

- [4] Mah, et al. Neural mechanisms of antidepressant efficacy of the dopamine receptor agonist Pramipexole in treatment of bipolar depression. *Int J Neuropsychopharmacol*.
- [5] Zarate, et al. Pramipexole in bipolar 2 depression: a placebo-control proof of concept study. *Biol Psychiatry* 2004;56:54–60.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.273>

P114

### Analyse du rapport bénéfice/risque d'un traitement antidépresseur par IRSNa dans un contexte d'AVC : étude d'un cas

X. Benarous, J. Smadja, C. Lemogne, S.-M. Consoli

Hôpital européen Georges-Pompidou, 75015 Paris, France

**Mots clés :** AVC ; Antidépresseurs ; IRSNA ; Iatrogénie ; Étude de cas

La stratégie à adopter face à un EDM au décours d'un AVC est délicate. Bien qu'ayant un effet positif sur la récupération fonctionnelle après un AVC, les antidépresseurs IRS risquent d'induire des effets indésirables hémorragiques, notamment cutanéomuqueux et digestifs. Ils pourraient donc majorer le risque d'AVC hémorragique chez les patients les plus fragiles. Les antidépresseurs IRSNa pourraient intervenir à différents niveaux pour majorer ce risque. Cette problématique sera illustrée à travers un cas clinique. Puis, nous détaillerons les mécanismes biologiques impliqués, particulièrement l'inhibition des voies concourant à la formation du caillot. La venlafaxine, par son activité dopaminergique, concourt de façon plus importante à ce risque en majorant la tension artérielle. Dans ce contexte, il paraît nécessaire d'être particulièrement vigilant dans la prescription d'IRS et d'IRSNa chez les populations à risque de saignements et en cas d'interactions potentielles avec un traitement intervenant sur l'hémostase (AINS, antiagrégants plaquettaires, anticoagulants...). L'usage d'autres classes thérapeutiques d'antidépresseur constitue une alternative intéressante. *Pour en savoir plus*

Chi-Shin Wu. Association of Cerebrovascular Events With Antidepressant Use: A Case-Crossover Study. *Am J Psychiatr* 2011.

Hackam DG, Mrkobrada M. Selective serotonin reuptake inhibitors and brain hemorrhage: a meta-analysis. *Neurology* 2012;30;79:1862–5.

Loubinoux I, Kronenberg G, Endres M, et al. Post-stroke depression: mechanisms, translation and therapy. *J Cell Mol Med* 2012;16:1961–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.274>

P115

### Arrêts de travail et statut fonctionnel dans le trouble dépressif majeur

E. Corruble<sup>a</sup>, N. Younes<sup>b</sup>, F. Liard<sup>c</sup>, P. Nuss<sup>d</sup>, A. Granghaud<sup>e</sup>

<sup>a</sup> CHU Le Kremlin-Bicêtre, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

<sup>b</sup> Centre hospitalier de Versailles, 78150 Le Chesnay, France

<sup>c</sup> Médecine générale, 37800 Saint-Épain, France

<sup>d</sup> CHU Saint-Antoine, 75012 Paris, France

<sup>e</sup> Lundbeck, 92, Issy-lès-Moulineaux, France

**Mots clés :** Dépression ; EDM ; Arrêt de travail ; Réhabilitation fonctionnelle

La prescription d'Arrêts de Travail (AT) en début de traitement des épisodes dépressifs majeurs (EDM) est souvent discutée en pratique clinique mais peu étudiée. L'objectif principal de cette étude était d'étudier les facteurs associés à la prescription d'AT en début de traitement. Dans une cohorte nationale prospective et observationnelle d'une durée de 12 semaines, réalisée en médecine

générale, ont été inclus 5365 patients présentant un diagnostic d'EDM, nécessitant l'instauration d'un traitement antidépresseur, âgés de 18–65 ans, occupant un emploi ou en recherche active (âge moyen : 45,2 ± 10,4 ans ; 65,6% de femmes ; ancienneté moyenne de la maladie : 6,5 ± 7,9 ans ; EDM sévère : 45,8%). L'existence d'un AT et la réhabilitation fonctionnelle (Functional Status Questionnaire [FSQ]) ont été évaluées après six et 12 semaines après le début du traitement. Deux mille neuf cent dix-sept (54,4%) patients ont un AT prescrit à l'initiation du traitement pour leur EDM. La prescription d'un AT à l'inclusion est associée aux facteurs indépendants suivants : sévérité de l'EDM, comorbidité psychiatrique. La poursuite de l'activité professionnelle à l'inclusion est associée aux facteurs indépendants suivants : ancienneté de l'EDM et origine perçue de l'EDM conjoncturelle/économique ou familiale. 5,6% des patients après six semaines de traitement et 21,9% après 12 semaines ont obtenu une rémission fonctionnelle globale (FSQ). Même si la fréquence de la rémission fonctionnelle après 12 semaines de traitement est plus fréquente chez les patients ayant bénéficié d'un AT en début de traitement que chez les autres (20,2% versus 24,3%,  $p < 0,001$ ), l'analyse multivariée ne met pas en évidence d'impact positif de la prescription d'un AT en début de traitement sur la réhabilitation fonctionnelle ultérieure ( $p = 0,055$ ), hormis pour la dimension des activités basiques de la vie quotidienne ( $p = 0,02$ ). De nouvelles études seront nécessaires pour mieux cibler les patients bénéficiant d'un arrêt de travail en début de traitement de l'épisode dépressif majeur.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.275>

P116

### Efficacité de la stimulation magnétique transcrânienne (TMS) dans le traitement de la dépression en conditions naturalistiques : à partir d'une étude de cohorte

C.H. Le Mouton, A. Sauvage, S. Bulteau, P. Valrivière, A. Pichot, J.-M. Vanelle  
CHU de Nantes, Nantes, France

**Mots clés :** TMS ; Dépression ; Réponse

**Introduction.**– La TMS est utilisée comme traitement des états dépressifs majeurs (EDM) depuis plusieurs années, le taux de répondeurs variant entre 20 et 60%. Nous avons voulu confronter ces données avec des patients en conditions naturalistiques. L'objectif principal de ce travail est de déterminer le pourcentage de répondeurs à une première cure de TMS chez des patients présentant un épisode dépressif majeur (EDM). L'objectif secondaire est de déterminer le profil des patients répondeurs.

**Méthode.**– Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective dont les critères d'inclusion sont : EDM isolé (MADRS > 20), ou intégré dans un trouble dépressif récurrent (TDR) ou bipolaire (TB), avec mauvaise réponse ou intolérance aux antidépresseurs. Les critères d'exclusion sont : cure de TMS antérieure, contre-indication. Le protocole de TMS était : 15 séances de stimulation sur le cortex dorso-latéral gauche, fréquence 10 Hz, dix trains de 40 chocs et durée inter-trains de 28 s. L'efficacité et la tolérance du traitement ont été évaluées par comparaison de la variation des scores des échelles MADRS, CGI, et MOCA à j1, puis à j31 après la cure. Une diminution de 25% à 50% du score MADRS est une réponse partielle, de 50% minimum une réponse, un score MADRS inférieure à 10 est une rémission.

**Résultats.**– De 2011 à 2013, 54 patients ont été inclus. L'analyse a porté sur 37 patients. La moyenne d'âge était de 57 ans et 60% étaient des femmes. Vingt-sept pour cent sont en rémission, 16% en réponse, 30% en réponse partielle. Cinquante pour cent présentaient un TDR, 26% un TB, et 14% un 1<sup>er</sup> EDM. Le profil des répondeurs sera détaillé.