

CRITERES DE CHOIX D'UN ANTIDEPRESSEUR DANS LA DEPRESSION

Dr Eric Tran
CH Le Vinatier- Bron

Episode dépressif majeur Epidémiologie

Prévalence vie entière :

- Entre 20 et 26 % chez les femmes;
- Entre 8 et 12 % chez les hommes;

Risque suicidaire: multiplié par 30
12000 morts par an en France

Personnes âgées:

Plus de 5 % des personnes de plus de 65 ans

Episode dépressif majeur

Diagnostic

- DSM- IV:
 - **Humeur dépressive;**
 - **Perte d'intérêt et/ou de plaisir;**
 - Perte ou gain de poids significatif;
 - Insomnie ou hypersomnie;
 - Agitation ou ralentissement psychomoteur
 - Fatigue ou perte d'énergie;
 - Dévalorisation ou culpabilité excessive;
 - Troubles de la concentration;
 - Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes.

Episode dépressif majeur

Sévérité

- EDM léger, modéré ou sévère:
 - nombre de critères supplémentaires
 - Echelle de dépression de Hamilton
- Indications thérapeutiques:
 - EDM léger: psychothérapie
 - EDM modéré et sévère: ATD

EDM-ambulatoire ou hospitalier?

Critères d'hospitalisation:

- Crise suicidaire « d'urgence élevée »;
- En cas de symptômes psychotiques ou somatiques sévères associés;
- Entourage social ou familial insuffisant;
- Insuffisance ou absence de réponse au traitement;

Les antidépresseurs (1)

- Stimulants ou désinhibiteurs:
 - IMAO
 - Désipramine (Pertofran®)
- Sédatifs ou anxiolytiques:
 - Miansérine (Athymil®)
 - Amoxapine (Défanyl®)
 - Amitriptyline (Laroxyl®)
 - Doxépine (Quitaxon®)

Les antidépresseurs (2)

- Intermédiaires:
 - Imipramine (Tofranil®), clomipramine (Anafranil®)
 - Fluoxétine (Prozac®), sertraline (Zoloft®), citalopram (Séropram®), paroxétine (Deroxat®), Venlafaxine (Effexor®), tianeptine (Stablon®), fluvoxamine (Floxyfral®), mirtazapine (norset®)

EDM - Choix de l'antidépresseur

- Expérience du thérapeute;
- Respect de contre-indications;
- Existence d'échecs ou de succès antérieurs;
- Recherche d'effets latéraux particuliers;
- Risque d'induction d'ESI;
- Choix en fonction de la situation clinique;
- Surveillance clinique;

Respect des contre-indications

- Imipraminiques : GAF, hypertrophie prostatique, coronaropathie instable, IDM récent, IC décompensée, TDRC, grossesse, IMAO
- IMAO : HTA, phéochromocytome, AVC, grossesse et allaitement, alimentation riche en tyramine et tryptophane, interactions médicamenteuses/ IMAO non-sélectifs, états maniaques et délirants, jeunes de moins de 15 ans;
- ISRS et ISRSNA : IMAO non-sélectifs

Recherche d'effets latéraux

- ATD stimulants
 - IMAO, Pertofran, noradrénergique
- ATD sédatifs
 - Laroxyl, sérotoninergique
- ATD intermédiaires
 - Prozac, Zoloft, Deroxat, Séropram, Floxyfral, Stablon, Effexor, Ixel, Tofranil, Anafranil

Risque d'induction d'ESI

- Blocage des récepteurs:
 - Cholinergiques muscariniques: bouche sèche, constipation, rétention d'urine, vision brouillée, tachychardie, glaucome: imipraminiques;
 - Histamine H1: sédation, prise de poids: surtout amitriptyline, miansérine, mirtazapine;
 - Noradrénaline alpha 1: hypotension, tachycardie: imipraminiques;

ESI : Syndrome sérotoninergique

- Association pro-sérotoninergique;
- Clinique:
 - Confusion mentale, hypomanie, agitation, coma (rare)
 - Myoclonies,
 - Hypo ou hypertension
 - diarrhées
- Traitement:
 - Hospitalisation +/-
 - Arrêt de tout traitement sérotoninergique
 - Propranolol ou benzodiazépine

Choix selon la situation clinique

- Dépression marquée par le ralentissement psychomoteur et l'aboulie: ATD à composante noradrénergique;
- Dépression marquée par l'impulsivité et les passages à l'acte agressifs ou suicidaires: ATD à composante sérotoninergique;

Choix selon la situation clinique

- Comorbidité psychiatrique
 - TOC: ISRS et clomipramine
 - Troubles anxieux: plupart des ISRS, clomipramine, IMAO;
- Alcool: ISRS ++, IMAO contre-indiqués, imipraminiques à risque;
- Dépression atypique: IMAO voire ISRS;
- Epilepsie ou à risque: éviter imipraminiques ou IMAO;

Choix selon la situation clinique

- Sujets âgés: Préférer les ISRS avec augmentation progressive de la symptomatologie;
- Insuffisance coronaire, hépatique, rénale;
- Grossesse;
- Surpoids et obésité: Eviter les antiH1 orexigènes. Prozac et Zoloft.
- Enfant et adolescent.

Surveillance du traitement

- Capitale
- Visite hebdomadaire pendant les trois premières semaines
- Efficacité clinique: au moins deux à trois semaines pour évaluer
- ESI

CONCLUSION

- Quelques critères spécifiques
- Expérience du prescripteur
- Surveillance du traitement

Bibliographie

- Afssaps: Point sur les antidépresseurs, avril 2005.
- Allilaire J.-F.: Modalités pratiques du traitement d'attaque. L'Encéphale, 1995;SpII, 23-29.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION- DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4^{ème} édition (Version Internationale, Washington DC, 1995) Traduction française par J.-D. GUELFY et al., Masson, Paris, 1996, 1056 pages.
- ANAES: Conférence de consensus: Les troubles dépressifs chez l'enfant: reconnaître, soigner, prévenir, devenir. Décembre 1995.
- Bouvard M., Cottraux J.: Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Pratiques en psychothérapie, Masson, Paris, 2002, 323 p.
- Senon J.-L., Sechter D., Richard D.: Mémento de thérapeutique psychiatrique. Hermann, Paris, 1996, 289 p.