

Interventions Pharmaceutiques

Psychiatrie, troubles bipolaires et douleurs neuropathiques

La **HAS** a publié le 08/11/2017 une recommandation de bonnes pratiques disponible au lien ci-dessous :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours

2. Prise en charge thérapeutique et suivi

Octobre 2017

TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR

Choix d'un traitement antidépresseur

Il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins toxique en cas de surdosage, et le plus simple à prescrire, à dose efficace.

En raison de leur meilleure tolérance, il est recommandé de prescrire en première intention pour un épisode dépressif modéré à sévère : un ISRS, un IRSN, ou un médicament de la classe des « autres antidépresseurs », à l'exception de la tianeptine et de l'agomélatine.

Les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) sont recommandés en deuxième intention en raison de leur risque de toxicité cardio-vasculaire.

La tianeptine et l'agomélatine sont recommandées en troisième intention, en raison respectivement du risque d'abus et de dépendance de la tianeptine et de la toxicité hépatique de l'agomélatine.

Les IMAO ne sont recommandés qu'en dernier recours, après échec des autres alternatives thérapeutiques, en prescription spécialisée du fait de leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses.

Lors de la réunion des IP, le Dr ALI AMAD a exposé les grands principes de repérage des états dépressifs, illustrés par des vidéos.

Il a repris les principes de prescription des antidépresseurs dans le cadre des états dépressifs chroniques (EDC) :

- EDC modéré à sévère → traitement recommandé
 - ⇒ ISRS en 1^{ère} intention – augmentation de la posologie jusqu'à efficacité et tolérance acceptable
 - ⇒ Le délai d'action est d'au moins 2 à 4 semaines
 - ⇒ Si le traitement est efficace et conduit à une rémission, il doit être prolongé 6 à 9 mois.
 - ⇒ En cas de récurrence, durant au moins 2 ans

Il a développé les règles de SWITCH :

- En cas d'inefficacité

L'évaluation de l'efficacité se fait après 4 à 8 semaines de traitement. Le diagnostic ou la prise en charge sont reconsidérés en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes.

- En cas d'intolérance (effets 2^{aires} non supportables)

⇒ Tableau fourni au lien ci-dessous

<http://wiki.psychiatrienet.nl/index.php/SwitchAntidepressants>

Lettre régionale Hauts de France des IP - n°5
AVRIL 2018

OMÉDIT Hauts de France
avenue Willy Brandt
59777 Lille
E-mail :
jennifer.pralat@ars.sante.fr

Faculté de Pharmacie Lille2
Pharmacie du CHRU de Lille
Pr Bertrand Décaudin
E-mail :
bertrand.decaudin@univ-lille2.fr

CRPV LILLE
Dr Sophie Gautier
E-mail :
sophie.gautier@chru-lille.fr

SOMMAIRE

- ✓ Psychiatrie, troubles bipolaires et douleurs neuropathiques

Ont participé à la réalisation de cette lettre :

B. Décaudin
S. Gautier
I. Carpentier
M. Yilmaz

Intervenants de la réunion :

- Gaétan KOSMALKI
- Dr Ali AMAD,
- Elodie MATUSIK
- Geoffrey STROBBE

Pour les inscriptions aux réunions et accès aux présentations des IP

Dr Stéphanie GENAY
E-mail :
stephanie.genay@univ-lille2.fr

Des situations particulières sont à considérer :

1. Antidépresseur et grossesse, <https://lecrat.fr/>
2. Antidépresseur et insuffisance rénale :

Antidepressants for depression in stage 3–5 chronic kidney disease systematic review of pharmacokinetics, efficacy and safety with recommendations by European Renal Best Practice (ERBP)*

Evi V. Nagler^{1,2}, Angela C. Webster^{2,3,4}, Raymond Vanholder¹ and Carmine Zoccali⁵

3. Antidépresseur et insuffisance hépatique

Review article: depression and the use of antidepressants in patients with chronic liver disease or liver transplantation

B. H. Mullish, M. S. Kabir, M. R. Thursz & A. Dhar

4. L'épisode dépressif du sujet âgé (caractérisé par un risque suicidaire élevé) est de diagnostic difficile car les plaintes somatiques et les troubles cognitifs sont souvent au premier plan. L'épisode dépressif peut s'associer à une affection neurodégénérative. Les stratégies thérapeutiques sont identiques à celles du sujet jeune et les psychothérapies efficaces. Mais, la réponse au traitement antidépresseur est plus lente et sa tolérance doit être étroitement surveillée (en particulier au niveau cardio vasculaire).

