

# DISPENSATION DES ANTIDÉPRESSEURS A L'OFFICINE

Un **Episode Dépressif Caractérisé (EDC) modéré à sévère nécessite un traitement antidépresseur (1)** :

- ▶ **En phase aiguë** (4 à 8 semaines), le traitement vise à obtenir une rémission complète
  - ▶ **En cas de rémission partielle**, il est recommandé d'augmenter la posologie, de changer le traitement antidépresseur, ou d'ajouter un antagoniste  $\alpha_2$ -adrénergique
  - ▶ **En cas de rémission complète**, le patient entre dans une **phase de consolidation** (6 à 12 mois) avec poursuite du traitement
  - ▶ En cas de récurrence d'EDC, la **phase de maintien** (sur plusieurs années) vise à éviter la survenue d'un nouvel épisode
- ⚠ **Les antidépresseurs ont également d'autres indications** (douleurs neuropathiques, troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs...)

## 1 Quel est l'antidépresseur prescrit ?

### ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine) et IRSNA (Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la NorAdrénaline)

ISRS	CITALOPRAM (Seropram®)	10 à 40mg/j	☀
	ESCITALOPRAM (Seroplex®)	5 à 20mg/j	☀
	FLUVOXAMINE (Floxyfral®)	100 à 300mg/j	☾
	FLUOXETINE (Prozac®)	20 à 60mg/j	☀☾
	PAROXETINE (Deroxat®/Divarius®)	20 à 60mg/j	☀
	SERTRALINE (Zoloft®)	25 à 200mg/j	☀
IRSNA	DULOXETINE (Cymbalta®)	30 à 120mg/j	☀
	MILNACIPRAN®	25 à 100mg/j	☀
	VENLAFAXINE (Effexor®)	37.5 à 375 mg/j	☀

#### Effets indésirables :

Troubles digestifs (nausées) et neurologiques (céphalées, vertiges) transitoires (début traitement)  
 Troubles sexuels  
 Hyponatrémie

**IRSNA** : Troubles cardiovasculaires  
**FLUOXETINE** : Anorexigène  
**PAROXETINE** : Anticholinergique

**(ES)CITALOPRAM** : Allongement du QT

**Contre-indication avec médicaments torsadogènes** : AMIODARONE, HYDROXYZINE, DOMPERIDONE, FLUOROQUINOLONES, MACROLIDES, CYAMEMAZINE, LEVOMEPRIMAZINE, HALOPERIDOL, METHADONE, ETC.

**Vigilance avec les médicaments hypokaliémiants**

#### Précautions d'emploi :

- ▶ Association avec AINS (Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens) et/ou Anticoagulants = **risque de saignement**
- ▶ ISRS et IRSNA sont tous métabolisés par les CYP P450 = **risque d'interactions à vérifier (2)**
- ▶ Association avec médicaments sérotoninergiques (Tramadol, Triptans...) : **risque de syndrome sérotoninergique**

### Antagonistes $\alpha_2$ -adrénergiques

MIANSERINE®	10 à 90mg/j	☾
MIRTAZAPINE (Norset®)	15 à 45mg/j	☾

#### Effets indésirables :

Orexigène (réversible à l'arrêt du médicament) et prise de poids  
 Effet sédatif

Troubles digestifs  
 Hypotension orthostatique  
 Hyponatrémie

### Tricycliques (Imipraminiques)

AMITRIPTYLINE (Laroxyl®)	25 à 150mg/j	☾
CLOMIPRAMINE (Anafranil®)	25 à 250mg/j	☀
DOSULEPINE (Prothiaden®)	25 à 150mg/j	☀
DOXEPINE (Quitaxon®)	10 à 300mg/j	☾
IMIPRAMINE (Tofranil®)	10 à 300mg/j	☀
MAPROTILINE (Ludimil®)	75 à 150mg/j	☾
TRIMIPRAMINE (Surmontil®)	25 à 150mg/j	☾

#### Effets indésirables :

**Effets anticholinergiques :**  
 Sècheresse buccale, constipation, tachycardie, rétention urinaire, tremblement des extrémités, confusion

Hypotension orthostatique  
 Troubles sexuels  
 Insomnie/agitation  
 Prise de poids  
 Cardiotoxicité dose-dépendante  
 Sédation  
 Hyponatrémie



#### Contre-indication avec :

**Antécédents cardiovasculaires** (infarctus du myocarde récent insuffisance coronarienne)  
**Troubles urétro-prostatiques**  
**Glaucome**

### Autres antidépresseurs

AGOMELATINE (Valdoxan®)	25 à 50mg/j	☾	Céphalées, vertiges, toxicité hépatique, hyponatrémie
TIANEPTINE (Stablon®)	12,5 à 37,5mg/j	☀	Hyponatrémie, toxicité hépatique, symptômes extrapyramidaux, risque de pharmacodépendance
VORTIOXETINE (Brintellix®)	5 à 20mg/j	☀	Baisse de l'appétit, hyponatrémie

Tianeptine : assimilé stupéfiant → Ordonnance sécurisée

**TOUT antidépresseur + médicament sérotoninergique** (TRAMADOL, LITHIUM, MOCLOBEMIDE, TRIPTANS, FENTANYL, MILLEPERTUIS, DEXTROMETORPHANE, METHADONE, ONDANSETRON, ETC.)

