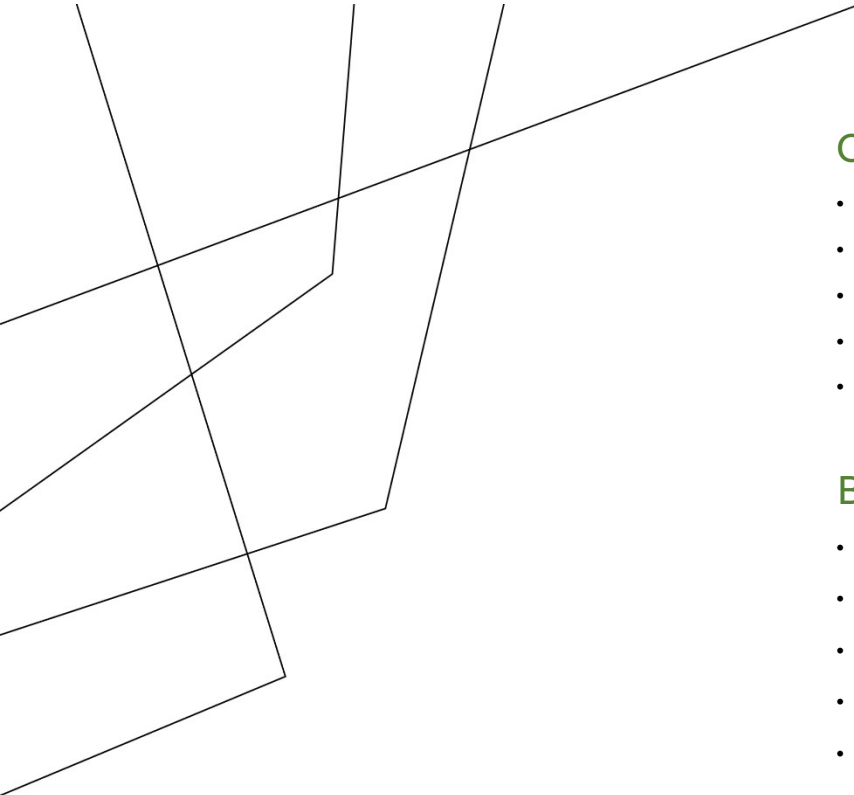


Septembre 2022

# Dépression et bonnes pratiques de prescription des TT antidépresseurs

Dr EDWIGE S.  
Dr SARRON PY.





## Quel AD pour quel patient ?

- De quoi parle-t-on ?
- Pour qui, pour quoi ?
- Se valent-ils tous ?
- Lesquels privilégier pour ma pratique ?
- Précautions d'emploi : enfant-ado / personne âgée / femme enceinte

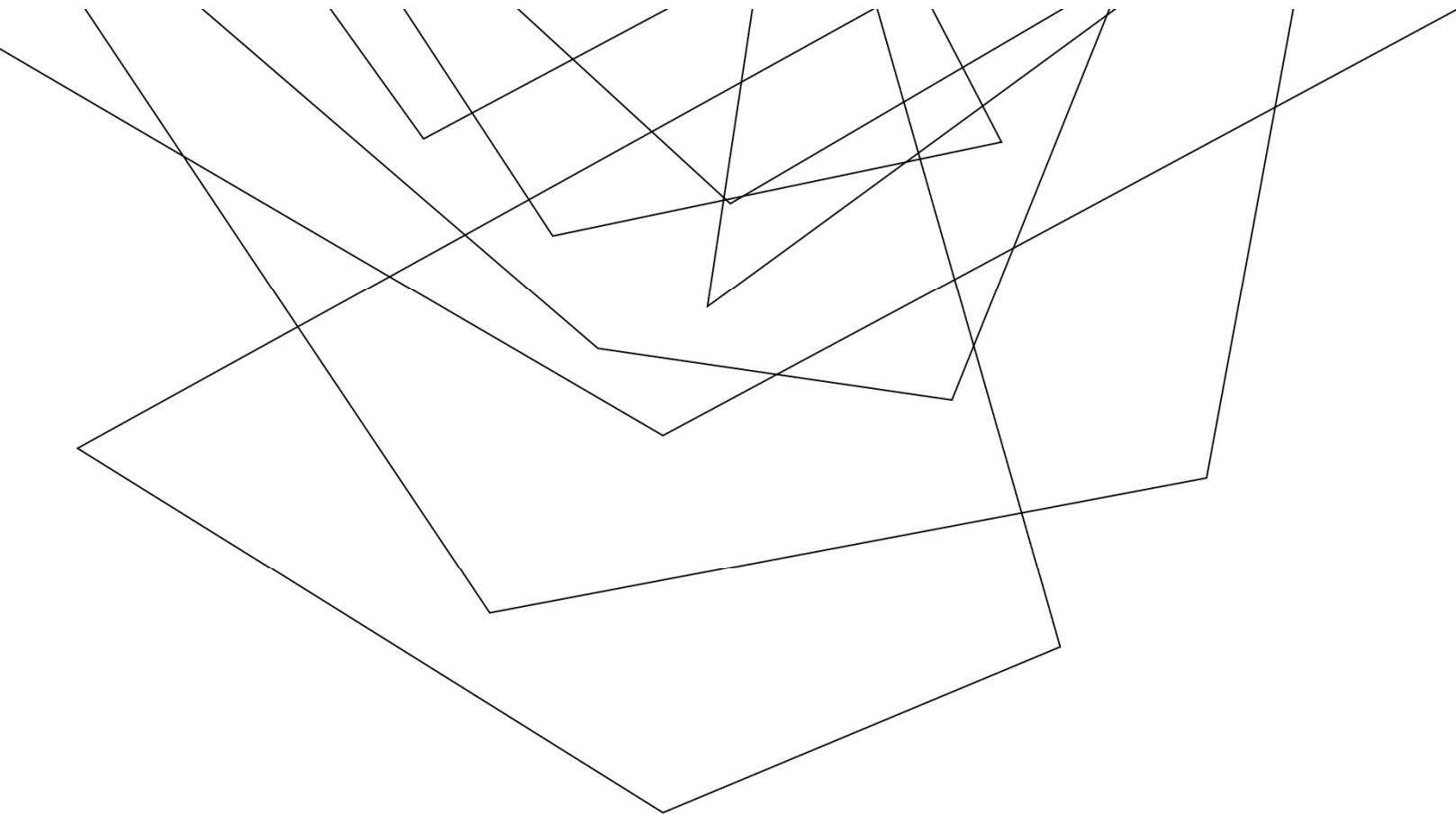
## Bien prescrire

- Casser les idées reçues
- Améliorer l'adhésion et l'observance au traitement médicamenteux
- Initiation
- Réévaluation
- Changement / Arrêt du traitement
- Durée du traitement
- Place du dosage pharmacologique ?

## PLAN

Trucs et Astuces

Vignettes cliniques



**1.** QUEL ANTIDÉPRESSEUR  
POUR QUEL PATIENT ?

## DE QUOI PARLE-T-ON?

- ANTIDÉPRESSEURS DANS LE TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION
- « ANTIDÉPRESSEURS » MAIS DE NOMBREUSES INDICATIONS