Une étude argentine, parue dans le Journal of Clinical Psychiatry montre une relation dose-effet entre les anomalies métaboliques des antipsychotiques et l'augmentation de ce risque CV. Szmulewicz AG, Angriman F, Pedroso FE et coll. Long-Term Antipsychotic Use and Major Cardiovascular Events: A Retrospective Cohort Study. J Clin Psychiatry 2017; 78(8):e905–e912.

Elle définit 3 niveaux de risque CV

- ✓ Elevé : thioridazine (Melleril®), olanzapine (Zyprexa®) clozapine (Leponex®)
- ✓ Intermédiaire : quétiapine (Xeroquel®), risperidone (Risperdal®)
- ✓ Bas : halopéridol (Haldol®), aripiprazole (Abilify®), ziprasidone (Zeldox®), trifluopérazine (Terfluzine®) levomépromazine (Nozinan®)

La prise d'au moins deux antipsychotiques, quelles que soient les molécules, est considérée comme à haut risque.

En termes de cas cliniques (du CHU de LILLE)

GAETAN KOSMALSKI a montré une interaction peu connue entre Méthadone et Fluoxétine, celle-ci résulte d'impacts de la Fluoxétine (inhibiteur des cytochromes) sur le métabolisme de la Méthadone dont la concentration plasmatique s'accroît, imposant des adaptations posologiques.

ELODIE MATUSIK a montré que la CLOZAPINE est un médicament complexe pour lequel de multiples facteurs interindividuels et environnementaux ou comportementaux influent :

La Clozapinémie est affectée par

- a. Les consommations fluctuantes de tabac ou café
- b. L'hypo protidémie et l'inflammation
- c. Le génotype individuel (métaboliseur lent ou rapide)

Nb : la concentration peut devenir ininterprétable si :

- o le laps de temps de 5 ½ vies (moyenne de 12h mais intervalle de 6 à 26h) n'a pas été respecté ou
- o le prélèvement est opéré trop peu de temps après la prise du médicament.

Pour rappel, le suivi hématologique impose la surveillance de la NFS en cours et jusque 4 semaines après arrêt

GEOFFREY STROBBE a montré une intolérance de type allergique à la Prégabaline dans le cadre de douleurs neuropathiques après chimiothérapies.

Il décline les spécialités autorisées par l'AMM, selon les classes :

AMM

- **Antidépresseurs tricycliques**
 - Amitriptyline LAROXYL®
 - Clomipramine ANAFRANIL®
 - Imipramine TOFRANIL®
- **Antidépresseurs mixtes**
 - Duloxétine CYMBALTA®
- **Anticonvulsivants**
 - Prégabaline LYRICA®
 - Gabapentine NEURONTIN®
 - Carbamazépine TEGRETOL®

Dans le cas évoqué, l'intolérance avec réactions cutanées a :

1. CI toutes les molécules dérivées du GABA (hypersensibilité croisée possible),
2. Conduit à la déclaration d'évènement Indésirable au CRPV qui, dans ce cadre, a proposé la duloxétine.

PIERRE BERLEMONT a décliné un cas d'association CI par allongement du QT entre : escitalopram +cyamémazine, qui se traduit par un switch avec introduction de Paroxétine et arrêt de l'escitalopram

L'OMEDIT complète cette lettre par des informations d'actualités sur la thématique :

1. **Troubles bipolaires** : Le traitement et l'accompagnement des troubles bipolaires (guide patient 2010) a été actualisé au titre du parcours de soins en décembre 2017 et publié un document de référence pour le médecin traitant en vue de l'élaboration du protocole de soins pour l'admission ou le renouvellement en ALD

Les médicaments prescrits pour le trouble bipolaire sont le plus souvent des « thymorégulateurs » qui permettent de stabiliser l'humeur. Ils sont utilisés au long cours pour le traitement et en prévention des épisodes des troubles bipolaires.

