

Résultats et discussion.– Cette étude inclut 53 schizophrènes. Des manifestations dépressives ont été décelées chez 15% de ces patients. Le traitement antipsychotique était dans 80% des cas un neuroleptique classique. Le traitement antidépresseur a été prescrit chez la totalité des patients diagnostiqués. La molécule prescrite est dans 75% des cas un tricyclique (amitriptyline) et dans 25% un IRS (paroxétine). Le traitement a été instauré au long cours en association avec le neuroleptique. L'évolution était favorable avec diminution de la symptomatologie dépressive. Un seul cas d'exacerbation de la symptomatologie psychotique nécessitant une hospitalisation a été noté.

Conclusion.– La prescription d'antidépresseur chez un schizophrène qui déprime est bénéfique. Cependant, elle doit être prudente. Elle prend en compte plusieurs éléments tels que le tableau clinique et les thérapeutiques en cours.

Pour en savoir plus

Himelhoch S, Slade E, Brown C, Dixon L. Antidepressant prescribing patterns among VA patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2012;136(1–3):32–5.

Mico' U, Bruno A, Zoccali RA, Muscatello MR. Duloxetine as adjunctive treatment to clozapine in patients with schizophrenia: a randomized, placebo-controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2011;26(6):303–10.

Whitehead C, Moss S, Lewis G, Furtado VA. Antidepressants for people with both schizophrenia and depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.271>

P112

Prise en charge de l'anxiété et l'insomnie chez la personne âgée dans un établissement psychiatrique

T. Genevee, A. Egron, D. Malet, A.-L. Debruyne, E. Queuille

Centre hospitalier de Charles-Perrens, 33000 Bordeaux, France

Mots clés : Anxiété ; Insomnie ; Personne âgée ; Comorbidités psychiatriques ; Arbres décisionnels

Introduction.– La prise en charge des troubles anxieux et de l'insomnie chez la personne âgée a fait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), réalisée prospectivement sur une semaine. Cette étude a révélé que 40 à 66% des prescriptions chez la personne de plus de 65 ans comportaient des médicaments dits « inappropriés » au regard du rapport bénéfice/risque (liste de Laroche).

Objectif.– Élaborer des recommandations portant sur les moyens thérapeutiques permettant d'appréhender l'anxiété et l'insomnie chez la personne âgée dans un établissement psychiatrique.

Matériel/méthode.– Une recherche bibliographique associée à l'expérience de différents cliniciens du groupe EPP, ont permis l'élaboration de stratégies thérapeutiques (médicamenteuses ou non) à privilégier, compte tenu de l'arsenal thérapeutique à disposition. Une validation institutionnelle a été réalisée.

Résultats.– Deux arbres décisionnels synthétisent les différentes étapes de prise en charge de l'insomnie et de l'anxiété chez la personne âgée. Dans un premier temps, la correction des facteurs étiologiques et l'application des règles hygiéno-diététiques sont mises en avant. L'abord psychothérapeutique (thérapie cognitive et comportementale) est également privilégié en amont de la prescription de psychotropes. L'approche pharmacologique n'est envisagée qu'ultérieurement en utilisant les molécules à demi-vie courte, à faible dose sur une courte durée, limitant ainsi le risque d'effets indésirables. Le positionnement des molécules ou classes médicamenteuses les unes par rapport aux autres dans l'insomnie (antihistaminiques, benzodiazépines et apparentés, neuroleptiques), dans l'anxiété (antidépresseurs, benzodiazépines, buspirone, prégabaline, neuroleptiques anxiolytiques) est précisé.

Discussion.– Les données retrouvées dans la littérature relatives à la prise en charge de l'insomnie et l'anxiété chez la personne âgée s'adressent majoritairement à une population de gérontologie sans comorbidités psychiatriques. Ainsi, les recommandations, notamment de la Haute Autorité de santé (HAS) ne sont pas toujours applicables en l'état aux patients présents dans les services de psychogérontologie.

Pour en savoir plus

Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2007;63:725–31. *Polypathologie et Médicaments, iatropathologie. Corpus de Gériatrie* 2000. <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c.937775/fr/plaintes-du-sommeil>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.272>

P113

Dépression résistante et pramipexole : à propos de deux cas

F. Lejuste, A. Haroche, C. Rabu

CHU Henri-Mondor, 94000 Créteil, France

Mots clés : Pramipexole ; Dopamine ; Dépression résistante

Le pramipexole est un agoniste dopaminergique utilisé dans le traitement de la maladie de Parkinson. Plusieurs publications récentes suggèrent son efficacité comme traitement adjuvant de la dépression résistante unipolaire ou bipolaire [1–3,5]. Nous présentons deux cas de dépression résistante traitée par pramipexole.

Cas n° 1.– Femme de 63 ans, hospitalisée dans le service de psychiatrie de l'hôpital Henri-Mondor (Créteil) pour un épisode dépressif majeur d'intensité sévère sans caractéristiques psychotiques, dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, résistant à l'escitalopram 20 mg/j et à la venlafaxine 300 mg/j. Une cure de cinq séances d'électro-convulsivothérapie (ECT) a été conduite, avec une efficacité partielle, interrompue pour mauvaise tolérance, et suivie d'une rechute rapide. L'introduction du pramipexole (1,4 mg/j) a été suivie d'une rémission complète, rapide (en 15 jours) et durable (après deux mois de traitement), en association à la lamotrigine (100 mg/j à la fin de notre prise en charge).

Cas n° 2.– Femme de 68 ans, hospitalisée dans notre service pour un épisode dépressif majeur d'intensité sévère sans caractéristiques psychotiques, dans le cadre d'un trouble bipolaire de type 3, résistant à plusieurs lignes de traitement bien conduites, dont un tricyclique (clomipramine). Au début de notre prise en charge, elle est traitée par acide valproïque et quiétiapine. Amélioration rapide (en 15 jours) sous pramipexole (1,76 mg/j), en association à la lamotrigine (50 mg/j à la fin de notre prise en charge) et l'acide valproïque (750 mg/j). Dans ces deux cas, le pramipexole a été efficace sans être associé à un antidépresseur, pour des patients ayant une indication d'ECT. Il n'a pas été constaté d'effets indésirables. La présentation clinique était centrée sur le ralentissement psychomoteur, l'anhédonie, l'apragmatisme, l'anesthésie affective. Ces dimensions symptomatiques pourraient être liées aux dysfonctions du système dopaminergique [4]. Ce tableau clinique pourrait être prédictif de l'efficacité des agonistes dopaminergiques.

Références

- [1] Aiken. Pramipexole in psychiatry: a systematic review of the literature. *J Clin Psychiatry* 2007;68:8.
- [2] Goldberg, et al. Preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled trial of Pramipexole added to mood stabilizers for treatment-resistant bipolar depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:564–6.
- [3] Hiroaki, et al. The efficacy of Pramipexole, a dopamine receptor agonist, as an adjunctive treatment in treatment-resistant depression: an open-label trial. *The Scientific World Journal* 2012;372474.

[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^a, N. Younes^b, F. Liard^c, P. Nuss^d, A. Granghaud^e

^a CHU Le Kremlin-Bicêtre, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

^b Centre hospitalier de Versailles, 78150 Le Chesnay, France

^c Médecine générale, 37800 Saint-Épain, France

^d CHU Saint-Antoine, 75012 Paris, France

^e 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^{er} EDM. Le profil des répondeurs sera détaillé.