# ANTIDÉPRESSEUR, LES NOMBREUSES CLASSES

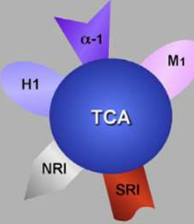


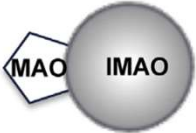
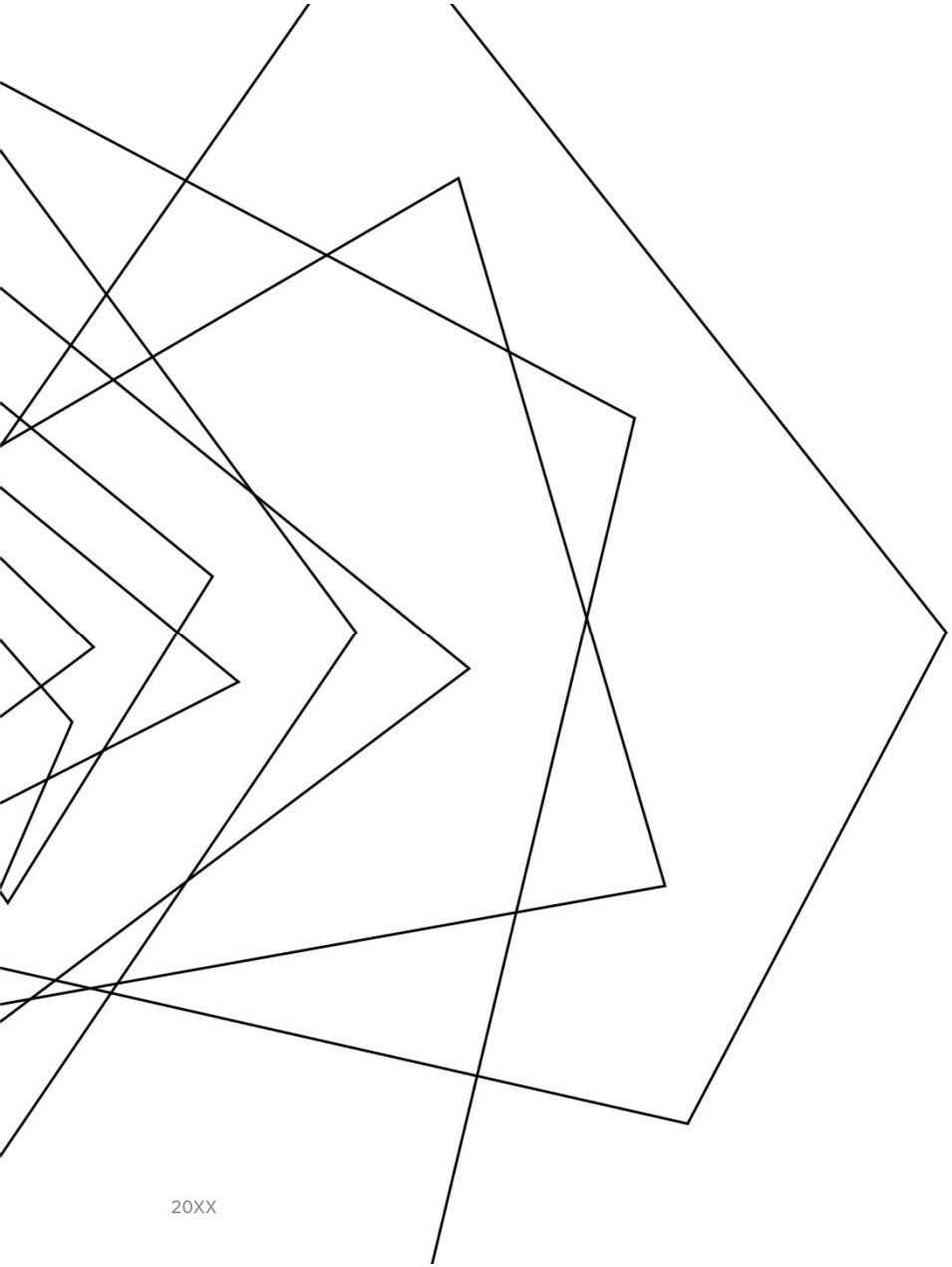
Molécules	Mécanismes d'action		Effets indésirables
<b>Tricycliques (TCA)</b>	Blocage non sélectif du transporteur sérotoninergique et noradrénergique		Toxicité cardiaque, sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire, hypotension, gain de poids
<b>Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine (ISRS)</b>	Blocage sélectif du transporteur sérotoninergique		Nausées, somnolence, vertiges, perte de libido
<b>Inhibiteurs de Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSN)</b>	Blocage sélectif du transporteur sérotoninergique et noradrénergique		Troubles gastro-intestinaux, perte de libido, hypertension (fortes doses)
<b>Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase (IMAO)</b>	Inhibition de la Monoamine oxydase		Hypotension orthostatique, Hyper Tension Artérielle paroxystique, rétention urinaire, sédation, céphalées

Fig. 1. Principaux effets indésirables retrouvés lors de l'administration d'antidépresseurs monoaminergiques (adapté d'après [16,20]).



## POUR QUI? POURQUOI?

### POUR TOUT LE MONDE

Très peu de contre-indication absolue aux AD  
Tous les âges mais avec des précautions



# POUR QUI? POURQUOI?

## POUR TOUT LE MONDE

- Très peu de contre-indication absolue aux AD
- Tous les âges mais avec des précautions

## INDICATION DANS LA DÉPRESSION

### ....MAIS À PARTIR DE QUAND?

- Toujours en cas d'EDC d'intensité sévère
- EDC d'intensité modérée
- EDC d'intensité légère avec retentissement fonctionnel quand échec de la psychothérapie  
Retentissement fonctionnel  $\neq$  sévérité de la dépression



## POUR QUI? POURQUOI?

### POUR TOUT LE MONDE

- Très peu de contre-indication absolue aux AD
- Tous les âges mais avec des précautions

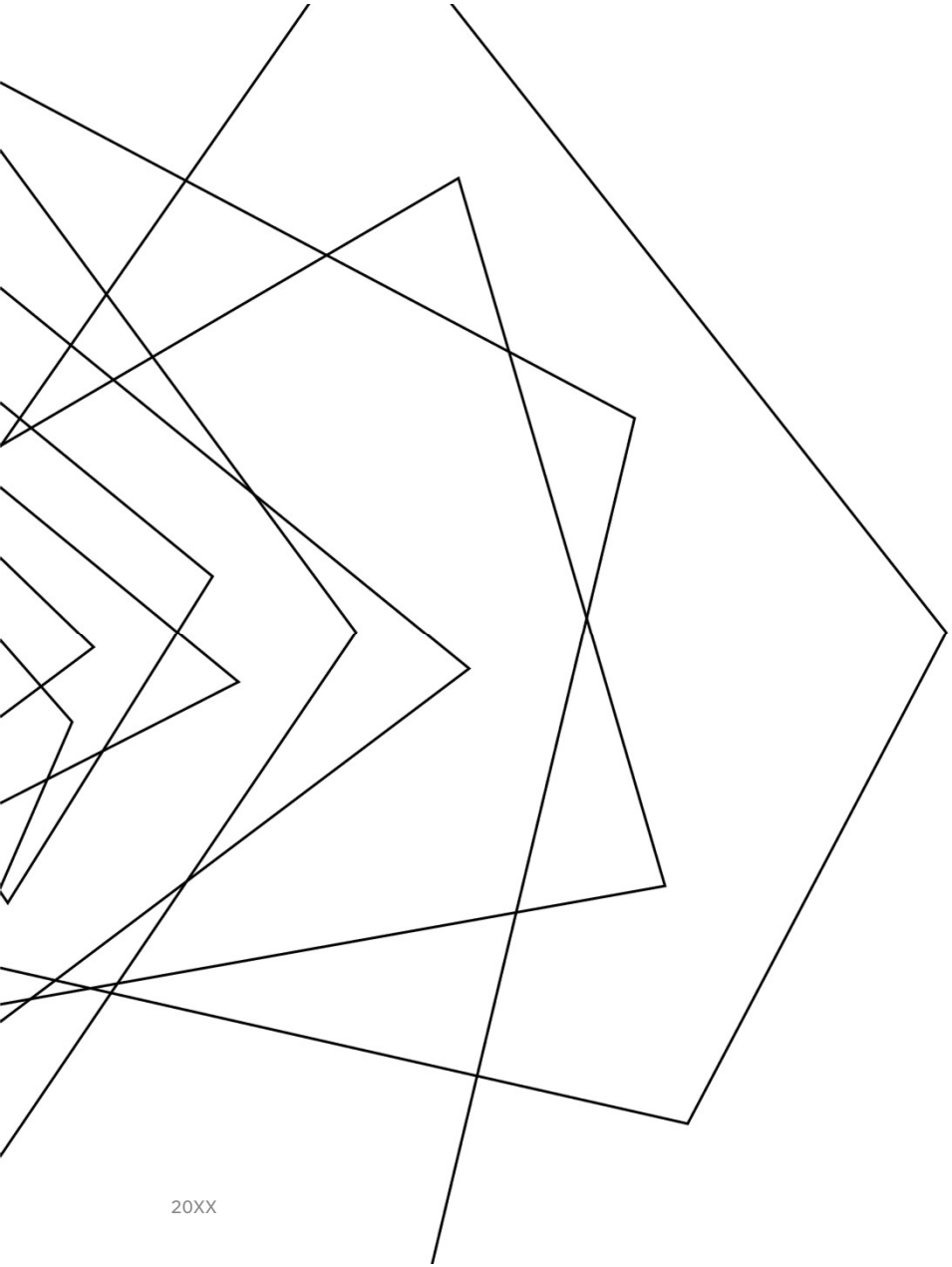
### INDICATION DANS LA DÉPRESSION

#### ...MAIS À PARTIR DE QUAND?

- Toujours en cas d'EDC d'intensité sévère
- EDC d'intensité modérée
- EDC d'intensité légère avec retentissement fonctionnel quand échec de la psychothérapie  
Retentissement fonctionnel  $\neq$  sévérité de la dépression

### POURQUOI?

- **Objectif thérapeutique de rémission complète sans rechute**



## POURQUOI? (2)

- **Eviter le SUICIDE**
- Eviter les complications évolutives de la dépression
- Eviter les répercussions sociales et le handicap

## SE VALENT-ILS TOUS?



- Oui

Peu de preuve de supériorité d'un antidépresseur par rapport à un autre

## SE VALENT-ILS TOUS?



- Oui

Peu de preuve de supériorité d'un antidépresseur par rapport à un autre

- Mais non!