➔ **Risque de syndrome sérotoninergique : mise en jeu du pronostic vital**

Signes d'alerte = confusion, nervosité, fièvre, rigidité musculaire, sudation

**Légende :** ☀ = privilégier la prise le matin

☾ = privilégier la prise le soir

**2**

## Cas d'une primo-prescription

Instauration du traitement à des **dosages progressifs**Délai d'apparition de l'effet thérapeutique :  
**2 à 4 semaines** **Levée d'inhibition psychomotrice** = Risque accru de suicide en début de traitement*Les antidépresseurs dynamisent rapidement le patient alors que le redressement de l'humeur est plus retardée***Surveillance étroite du patient***Selon le contexte***Co-prescription limitée dans le temps d'anxiolytique**  
(type benzodiazépine)**3**

## Cas de l'arrêt du traitement

**Arrêt progressif et programmé** avec le patientDiminution de la posologie  
**sur 1 à 6 mois** **Syndrome de discontinuation** = Si arrêt précoce et brutalDurée : 1 à 2 semaines en généralSymptômes :

- Anxiété, agitation, tremblements, agressivité
- Insomnie (avec rêves vifs et cauchemars)
- Nausées, vertiges
- Hypersudation

Modification du traitement : **Initiation, switch** ou **arrêt** du médicament :<https://wiki.psychiatrienet.nl/wiki/SwitchAntidepressants>  
Article Gauthier - Encéphale - 2018**4**

## Détecter les situations à risque

**Sujet âgé : Avec comorbidités (65 ans et +) ou 75 ans et +** **Tricycliques** : effets anticholinergiques ++ et risque d'hypotension orthostatiqueMolécules à privilégier selon le contexte :

- **SERTRALINE** : Patient avec des antécédents cardiovasculaires
- **VENLAFAXINE** : Psychotonique, en absence d'hypertension artérielle non contrôlée
- **MIRTAZAPINE/MIANSÉRINE** : En cas de dénutrition ou d'insomnie
- **(ES)CITALOPRAM** : Si pas de médicament torsadogène associé

**Posologie maximale chez le sujet âgé :****CITALOPRAM : 20 mg/j**  
**ESCITALOPRAM : 10 mg/j**

## Femme enceinte ou allaitante

 **Découverte d'une grossesse** : Pas d'arrêt brutal

- **Projet de grossesse** : Consultation médicale pour réévaluer une prescription au long cours d'antidépresseur(s)

Pour toute question :  
contactez le CRPV de  
votre région**Médicament à privilégier** : se référer au CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) ou contacter le réseau de péri-natalité

- **Allaitement** : Paroxétine/Sertraline/Mirtazapine (faible passage dans le lait) (4)

**5**

## Conseils aux patients

**Hygiène de vie :**

- Éviter la consommation d'excitants comme le café et le thé, surtout le soir
- Éviter alcool + autres déprimeurs du système nerveux central
- Respecter le rythme nyctéméral et la durée suffisante de sommeil
- Privilégier une alimentation équilibrée et une activité physique régulière
- Être prudent lors d'un sevrage tabagique, la fumée de cigarette est inhibiteur du CYP1A2, risque de surdosage de certains antidépresseurs (5)

**Oubli d'une prise :**Retard < 2h : prise immédiate  
Retard > 2h : Se référer aux **fiches du réseau PIC** du médicament**Ne jamais doubler la dose pour compenser l'oubli****Psychothérapie** = composante fondamentale du traitement de la dépression.

Elle repose sur des séances régulières dans lesquelles l'adhésion thérapeutique et la réponse au traitement y sont régulièrement réévaluées.



- (1) Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soin de premier recours. HAS. Octobre 2017
- (2) Interactions médicamenteuses, cytochromes P450 et p-GlycoProtéine (p-GP). Disponible sur www.hug.ch
- (3) Résumé des caractéristiques du produit (RCP) disponible sur la base de données publiques des médicaments de l'ANSM
- (4) The Maudsley - Prescribing Guidelines in Psychiatry (14e Edition)
- (5) Coupland C, Hill T, Morriss R, Arthur A, Moore M, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self harm in people aged 20 to 64: cohort study using a primary care database. BMJ. (02/2015)

