

PHARMACIE CLINIQUE DES ANTIDEPRESSEURS				
Objectifs de la prise en charge :				
- Disparition des symptômes de l'épisode dépressif (obj : rémission complète) - Prévention du risque suicidaire (FR suicide important 5 à 20 % – +moitié des suicides semblent 2aire à une dépression) - Prévention des récurrences qui sont fréquentes (50 % après un 1^{er} épisode dépressif majeur, 70 % après un 2^e, 90 % après un 3^e sur 2 ans. - Info et éducat^o patient sur strat théra et signes précoces de rechute à repérer (Nbx cas ni repérés ni traités (40 %) à l'inverse mésusage AD)				
STRATEGIE THERAPEUTIQUE				
Diagnostic : Présence d'un nb minimum de symptômes (critères de sévérité) durant 15j (critère de durée) Selon l'intensité de l'épisode (léger, modéré,sévère) on aura Psychothérapie, ttt AD, hospitalisation				
Stratégie : 1 phase d'attaque pendant 8-12 semaines pour la rémission complète puis une phase de consolidation pendant 6mois-1an pour la prévention des rechutes				
1^{er} intention 2^e intention 3^e intention dernier recours				
Quel antidépresseur choisir ?				
ISRS	IRSNA	Autres	Tricycliques	IMAO
fluoxétine PROZAC fluvoxamine FLOXYFRAL paroxétine DEROXAT DIVARIUS citalopram SEROPRAM escitalopram SEROPLEX sertraline ZOLOFT	milnacipran IXEL venlafaxine EFFEXOR duloxétine CYMBALTA	miansérine ATHYMIL mirtazapine NORSET vortioxétine BRINTELLIX tianéptine STABLON abus dépendance agomélatine VALDOXAN hépatotoxicité Eskétamine SPRAVATO	imipramine TOFRANIL clomipramine ANAFRANIL amitriptyline LAROXYL ELAVIL trimipramine SURMONTIL amoxapine DEFANYL dosulépine PROTHIADEN doxépine QUITAXON Tétracycliques maprotiline LUNDOMIL	IMAO A Sélectifs moclobémide MOCLAMINE IMAO Non sélectifs phénélzine Effets indésirables Interactions médicamenteuses
Au moins 2 symptômes principaux : - humeur dépressive - perte d'intérêt, abattement - perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité Au moins 2 des autres symptômes : - concentration et attention réduite - diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi - sentiment de culpabilité et d'inutilité - perspectives négatives et pessimistes pour le futur - idées et comportement suicidaires - troubles du sommeil - perte d'appétit - Centre d'appel prévention suicides 3114 « Mon soutien Psy » 12 séances remb dès 3 ans - Santé psy étudiant (juillet 2024) – 12 séances gratuites				
OPTIMISATION DU TTT				
Choisir		Le prendre/sédation		
- le mieux toléré (cv et effets anticholin) - le moins dangereux si surdosage intox - selon les symptômes, âge, comorbidités - le plus simple à prescrire à dose efficace - fonction mécanisme d'action, sévérité de l'épisode - Sédation/ psychotonique - choix du patient (peur prise de poids par ex)		Matin : citalopram moclobémide sertraline venlafaxine fluoxétine Midi : Clomipramine Maprotiline Soir : amitriptyline miansérine mirtazapine Imipramine		
Conseils à la patiente				
- Délai avant l'apparition des effets bénéfiques du traitement compris entre 2 et 4 semaines - Nécessité de poursuivre le traitement même après l'amélioration clinique : observance - Durée du traitement - Conduite automobile - Moment de prise - Conseils HD : respecter le rythme nycthémeral, activité physique adaptée, éviter alcool - fluoxétine adaptée à l'asthénie de la patiente, et peu de risque de prise de poids - Encourager une activité sociale régulière - Poursuivre les activités habituellement intéressantes ou plaisantes - Informier sur les principaux effets indésirables - Gérer IM si médicaments associés notamment CYP inhibé ou induits !				
Quelques particularités				
<u>Dépression du sujet âgé</u> - Effets indésirables plus fréquents (Rhyponatrémie, hypoT, effets anticholin, effet extrapyram, effets cv, syndrome confusionnel, chutes - Polymédication : IM - Risque de suicide augmenté				
<u>Dépression au cours de la grossesse</u> - ISRS et IRSNa : cita, escita, fluox, parox, sertra, dulox, venlaf - Tricycliques : amitriptyline, clomipramine - Autres antidépresseurs : mirtazapine				
<u>Dépression du post partum</u> En cas d'allaitement utiliser les antidépresseurs associés à un passage faible dans le lait et des concentrations sanguines faibles ou indétectables chez les nourrissons allaités (ISRS : paroxétine, sertraline et imipraminiques : clomipramine, amitriptyline, imipramine)				
<u>Attention</u> : bon usage eskétamine (à l'hôpital uniquement en voie nasale) <u>Attention</u> : CI alimentaire avec IMAO sélectif : fromage, poisson, bière...				
SUIVI DU PATIENT				
Suivi				
- Les 2 premières semaines afin d'évaluer la tolérance et le risque suicidaire - À 4 semaines pour évaluer l'efficacité - Suivi tension, poids, ECG, ionogramme - Effets indésirables - Adhésion médicamenteuse - Intervention auprès de l'entourage				
En cas de réponse insuffisante à un antidépresseur				
- Augmenter la posologie (dose efficace) - Changer d'antidépresseur - Ajouter un antagoniste α2-adrénergique - Associer une psychothérapie – TCC (techniques cognitivo-comportementales) - Stratégie potentialisatrice - Dans certains cas électroconvulsivothérapie (ECT: provoquer une crise comitiale généralisée au moyen d'un courant électrique à administration transcrânienne, sous anesth générale et curarisation, En milieu hospitalier, 2 à 3 séances/semaine pdt 3 à 8 semaines, Nécessite consentement du patient				
Arrêter un antidépresseur				
< 1 an : arrêt en quelques semaines , en diminuant par ex toutes les semaines la posologie journalière > 1 an : arrêt en quelques mois, en diminuant par ex tous les mois la posologie journalière – IRS et IRS-NA : d'autant plus progressivement que la demi-vie est courte. λ Venlafaxine : donne le + de symptômes d'arrêt Fluoxétine : le moins (pas de nécessité d'arrêt progressif) Si difficultés d'arrêt : switch avec fluoxétine				