Les profils de tolérance sont très différents

Les profils thérapeutiques sont dépendants du mode d'action (réceptologie)

## SE VALENT-ILS TOUS?



- Oui

Peu de preuve de supériorité d'un antidépresseur par rapport à un autre

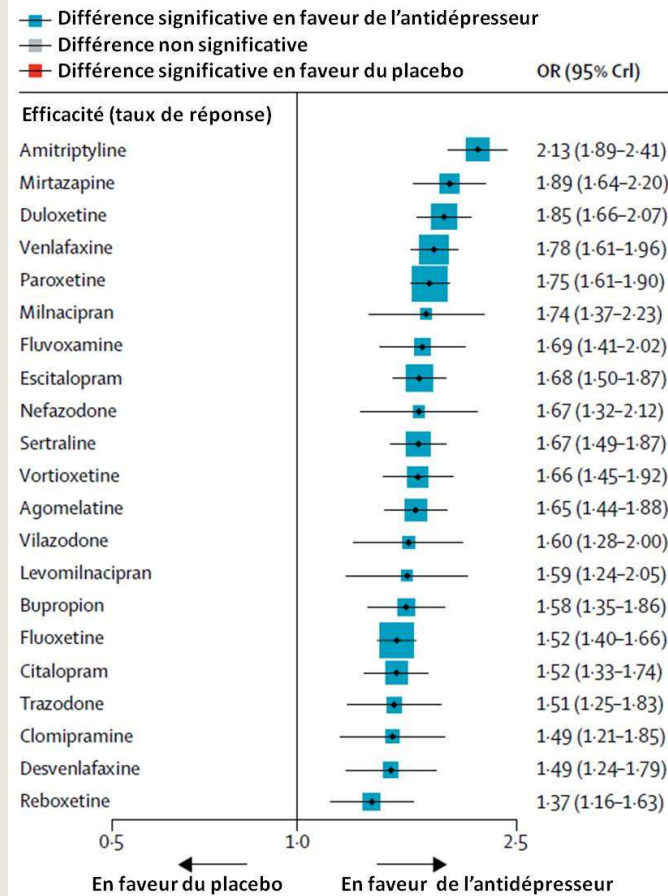
- Mais **non!**

Les profils de tolérance sont très différents

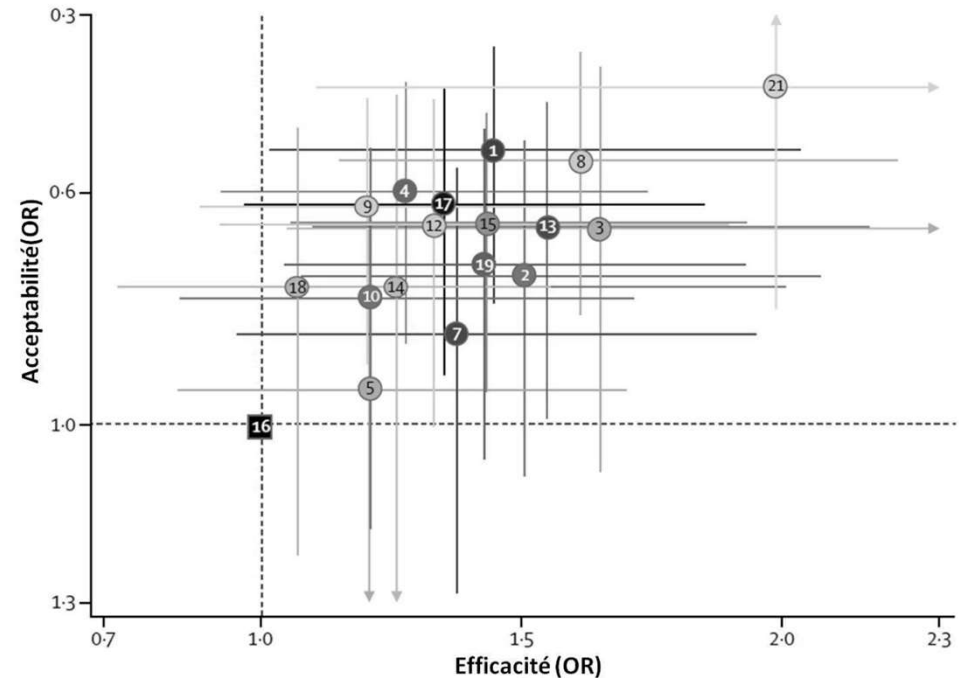
Les profils thérapeutiques sont dépendants du mode d'action (réceptologie)

**Le choix doit être orienté par le profil d'effets indésirables pour espérer le meilleur rapport bénéfice/risque**

# SE VALENT-ILS TOUS?



Etudes "Head to Head", comparant 18 molécules entre elles



Graphes bidimensionnels sur l'efficacité et l'acceptabilité dans les études en tête-à-tête (head to head).

Les données sont figurées en fonction des odds ratios. (OR) déterminés par rapport à la reboxétine, qui est le médicament de référence utilisé pour cette étude.

Les lignes de marge d'erreur correspondent aux intervalles de confiance à 95 % des OR.

Les médicaments sont représentés par des nœuds colorés différents.

1=agomelatine. 2=amitriptyline. 3=bupropion. 4=citalopram. 5=clomipramine. 6=desvenlafaxine.

7=duloxetine. 8=escitalopram. 9=fluoxetine. 10=fluvoxamine. 11=levomilnacipran.

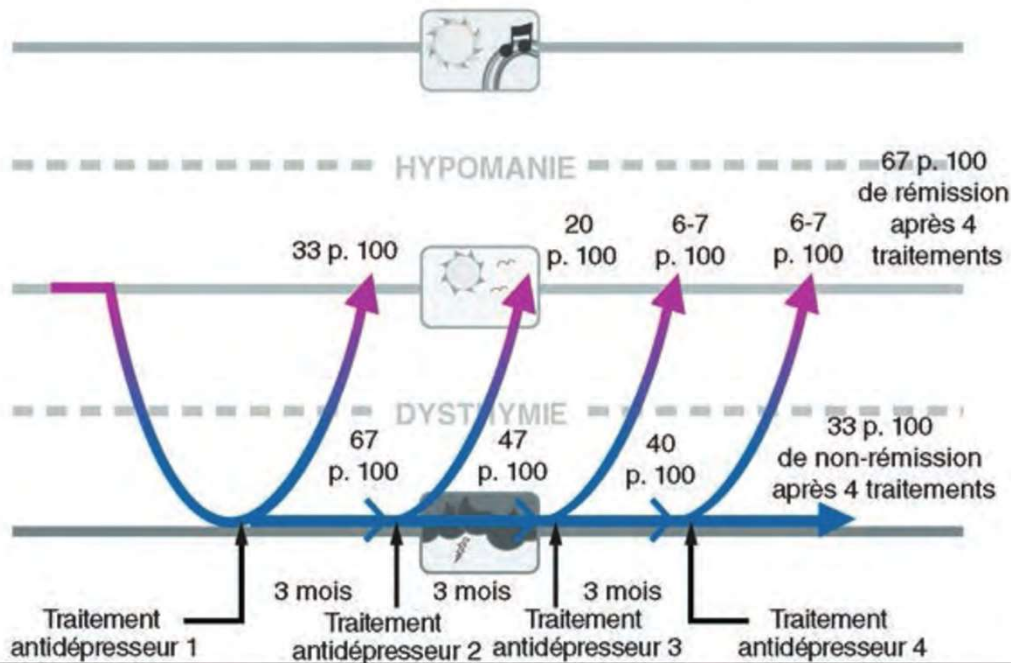
12=milnacipran. 13=mirtazapine. 14=nefazodone. 15=paroxetine. 16=reboxetine. 17=sertraline.

18=trazodone. 19=venlafaxine. 20=vilazodone. 21=vortioxetine. 22=placebo.

## LESQUELS PRIVILÉGIER POUR MA PRATIQUE?

- Ceux qui ont le meilleur rapport efficacité/tolérance
- Bien connaître et développer son expérience de prescription avec une molécule de chaque classe
- Le choix doit être orienté par le profil d'effets indésirables!

