le score est faible, meilleur il est⁸; score d'environ 6 au départ) :
 - ECR⁸⁻¹⁴ : La prazosine est meilleure (amélioration de 1,5 à 2,9 points) selon quatre des sept ECR, tandis que les trois autres ne rapportent aucune différence.
- Qualité du sommeil :
 - Cinq revues systématiques : Trois ont montré des améliorations statistiquement significatives, ce qui n'est pas le cas des deux autres.
 - Exemple : score de qualité du sommeil le plus souvent utilisé (de 0 à 21 points, plus le score est faible, meilleure est la qualité du sommeil; score d'environ 11 à 15 au départ; changement cliniquement significatif : de 2,5 à 3 points)^{15,16} :
 - ECR^{8,9,11-13,17,18} : La prazosine est meilleure (amélioration de 2,4 à 4,9 points) selon quatre des sept ECR, tandis que les trois autres ne rapportent aucune différence.
- Événements indésirables :
 - Abandons à cause d'événements indésirables : aucun signalement.
 - Sécheresse de la bouche⁶ : 15,6 % par rapport à 4,0 % (placebo); nombre nécessaire pour nuire (NNN) = 8. Étourdissements⁶ : 46,4 % par rapport à 38,8 % (placebo), NNN = 13.
- Limites : Différences au niveau des patients inscrits (exemple : du TSPT léger aux idées suicidaires), des paramètres évalués, des taux d'abandon (de 0 à 70 %) et de l'ampleur de l'effet du traitement. Le plus grand ECR réalisé auprès de patients dont le TSPT était cliniquement stable n'a rapporté aucune différence⁸.

CONTEXTE

- Quatre-vingt pour cent des patients atteints de TSPT ont signalé des cauchemars traumatiques au cours des trois premiers mois. Les symptômes disparaissent chez environ la moitié des patients plusieurs mois plus tard^{3,20}.
- Posologie utilisée lors des ECR : 1 mg de prazosine au coucher pour commencer, puis titration tous les deux ou trois jours ou chaque semaine pour réduire au minimum les événements indésirables, en particulier l'hypotension orthostatique^{8-14,17,18}. Doses moyennes prises durant les ECR : environ 5 à 15 mg par jour (au coucher ou en doses fractionnées).
- Les lignes directrices recommandent ce qui suit :
 - En plus de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) axée sur les traumatismes pour le traitement général du TSPT (recommandation forte)^{19,21}, certaines recommandent des types précis de TCC (p. ex., la thérapie de répétition d'images²⁰) pour les personnes souffrant de cauchemars post-traumatiques.
 - La prazosine peut servir au traitement des cauchemars associés au TSPT (recommandation faible)^{19,20}.

RÉFÉRENCES

1. Lappas AS, Glarou E, Polyzopoulou ZA et al. J Sleep Med. 2024 Jul;119:467-479.
2. Skeie-Larsen M, Stave R, Grønli J et al. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 31;20(1):777.
3. Zhang Y, Vitiello MV, Yang L et al. Neurosci. Biobehav Rev. 2022 Aug;139:10417.
4. Reist C, Streja E, Tang CC et al. CNS Spectr. 2021 Aug;26(4):338-344.
5. Yücel DE, van Emmerik AAP, Souama C et al. Sleep Med Rev. 2020 Apr;50:101248.
6. Zhang Y, Ren Rong, Sanford LD et al. Sleep Med. 2020 Mar;67:225-231.
7. Huang C-Y, Zhao Y-F, Zhang Z-X et al. Ann Med 2024 Dec; 56:1(2381696).
8. Raskind MA, Peskind ER, Chow B et al. N Engl J Med 2018 Feb 8;378(6):507-517.
9. Petrakis IL, Desai N, Gueorguieva R et al. Alcohol Clin Exp Res. 2016 Jan;40(1):178-186.
10. Raskind MA, Peskind ER, Kanter ED et al. Am J Psychiatry. 2003 Feb;160(2):371-373.
11. Raskind MA, Peskind ER, Hoff DJ et al. Biol Psychiatry. 2007 Apr 15;61(8):928-934.
12. Raskind MA, Peterson K, Williams T et al. Am J Psychiatry. 2013;170(9):1003-1010.
13. NCT00202449. ClinicalTrials.gov. Lien : <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00202449>. Consulté le 4 décembre 2024.
14. Taylor FB, Martin P, Thompson C et al. Biol Psychiatry. 2008 Mar 15;63(6):629-632.
15. Park BK. Child Health Nurs Res. 2020 Jan;26(1):55-63.
16. Qin Z, Zhu Y, Shi DD et al. BMC Med Res Methodol. 2024 Aug 8;24(1):177.
17. Ahmadpanah M, Sabzeiee P, Hosseini S et al. Neuropsychobiology. 2014;69(4):235-242.
18. Germain A, Richardson R, Moul DE et al. J Psychosom Res. 2012 Feb;72(2):89-96.
19. VA/DoD Clinical practice guideline for management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder 2023. Lien : <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VA-DOD-CPG-PTSD-Provider-Summary.pdf>. Consulté le 4 décembre 2024.
20. Morgenthaler TI, Auerbach S, Casey KR et al. J Clin Sleep Med. 2018 Jun 15;14(6):1041-1055.

AUTEURS

Scott Thomas, candidat au Pharm. D.
Matthew Exner, candidat au Pharm. D.
Michael R Kolber, M.D., CCMF, M. Sc.
Jamie Falk, Pharm. D.

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

21. Post-traumatic stress disorder. National Institute for Health and Care Excellence. Lien : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>. Consulté le 4 décembre 2024.

**OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFCAprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.