

d'apprécier leur imputabilité dans la constitution du trouble lui-même ou de son caractère résistant. Il est considéré que certains traitements médicamenteux peuvent induire un épisode dépressif, voire conduire à la résistance thérapeutique [1]. Une intervention sur ces polymédications – souvent nombreuses – s'avère alors être une démarche pertinente.

Afin de formaliser ces évaluations, nous proposons de croiser les informations de la littérature avec les données officielles disponibles pour les différents produits considérés comme dépressogènes. Nous établissons ici une procédure d'évaluation incluant les conduites à tenir de première ligne pour les molécules d'usage fréquent dont l'imputabilité est forte et/ou la substitution simple (certains antiépileptiques par exemple) [2]. Une évaluation plus exhaustive est proposée pour les situations de résistances complexes où la discussion devra être plus spécifiquement posée pour chaque patient [3].

En effet, les éléments méthodologiques sont cruciaux, se devant d'être impérativement pris en considération pour la discussion clinique. Le recueil des informations cliniques et diagnostiques sur le plan psychiatrique est souvent de mauvaise qualité. L'imputabilité, comme souvent pour les données de pharmacovigilance, est parfois difficile à préciser. Enfin, il s'agit de situations cliniques généralement complexes et relativement fréquentes où la comorbidité somatique et son traitement sont tous deux susceptibles d'induire la survenue d'un épisode dépressif majeur, favoriser la persistance des manifestations et leur résistance au traitement pharmacologique entrepris.

Au total, en dehors de quelques situations simples, il convient d'amener les éléments d'une discussion thérapeutique individualisée prenant en compte l'intensité, le retentissement et le niveau de résistance, d'une part, et, d'autre part, l'imputabilité des molécules (sur le plan individuel et au vu des données de la littérature) et les alternatives thérapeutiques aujourd'hui disponibles et adaptées au contexte clinique.

Mots clés Dépression ; Résistance ; Pharmacothérapie

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Celano CM, Freudenreich O, Fernandez-Robles C, Stern TA, Caro MA, Huffman JC. Depressogenic effects of medications: a review. *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13(1):109–25.
- [2] Mula M, Monaco F. Antiepileptic drugs and psychopathology of epilepsy: an update. *Epileptic Disord* 2009;11(1):1–9.
- [3] Raison, Charles L, Demetrashvili M, Capuron L, Miller AH. Neuropsychiatric adverse effects of interferon-alpha: recognition and management. *CNS Drugs* 2005;19(2):105–23.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.054>

S26

Les techniques de stimulation cérébrale dans la prévention des récurrences dépressives

J.-M. Vanelle

Psychiatrie de liaison et ECT, hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes, Nantes, France

Adresse e-mail : jeanmarie.vanelle@chu-nantes.fr

Les états dépressifs constituent un problème majeur de santé publique, notamment en raison de leur potentiel de résistance aux mesures thérapeutiques existantes et de leur taux élevé de récurrence. Les techniques de stimulation cérébrale sont en plein développement en psychiatrie, mais encore trop l'apanage de spécialistes dans la spécialité, les réservant à des congrès non généralistes. Or il apparaît important de considérer aujourd'hui l'apport de la stimulation magnétique transcrânienne à répétition notamment dans les dépressions bipolaires où les antidépresseurs se révèlent délétères voire contre-indiqués.

Si l'intérêt curatif de l'électroconvulsivothérapie dans les dépressions mélancoliques n'est plus à démontrer, la fréquence des récurrences dépressives à 6 mois chez un malade sur 2 qui a reçu une cure d'ECT interroge sur les mécanismes en jeu et les alternatives possibles. La complémentarité possible des techniques se doit aussi d'être discutée.

Mots clés Stimulation magnétique transcrânienne ; Électroconvulsivothérapie ; Stimulation cérébrale profonde ; Récurrences dépressives ; Dépression résistante

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Brunelin J, Galinowski A, Januel D, Poulet E. Stimulation magnétique transcrânienne. Principes et applications en psychiatrie. Marseille: Solal Ed.; 2009: 282 p.

Huuhka K, Viikki M, Tammentie T, et al. One-year follow-up after discontinuing maintenance electroconvulsive therapy. *J ECT* 2012;28(4):225–8.

Millet B et Drapier D. Thérapeutiques de la dépression par stimulation cérébrale profonde à haute fréquence. In: M Goudemand, editor. Les états dépressifs. Paris: Lavoisier Ed.; 2010: 461–4.

Noda Y, Daskalakis J, Ramos C, Blumberger DM. Repetitive transcranial magnetic stimulation to maintain treatment response to electroconvulsive therapy in depression: a case series. *Front Psychiatry* 2013;4:article 73:1–6.

Szekely D, Poulet E. Électroconvulsivothérapie. Principes et applications. Marseille: Solal Ed.; 2012: 403 p.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.055>

S26A

Limites d'efficacité de l'électroconvulsivothérapie en curatif et préventif

E. Bosc

Unité ECT, service universitaire, hôpital Charles-Perrens, Bordeaux, France

Adresse e-mail : ebosc@ch-perrens.fr

Résumé L'efficacité de l'électroconvulsivothérapie (ECT) dans la prise en charge des troubles de l'humeur, notamment dans les situations d'urgence, n'est plus à prouver. En effet les études comparatives et essais cliniques ont montré que le traitement par ECT était efficace dans tous les types d'épisodes dépressifs majeurs avec notamment un taux de réponse de 80 à 90 % lorsque l'ECT était pratiqué dans le cadre d'un premier épisode dépressif (APA, 2001). Cependant, une méta-analyse récente a mis en évidence un taux de rechute des épisodes dépressifs uni ou bipolaires de 51 % au cours de la première année suivant l'arrêt des ECT, et de 37 % à 6 mois, malgré un relais médicamenteux bien conduit (Jelovac, 2013). La place des ECT de continuation, puis de maintenance apparaît à ce jour incontournable dans la stratégie de prévention de la rechute après la phase curative. L'essai contrôlé randomisé de Nordenskjöld (2013) met effectivement en évidence un taux de rechute à 1 an plus faible chez les patients traités par l'association ECT et psychotropes (32 %) comparativement aux patients traités exclusivement par pharmacothérapie (61 %). La question inhérente à la pratique des ECT de continuation puis de maintenance reste leur tolérance clinique. Les principaux effets indésirables redoutés par les praticiens sont les altérations mnésiques. L'étude rétrospective de Elias (2014) n'a pas montré de différence significative sur le plan cognitif avant et après le début des ECT de maintenance sur une période de 12 ans. Cependant, l'apparition d'altérations mnésiques invalidantes chez un patient traité par ECT rend difficile la poursuite de cette thérapeutique. Dans ce contexte, les autres techniques de stimulations transcrâniennes comme la rTMS apparaissent comme une alternative thérapeutique.