## Quelle proportion de rémissions dans les épisodes dépressifs majeurs (EDM) ?



- En Moyenne 30% de réponse à un placebo dans la dépression
- Les études montrent que les AD se distinguent du placebo à partir de la semaine 2
- **Pour une primo prescription d'AD bien conduite**
  - **En moyenne 50%-60 de réponse à un antidépresseur dans la dépression**
  - **30% de rémission complète**
- L'étude STARD-D illustre bien une efficacité moindre que ce que l'on imagine en primo prescription

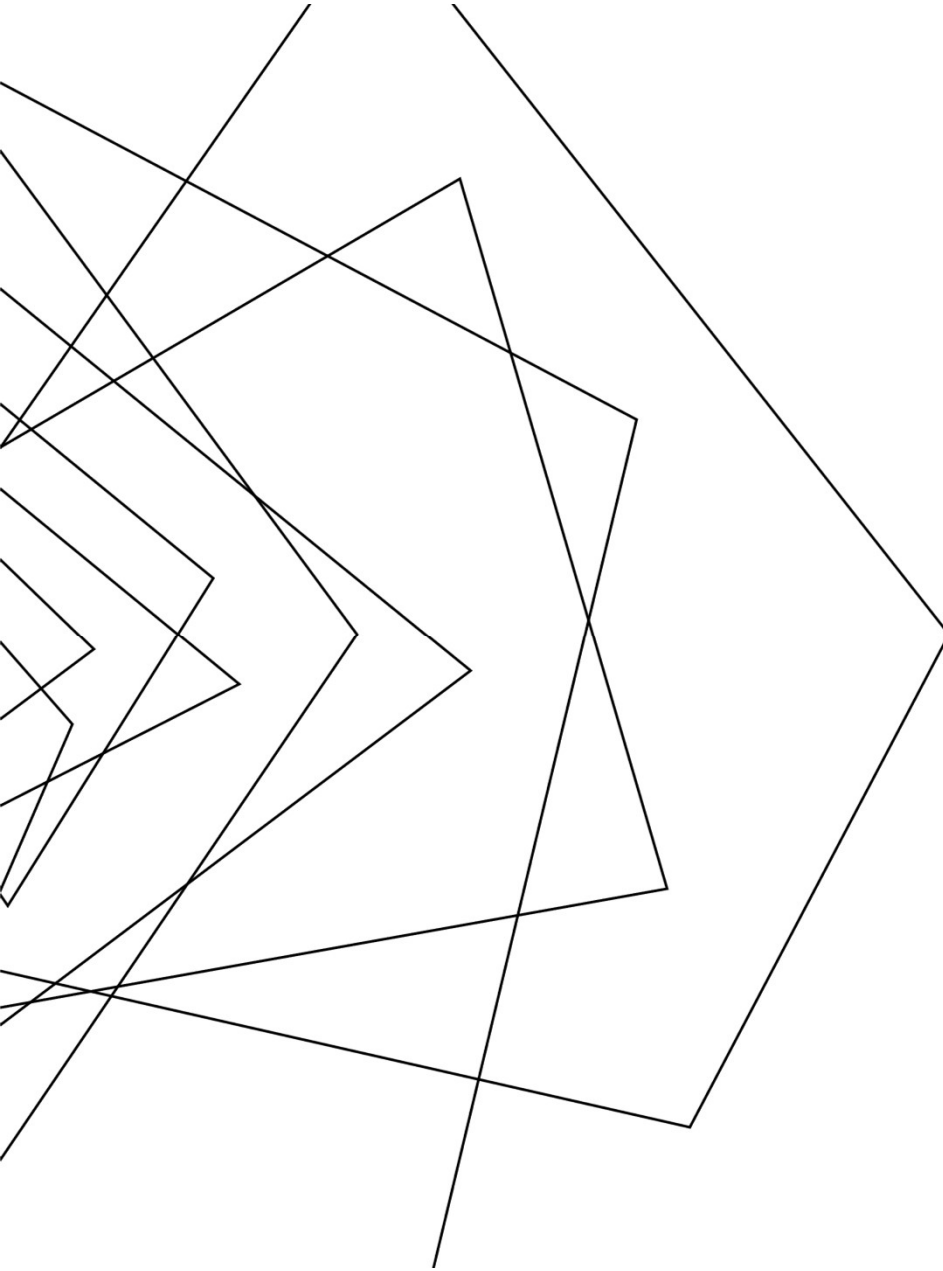
**A QUOI FAUT-IL S'ATTENDRE EN TERMES D'EFFICACITÉ?**

## A QUOI FAUT-IL S'ATTENDRE EN TERMES D'EFFICACITÉ?

- Résultats observables dans les études dès 1 semaine et des résultats cliniques dès 2 à 3 semaines de traitements.
- Les études montrent que l'amélioration est forte dans les 1-3 premières semaines et se ralentie sur les semaines 4-6

**On conseille néanmoins d'être patient** et de faire l'évaluation d'efficacité à 4 semaines

Il y aurait une forte variabilité entre individu avec des répondeurs rapides et des répondeurs plus lents aux AD



## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI



### Précautions d'emploi en fonction des **populations**

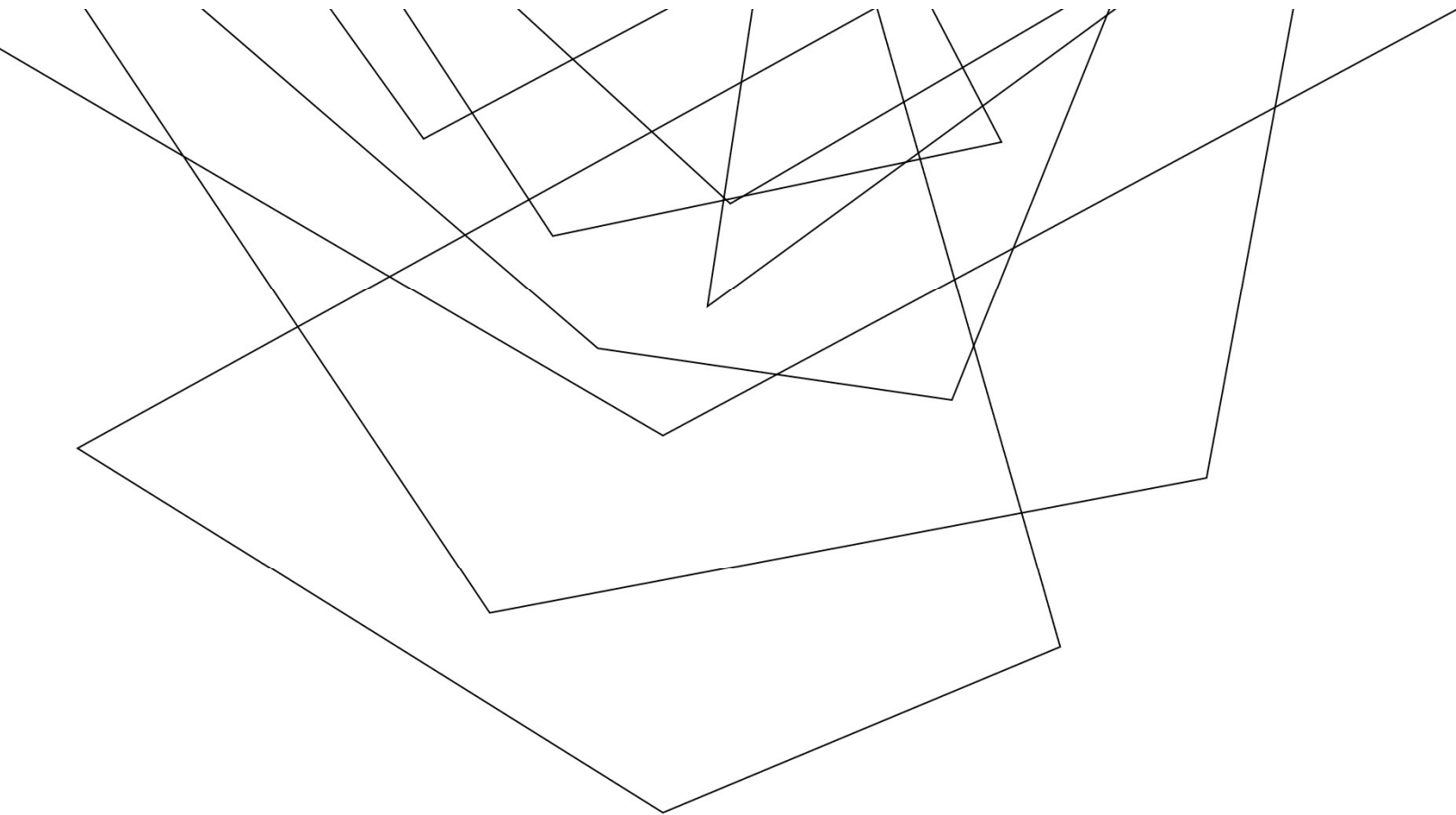
- La personne âgée
- La femme enceinte ou allaitante
- L'adolescent

### Précautions d'emploi en fonction des **pathologies somatiques associées**

- Insuffisance hépatique/rénale

### Précautions d'emploi en cas d'association de **psychotropes / médicamenteuse (interactions)**

- Effet inducteur enzymatique de certains TT AD



## 2. BIEN PRESCRIRE

# CASSER LES IDÉES REÇUS



« ça va me rendre dépendant » : **FAUX**

Les TT AD n'induisent pas d'accoutumance / dépendance / sd de sevrage (par contre possible sd de retrait)

« ça va me sédater » : **ÇA DÉPEND**

La sédation peut être un effet indésirable de certains TT AD ; classiquement la Paroxétine et les AD Tricyclique ont des propriétés sédatives partiellement compensée par une prise vespérale

« ça va changer ma personnalité » : **FAUX**

Les TT AD agissent sur l'intensité des symptômes dépressif mais pas sur les mécanismes psychologiques complexes qui sont responsable de la vision de soi et du monde (attachement, expériences vécues, éducations, apprentissage sociale, caractéristiques socio-culturelles etc...)

« ça va me faire grossir » : **ÇA DÉPEND**

Une prise de poids modéré peut être observé avec les ISRS (1-3kg) et avec les tricycliques. Elle est plus importante avec la Mirtazapine. La Fluoxétine au contraire est associé à une perte de poids modéré (1-3kg).