Lors des épisodes dépressifs, on peut y associer un antidépresseur.

Lors des épisodes maniaques, on peut y adjoindre un antipsychotique. Ils peuvent occasionner des effets indésirables et nécessitent un suivi particulier (prises de sang régulières par exemple).

Sommaire

1. Avertissement	4
2. Critères médicaux d'admission en vigueur (Décrets n°s 2011-74-75-77 du 19 janvier 2011 et n° 2011-716 du 24 juin 2011)	5
3. Professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins	7
4. Biologie	8
5. Actes techniques	10
6. Traitements	11
6.1 Traitements pharmacologiques	11
6.2 Autres traitements	13
6.3 Dispositifs médicaux, aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales et appareils divers d'aide à la vie	14

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/ald_23_gp_troublebipolaire_web.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_849818/fr/ald-n-23-troubles-bipolaires

6. Traitements

6.1 Traitements pharmacologiques

Traitement ¹	Situations particulières
Traitement des troubles bipolaires Le traitement des troubles bipolaires ne doit pas être inférieur à 2 ans	
Antipsychotiques · normothymiques (lithium)	Selon indications parmi lesquelles : · Traitement curatif des états d'excitation maniaque ou hypomaniaque · Prévention des rechutes ou des récurrences des troubles bipolaires
· Antipsychotiques de 2 ^{me} génération	· Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères · Traitement des épisodes dépressifs (quetiapine) · Prévention des récurrences des troubles bipolaires chez les patients ayant déjà répondu au traitement lors d'un épisode aigu (sauf quetiapine)
· Antipsychotiques de 1 ^{re} génération : benzamides, butyrophénones, phénothiazines, thioxanthènes, diazépines oxazépines	· États psychotiques aigus. États psychotiques chroniques (délires chroniques non schizophréniques : délires paranoïaques, psychoses hallucinatoires chroniques) · Traitement de courte durée des états d'agitation et d'agressivité au cours des épisodes psychotiques aigus et chroniques (délires chroniques non schizophréniques : délires paranoïaques, psychoses hallucinatoires chroniques)
Antiépileptiques : Ils sont prescrits selon indications suivantes :	
· Lamotrigine	· Prévention des épisodes dépressifs chez les patients présentant un trouble bipolaire de type I et qui ont une prédominance d'épisodes dépressifs
· Divalproate de sodium, valpromide	· Traitement des épisodes maniaques du trouble bipolaire en cas de contre-indication ou d'intolérance au lithium chez l'adulte · contre-indiqués chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de contraception efficace ² . · ne peuvent être prescrites chez une femme en âge de procréer que si les 3 conditions suivantes sont réunies : ○ les alternatives médicamenteuses existantes sont inefficaces ou non tolérées ○ le test de grossesse plasmatique est négatif ○ la femme utilise une contraception efficace

¹ Les guides mentionnent généralement une classe thérapeutique. Le prescripteur doit s'assurer que les médicaments prescrits appartenant à cette classe disposent d'une indication validée par une autorisation de mise sur le marché (AMM).

² <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Nouvelles-conditions-de-prescription-et-de-delivrance-des-specialites-a-base-de-valproate-et-derives-Depakine-R-Depakote-R-Depamide-R-Micropakine-R-et-generiques-du-fait-des-risques-lies-a-leur-utilisation-pendant-la-grossesse-Lettre-aux-professionnels-de-sante>

2. Les dépressions de l'adulte et de l'adolescent :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2803591/fr/depression-de-l-adulte-reperage-et-prise-en-charge-initiale

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2008687/fr/depression-de-l-adolescent-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-initiale

3. Haldol® et Haldol Decanoas® – Mise à jour de l'information produit – Lettre ANSM aux professionnels de santé

08/12/2017

Haldol® et Haldol Decanoas® – Mise à jour de l'information produit - Lettre aux professionnels de santé (08/12/2017)  (126 ko)