« ça va altérer ma libido » : **ÇA DÉPEND**

La plupart des antidépresseurs peuvent avoir des effets indésirables sur le plan sexuels. 2 antidépresseurs n'induisent pas ou peu d'effets indésirables sur le plan sexuel : la mirtazapine et la vortioxetine (à 15mg ou moins)

« ça va augmenter mes idées suicidaires » : **ÇA DÉPEND**

La plupart des antidépresseurs majorent le risque suicidaire en début de traitement par un effet appelé la « levé d'inhibition » ; à prendre en compte. Néanmoins pour un EDC la majoration du risque suicidaire SANS traitement est supérieur à la majoration du risque avec l'introduction du TT AD

Facteurs liés à	Observance ↑	Observance ↓
<b>Maladie</b>	Perçue comme sévère, dangereuse	Silencieuse, nécessitant de grands changements de vie
<b>Traitement</b>	Efficace	Avec beaucoup d'effets secondaires
<b>Patient</b>	Bonne estime de soi Bonne image de soi Autonome	Croyances inappropriées Déni Troubles du comportement Dépression, solitude
<b>Entourage</b>	Attente positive du traitement Famille compréhensive Entourage facilitant	Conflits familiaux Restriction comportementale Seul responsable

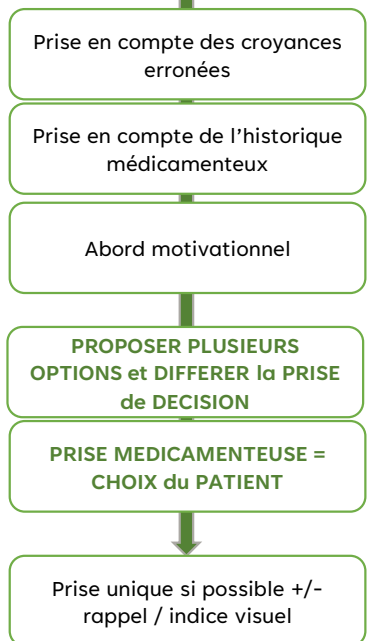
## AMÉLIORER L'ADHÉSION ET L'OBSERVANCE AU TRAITEMENT

Entretien type : aboutissant à une prescription médicamenteuse

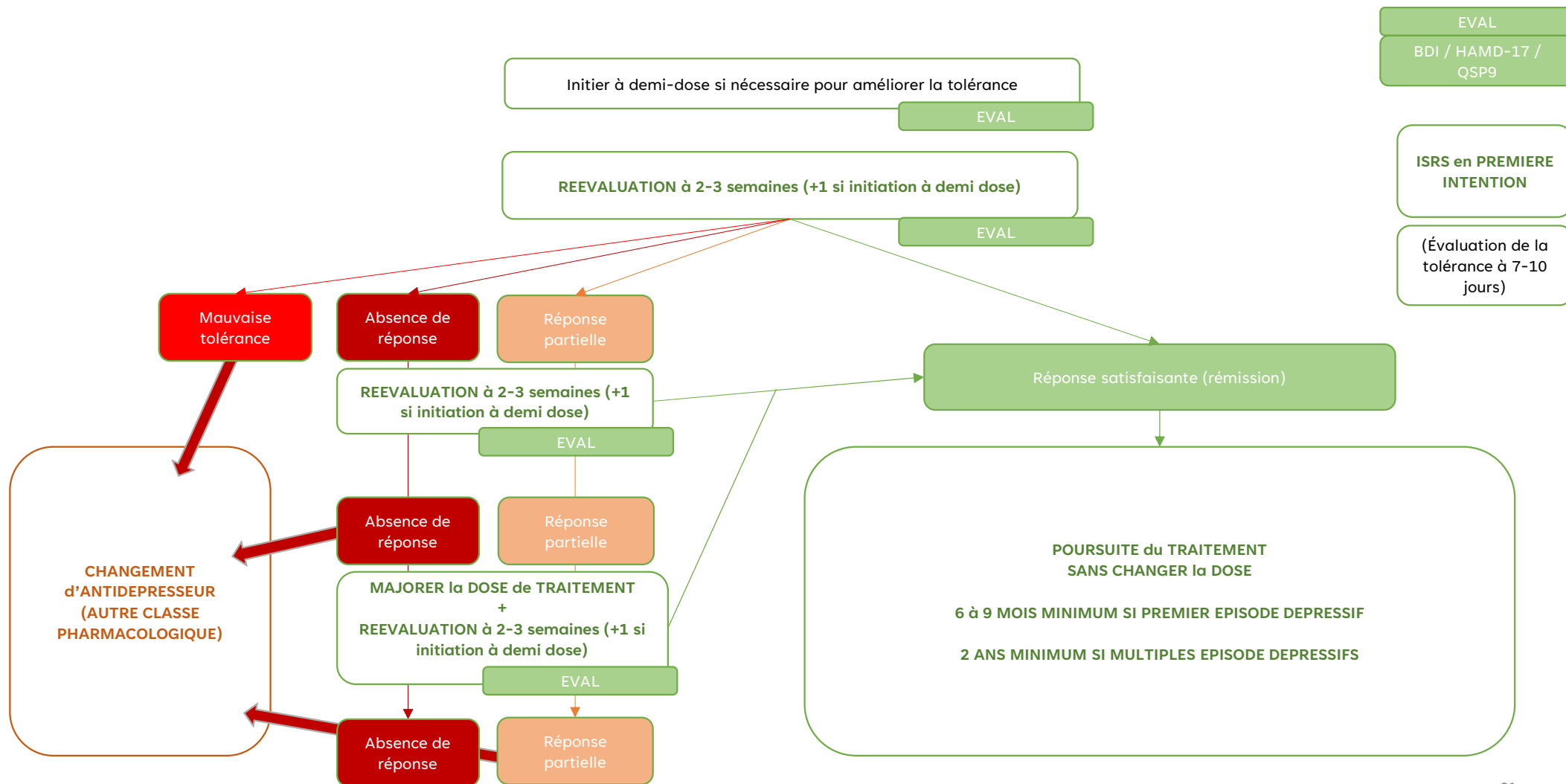
Je suis convaincu que:

- Je suis malade
- Les complications de la maladie sont graves
- Le traitement sera bénéfique
- Le traitement apporte plus d'avantages que d'inconvénients

- Reformulation des problèmes du patient
- Énoncé du diagnostic
- Opportunités du traitement
- Modalités du traitement **EFFET NON IMMEDIAT**
- Mesures à prendre en cas d'effets secondaires
- Contrôle du traitement par le patient et le médecin
- Évaluation de l'entretien
- Quelles questions aimeriez-vous discuter ?
- Conclusions de l'entretien de prescription



# INITIER ET RÉÉVALUER LE TRAITEMENT



# CHANGER D'ANTIDÉPRESSEUR *en pratique*

<https://wiki.psychiatrienet.nl/wiki/SwitchAntidepressants>

↓ from	to →	Start	Ag	At	Bu	Ci	Cl	Ds	Dx	Du	Es	Fo	Fv	Hy	Im	Ma	Mz	Mo	No	Pa	Se	Tc	Td	Ve	Vo	Stop	
Ag	agomelatine	-Ag	—	AgAt	AgBu	AgCi	AgCl	AgDs	AgDx	AgDu	AgEs	AgFo	AgFv	AgHy	AgIm	AgMa	AgMz	AgMo	AgNo	AgPa	AgSe	AgTc	AgTd	AgVe	AgVo	Ag-	
At	amitriptyline	-At	AtAg	—	AtBu	AtCi	AtCl	AtDs	AtDx	AtDu	AtEs	AtFo	AtFv	AtHy	AtIm	AtMa	AtMz	AtMo	AtNo	AtPa	AtSe	AtTc	AtTd	AtVe	AtVo	At-	
Bu	bupropion	-Bu	BuAg	BuAt	—	BuCi	BuCl	BuDs	BuDx	BuDu	BuEs	BuFo	BuFv	BuHy	BuIm	BuMa	BuMz	BuMo	BuNo	BuPa	BuSe	BuTc	BuTd	BuVe	BuVo	Bu-	
Ci	citalopram	-Ci	CiAg	CiAt	CiBu	—	CiCl	CiDs	CiDx	CiDu	CiEs	CiFo	CiFv	CiHy	CiIm	CiMa	CiMz	CiMo	CiNo	CiPa	CiSe	CiTc	CiTd	CiVe	CiVo	Ci-	
Cl	clomipramine	-Cl	ClAg	ClAt	ClBu	ClCi	—	ClDs	ClDx	ClDu	ClEs	ClFo	ClFv	ClHy	ClIm	ClMa	ClMz	ClMo	ClNo	ClPa	ClSe	ClTc	ClTd	ClVe	ClVo	Cl-	
Ds	dosulepine	-Ds	DsAg	DsAt	DsBu	DsCi	DsCl	—	DsDx	DsDu	DsEs	DsFo	DsFv	DsHy	DsIm	DsMa	DsMz	DsMo	DsNo	DsPa	DsSe	DsTc	DsTd	DsVe	DsVo	Ds-	
Dx	doxepine	-Dx	DxAg	DxAt	DxBu	DxCi	DxCl	DxDs	—	DxDu	DxEs	DxFo	DxFv	DxHy	DxIm	DxMa	DxMz	DxMo	DxNo	DxPa	DxSe	DxTc	DxTd	DxVe	DxVo	Dx-	
Du	duloxetine	-Du	DuAg	DuAt	DuBu	DuCi	DuCl	DuDs	DuDx	—	DuEs	DuFo	DuFv	DuHy	DuIm	DuMa	DuMz	DuMo	DuNo	DuPa	DuSe	DuTc	DuTd	DuVe	DuVo	Du-	
Es	escitalopram	-Es	EsAg	EsAt	EsBu	EsCi	EsCl	EsDs	EsDx	EsDu	—	EsFo	EsFv	EsHy	EsIm	EsMa	EsMz	EsMo	EsNo	EsPa	EsSe	EsTc	EsTd	EsVe	EsVo	Es-	
Fo	fluoxetine	-Fo	FoAg	FoAt	FoBu	FoCi	FoCl	FoDs	FoDx	FoDu	FoEs	—	FoFv	FoHy	FoIm	FoMa	FoMz	FoMo	FoNo	FoPa	FoSe	FoTc	FoTd	FoVe	FoVo	Fo-	
Fv	fluvoxamine	-Fv	FvAg	FvAt	FvBu	FvCi	FvCl	FvDs	FvDx	FvDu	FvEs	FvFo	—	FvHy	FvIm	FvMa	FvMz	FvMo	FvNo	FvPa	FvSe	FvTc	FvTd	FvVe	FvVo	Fv-	
Hy	hypericum	-Hy	HyAg	HyAt	HyBu	HyCi	HyCl	HyDs	HyDx	HyDu	HyEs	HyFo	HyFv	—	HyIm	HyMa	HyMz	HyMo	HyNo	HyPa	HySe	HyTc	HyTd	HyVe	HyVo	Hy-	
Im	imipramine	-Im	ImAg	ImAt	ImBu	ImCi	ImCl	ImDs	ImDx	ImDu	ImEs	ImFo	ImFv	ImHy	—	ImMa	ImMz	ImMo	ImNo	ImPa	ImSe	ImTc	ImTd	ImVe	ImVo	Im-	
Ma	maprotiline	-Ma	MaAg	MaAt	MaBu	MaCi	MaCl	MaDs	MaDx	MaDu	MaEs	MaFo	MaFv	MaHy	MaIm	—	MaMz	MaMo	MaNo	MaPa	MaSe	MaTc	MaTd	MaVe	MaVo	Ma-	
Mz	mirtazapine	-Mz	MzAg	MzAt	MzBu	MzCi	MzCl	MzDs	MzDx	MzDu	MzEs	MzFo	MzFv	MzHy	MzIm	MzMa	—	MzMz	MzMo	MzNo	MzPa	MzSe	MzTc	MzTd	MzVe	MzVo	Mz-
Mo	moclobemide	-Mo	MoAg	MoAt	MoBu	MoCi	MoCl	MoDs	MoDx	MoDu	MoEs	MoFo	MoFv	MoHy	MoIm	MoMa	MoMz	—	MoMo	MoNo	MoPa	MoSe	MoTc	MoTd	MoVe	MoVo	Mo-
No	nortriptyline	-No	NoAg	NoAt	NoBu	NoCi	NoCl	NoDs	NoDx	NoDu	NoEs	NoFo	NoFv	NoHy	NoIm	NoMa	NoMz	NoMo	—	NoNo	NoPa	NoSe	NoTc	NoTd	NoVe	NoVo	No-
Pa	paroxetine	-Pa	PaAg	PaAt	PaBu	PaCi	PaCl	PaDs	PaDx	PaDu	PaEs	PaFo	PaFv	PaHy	PaIm	PaMa	PaMz	PaMo	PaNo	—	PaSe	PaTc	PaTd	PaVe	PaVo	Pa-	
Se	sertraline	-Se	SeAg	SeAt	SeBu	SeCi	SeCl	SeDs	SeDx	SeDu	SeEs	SeFo	SeFv	SeHy	SeIm	SeMa	SeMz	SeMo	SeNo	SePa	—	SeTc	SeTd	SeVe	SeVo	Se-	
Tc	tranylcypromine	-Tc	TcAg	TcAt	TcBu	TcCi	TcCl	TcDs	TcDx	TcDu	TcEs	TcFo	TcFv	TcHy	TcIm	TcMa	TcMz	TcMo	TcNo	TcPa	TcSe	—	TcTd	TcVe	TcVo	Tc-	
Td	trazodone	-Td	TdAg	TdAt	TdBu	TdCi	TdCl	TdDs	TdDx	TdDu	TdEs	TdFo	TdFv	TdHy	TdIm	TdMa	TdMz	TdMo	TdNo	TdPa	TdSe	TdTc	—	TdVe	TdVo	Td-	
Ve	venlafaxine	-Ve	VeAg	VeAt	VeBu	VeCi	VeCl	VeDs	VeDx	VeDu	VeEs	VeFo	VeFv	VeHy	VeIm	VeMa	VeMz	VeMo	VeNo	VePa	VeSe	VeTc	VeTd	—	VeVo	Ve-	
Vo	vortioxetine	-Vo	VoAg	VoAt	VoBu	VoCi	VoCl	VoDs	VoDx	VoDu	VoEs	VoFo	VoFv	VoHy	VoIm	VoMa	VoMz	VoMo	VoNo	VoPa	VoSe	VoTc	VoTd	VoVe	—	Vo-	

Switch medication from **escitalopram** to **venlafaxine**.

## ⬇ Stop escitalopram

- **Before day 1:** gradually reduce dosage of escitalopram to a maximum of 10 mg/day, when this dosage is >10 mg/day.
- **Day 1:** reduce dosage of escitalopram to a maximum of 5 mg/day.
- **Day 8:** stop administration of escitalopram.

## ⬆ Start venlafaxine

- No wash-out period is needed.
- **Day 9:** Start administration of venlafaxine in a normal dosage of 37,5 mg or 75 mg (slow release) /day.

# ARRET DE L'ANTIDÉPRESSEUR

- PROGRESSIF
- Afin de limiter le risque de syndrome de retrait ou syndrome de discontinuation des antidépresseurs

## Syndrome de retrait des antidépresseurs :

- Dans les 2 à 4 jours qui suivent l'arrêt ou la diminution du TT

**ATTENTION : PAROXÉTINE , VENLAFAXINE**

Symptômes généraux	Symptômes pseudo-grippaux, transpiration, frissons, bouffées de chaleur, fatigue, faiblesse, somnolence
Symptômes visuels	Vision altérée, vision floue
Symptômes cardiovasculaires	Vertiges, tête vide, palpitations, difficulté à respirer
Symptômes digestifs	Diarrhée, encoprésie, douleurs abdominales, nausées, vomissements, manque d'appétit
Symptômes sensoriels	Picotements, sensation de choc électrique choc dans le cerveau, démangeaisons, altération du goût, acouphènes
Symptômes neuromusculaires	Choc, agitation, rigidité musculaire, douleurs musculaires, tremblements, névralgies, spasmes musculaires, sensations de morsures du visage, difficulté à coordonner les mouvements
Symptômes cognitifs	Confusion, amnésie, désorientation, trouble de la concentration
Symptômes affectifs	Anxiété, agitation, tension, panique, dépression, intensification de l'idéation suicidaire, irritabilité, impulsivité, agressivité, colère, larmes, sautes d'humeur rapides, déréalisation, dépersonnalisation
Symptômes psychotiques	Hallucinations visuelles ou auditives
Troubles du sommeil	Insomnie, rêve éveillé, cauchemars, hypersomnie
Symptômes sexuels	Éjaculation précoce, hypersensibilité génitale, impuissance

## Pas de recommandations claires mais :

- Relais par TT AD à demi-vie longue PUIS décroissance et arrêt (emploi fréquent de la Fluoxétine qui a une demi-vie très longue)
- Décroissance par palier tous les 7 à 10 jours si traitement inférieur à 1 an
- Décroissance par palier toutes les 3 semaines si traitement supérieur à 1 an
- Règle des 10% mais difficilement applicable

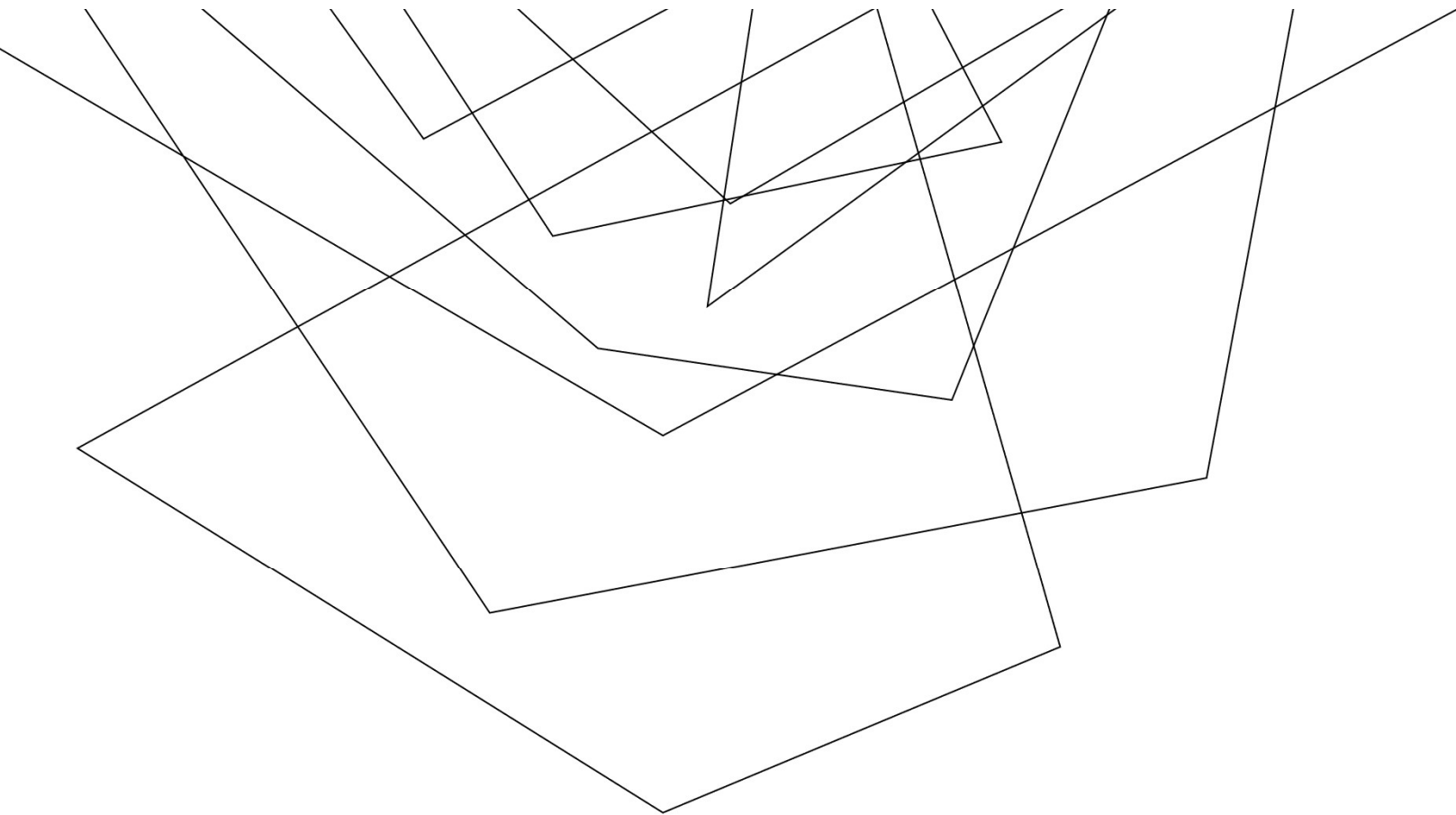
# INTÉRÊT DU DOSAGE PHARMACOLOGIQUE ?

- Non recommandé en systématique
- Néanmoins à discuter au cas par cas et en cas d'emploi des tricycliques

- Suspicion de non-observance
- Médicaments, pour lesquels le TDM est obligatoire pour des raisons de sécurité (par exemple, lithium)
- Absence ou insuffisance de réponse clinique, même en présence de doses adéquates
- Effets secondaires, malgré l'utilisation de doses généralement recommandées
- Suspicion d'interactions médicamenteuses
- TDM dans le cadre de programmes de pharmacovigilance
- Traitement combiné avec un médicament connu pour ses interactions, dans des situations de comorbidités, de stratégies «d'augmentation», etc.
- Traitement à long terme, traitement prophylactique
- Récurrence malgré une bonne observance et des doses adéquates
- Présence d'une particularité génétique dans le métabolisme du médicament (déficience génétique, multiplication de gènes)
- Enfants et adolescents
- Patients âgés (> 65 ans)
- Patients souffrant d'une maladie somatique pouvant influencer la pharmacocinétique (insuffisance hépatique ou rénale, maladie cardiovasculaire)
- Psychiatrie, médecine légale
- Problèmes survenant après le passage d'une forme originale d'un médicament à une forme générique, et vice versa

Médicament et métabolite actif	Intervalles thérapeutiques de référence (consensus) <sup>1</sup>	Niveau de recommandations <sup>2</sup>	Médicament et métabolite actif	Intervalles thérapeutiques de référence (consensus) <sup>1</sup>	Niveau de recommandations <sup>2</sup>
<b>Antidépresseurs</b>			Quétiapine	70-170 ng/ml	3
Amitriptyline plus nortriptyline	80-200 ng/ml	1	Risperidone + 9-hydroxyrisperidone	20-60 ng/ml	2
Citalopram	30-130 ng/ml	3	Sulpiride	200-1000 ng/ml	3
Clomipramine + norclomipramine	175-450 ng/ml	1	Thioridazine	200-2000 ng/ml	2
Désipramine	100-300 ng/ml	2	Zotépine	12-120 ng/ml	3
Doxépine + nordoxépine	50-150 ng/ml	3	Ziprasidone	50-120 ng/ml	4
Escitalopram	15-80 ng/ml	4	Zuclopentixol	4-50 ng/ml	3
Fluoxétine plus norfluoxétine	120-300 ng/ml	3	<b>Stabilisateurs d'humeur</b>		
Fluvoxamine	150-300 ng/ml	4	Carbamazépine	6-12 µg/ml	2
Imipramine plus désipramine	175-300 ng/ml	1	Lithium	0,5-1,2 mmol/l	1
Maprotiline	125-200 ng/ml	3	Valproate	50-100 µg/ml	2
Miansérine	15-70 ng/ml	3	<b>Anxiolytiques/Hypnotiques</b>		
Mirtazapine	40-80 ng/ml	3	Alprazolam	20-40 ng/ml	3
Moclobémide	300-1000 ng/ml	4	Buspirone	3 ng/ml	4
Nortriptyline	70-170 ng/ml	1	Clonazépam	20-40 ng/ml	3
Paroxétine	70-120 ng/ml	3	Diazépam + métabolites	300-400 ng/ml	3
Réboxétine	10-100 ng/ml	4	Lorazépam	10-15 ng/ml	4
Sertraline	10-50 ng/ml	3	Midazolam	6-15 ng/ml	4
Tranylcypromine	0-50 ng/ml	5	Zolpidem	90-325 ng/ml	5
Trazodone	650-1500 ng/ml	3	Zopiclone	60-75 ng/ml	5
Trimipramine	150-350 ng/ml	3	<b>Antipsychotiques</b>		
Venlafaxine + O-déméthylvenlafaxine	195-400 ng/ml	2	Amisulpride	100-400 ng/ml	3
Viloxazine	20-500 ng/ml	3	Benpéridol	2-10 ng/ml	3
<b>Antipsychotiques</b>			Chlorpromazine	30-300 ng/ml	2
Amisulpride	100-400 ng/ml	3	Chlorprothixène	20-200 ng/ml	3
Benpéridol	2-10 ng/ml	3	Clozapine	350-600 ng/ml	1
Chlorpromazine	30-300 ng/ml	2	Fluphénazine	0,5-2 ng/ml	1
Chlorprothixène	20-200 ng/ml	3	Flupentixol	> 2 ng/ml	2
Clozapine	350-600 ng/ml	1	Halopéridol	5-17 ng/ml	1
Fluphénazine	0,5-2 ng/ml	1	Mélpérone	50 ng/ml	4
Flupentixol	> 2 ng/ml	2	Lévomépromazine	15-60 ng/ml	3
Halopéridol	5-17 ng/ml	1	Olanzapine	20-80 ng/ml	1
Mélpérone	50 ng/ml	4	Pérazine	100-230 ng/ml	2
Lévomépromazine	15-60 ng/ml	3	Perphénazine	0,6-2,4 ng/ml	2
Olanzapine	20-80 ng/ml	1	Pimozide	15-20 ng/ml	4
Pérazine	100-230 ng/ml	2	<b>Antidémencia Drugs</b>		
Perphénazine	0,6-2,4 ng/ml	2	Donépézil	30-75 ng/ml	2
Pimozide	15-20 ng/ml	4	Galantamine	30-100 ng/ml	3
<b>Antidémencia Drugs</b>			Mémantine	7-159 ng/ml	4
Donépézil	30-75 ng/ml	2	Tacrine	7-30 ng/ml	2
Galantamine	30-100 ng/ml	3	<b>Médicaments pour le traitement d'addictions</b>		
Mémantine	7-159 ng/ml	4	Acamprosate	30-75 ng/ml	3
Tacrine	7-30 ng/ml	2	Bupropion	< 100 ng/ml	4
<b>Médicaments pour le traitement d'addictions</b>			Clométhiazol	100-5000 ng/ml	5
Acamprosate	30-75 ng/ml	3	Disulfiram	2400 ng/ml	5
Bupropion	< 100 ng/ml	4	Méthadone	400-800 ng/ml	2
Clométhiazol	100-5000 ng/ml	5	Méthadone R-méth. > 250 ng/ml		
Disulfiram	2400 ng/ml	5	Naltréxone	< 9 ng/ml	4
Méthadone	400-800 ng/ml	2			
Méthadone R-méth. > 250 ng/ml					
Naltréxone	< 9 ng/ml	4			

Baumann, P., Hiemke, C., Ulrich, S., Eckermann, G., Kuss, H., Laux, G., Müller-Oerlinghausen, B., Rao, M., L., Gerlach, M., Riederer, P., Zernig, G. (2006), Le dosage plasmatique des médicaments psychotropes à des fins thérapeutiques : recommandations du groupe d'experts AGNP-TDM, *Rev Med Suisse*, -8, no. 067, 1413-1426.

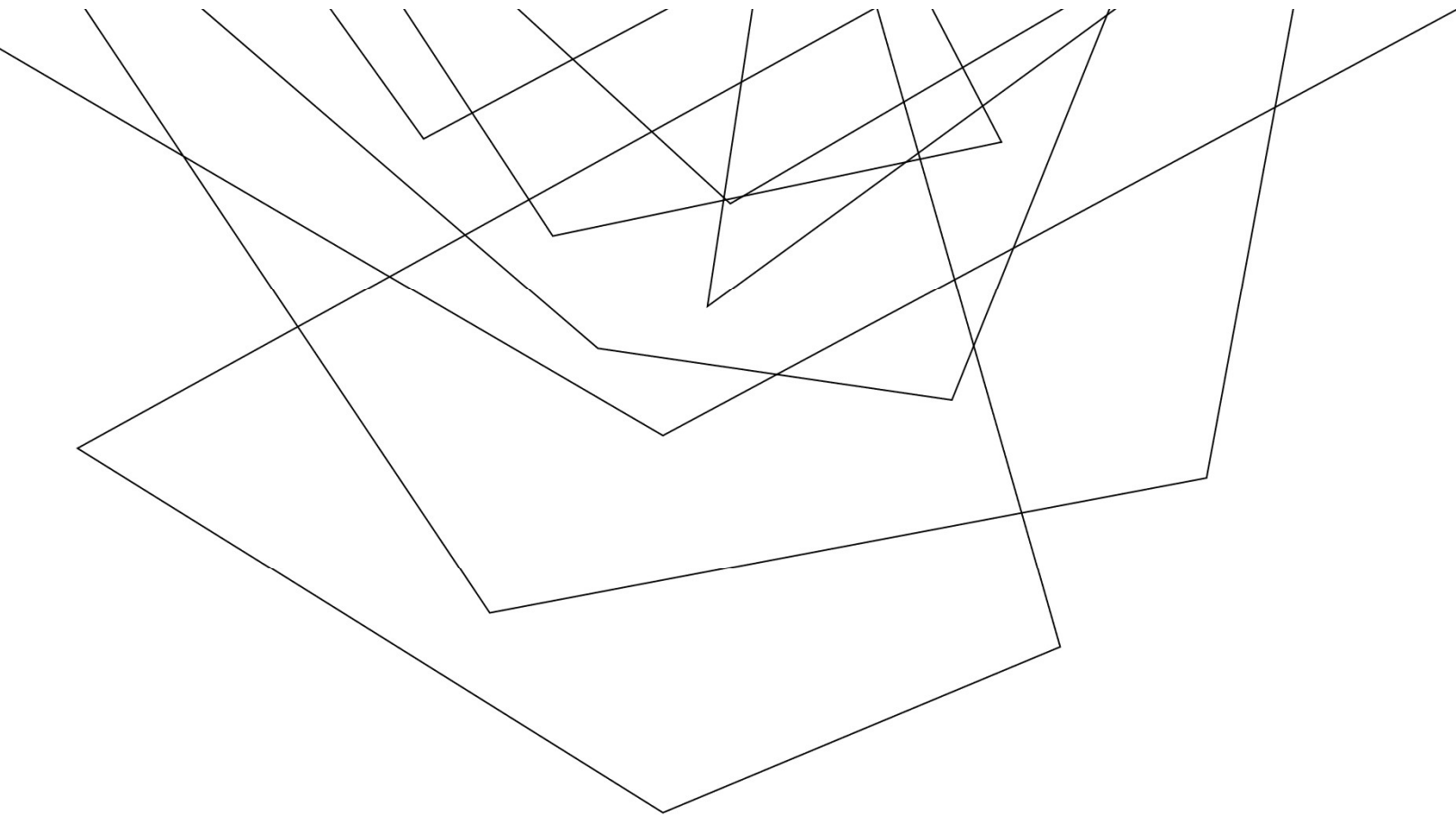


### 3. TRUCS ET ASTUCES



## « TRUCS ET ASTUCES »

- Ne pas oublier d'éliminer une hypothyroïdie
- Trouble du sommeil : Paroxétine / Mirtazapine / Miansérine /
- Neuropathie / douleurs chronique / fibromyalgie : Duloxétine / ATC
- Femme pré-ménopausé : Venlafaxine
- Sd dysphorique pré menstruel : administration cyclique pré menstruelle ISRS (escitalopram, sertraline, fluoxétine, paroxétine)
- Edc + sd dysphorique pré menstruelle : majoration transitoire de la dose de TT AD en phase pré menstruelle
- « Fusée californienne » : Association Venlafaxine + Mirtazapine : technique de potentialisation efficace (et simple d'utilisation) après des échecs de plusieurs monothérapie néanmoins attention à la prise de poids
- Jamais de TT AD seul dans une dépression bipolaire
- Millepertuis et AD : attention



## 4. VIGNETTES CLINIQUES



**JULIEN**  
**34 ANS**

- Symptomatologie dépressive caractérisée d'intensité sévère, 1<sup>er</sup> épisode
- HAM-D17 : 20
- Les symptômes évoluent depuis 4 mois
- Absence d'idées suicidaires / critères de gravité
- Vous l'aviez vu une première fois il y a 4 semaines et lui aviez prescrit de l'Escitalopram à 10mg/j
- Ce jour vous le revoyez en consultation, il rapporte ne pas se sentir mieux , avoir eu quelques nausées après l'introduction du traitement mais qu'elles ont désormais disparu.



**JULIEN**  
**34 ANS**

- Symptomatologie dépressive caractérisée d'intensité sévère, 1<sup>er</sup> épisode
- HAM-D17 : 20
- Les symptômes évoluent depuis 4 mois
- Absence d'idées suicidaires / critères de gravité
- Vous l'aviez vu une première fois il y a 4 semaines et lui aviez prescrit de l'Escitalopram à 10mg/j
- Ce jour vous le revoyez en consultation, il rapporte ne pas se sentir mieux , avoir eu quelques nausées après l'introduction du traitement mais qu'elles ont désormais disparu.
- **HAMD – 17 : 19**



- Symptomatologie dépressive caractérisée d'intensité modérée, 1<sup>er</sup> épisode
- HAM-D17 : 16
- Les symptômes évoluent depuis 2 mois

EVA  
16 ANS



**En France, seule la fluoxétine bénéficie d'une AMM dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) d'intensité modérée à sévère**

- en association à un traitement psychothérapeutique chez les patients de moins de 18 ans (à partir de 8 ans)
- après échec (non réponse) de 4 à 6 séances de psychothérapie.

**EVA**  
**16 ANS**



CÉLINE  
28 ANS

- Symptomatologie dépressive caractérisée d'intensité modérée, 2<sup>ème</sup> épisode les symptômes évoluent depuis 2 mois
- Actuellement sous Venlafaxine 150mg/j que vous aviez initié à 75mg puis majoré à 150mg il y a 1 mois (HAM-D17 : 16)
- Céline revient vous consulter ce jour
- HAM-D17 : 12 ; présence d'une symptomatologie résiduelle : aboulie, asthénie, tristesse de l'humeur, difficultés d'endormissement
- Céline vous fait part de son désir de grossesse



ANDRÉ  
82 ANS

- Patient que vous connaissez depuis longtemps
- Pas de pathologie neuro dégénérative
- Surpoids IMC 28, HTA traitée sous IEC en monothérapie, DT2 sous ADO
- Perte de son épouse il y a 1 an
- Dépressivité depuis avec aggravation nette de son humeur et rupture avec l'état antérieur depuis 2 mois
- Lors de votre évaluation vous retrouvez une symptomatologie dépressive d'intensité sévère sans idées suicidaires mais avec un ralentissement psychomoteur marqué.
- André ne veut pas réaliser l'évaluation que vous lui proposer « ça l'emmerde (il se reprend) le fatigue »



Avez-vous des questions?



MERCI POUR  
VOTRE  
PARTICIPATION!

<https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr>

<https://www.facebook.com/MedecineGeneralePsychiatrie37>