

Chapitre 3

Les antidépresseurs

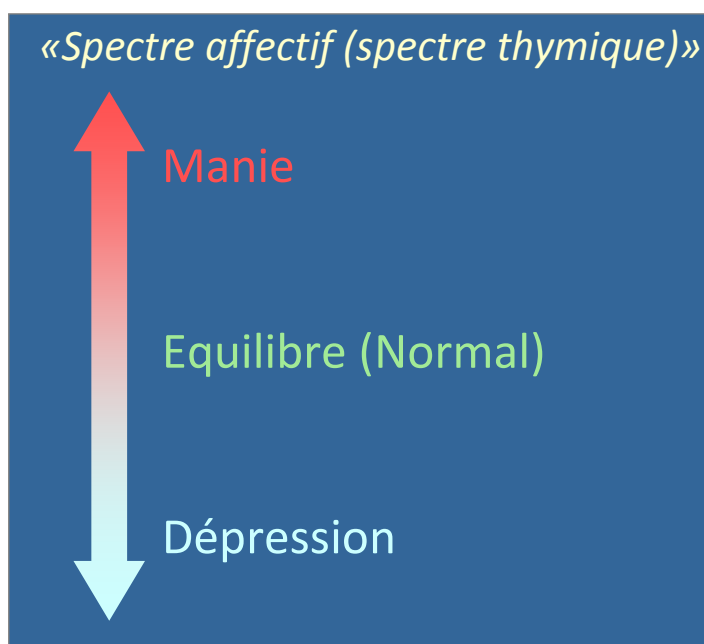
*rat forced
swimming test*



antidépresseurs 133

La dépression (*troubles affectifs*)

Dépression : trouble affectif, trouble de l'humeur



Variantes :

- État mixte, à la fois des symptômes positifs et négatifs
- Troubles bipolaires, avec alternances d'épisodes dépressifs et maniaques (troubles maniaco-dépressif)
- Dysthymie : forme atténuée, mais chronique de la dépression.

antidépresseurs 134

La dépression

Dépression : trouble affectif, trouble de l'humeur

Symptômes émotionnels :

- misères, apathie, pessimisme
- sous estime de soi, sentiment de culpabilité, d'inutilité, de laideur
- indécis, perte de la motivation

Symptômes biologiques :

- lenteur de pensée et d'action
- perte de la libido
- trouble du sommeil et perte de l'appétit

antidépresseurs 135

Diagnostic de la dépression

Le syndrome dépressif (ou maniaque) est diagnostiqué suite à la mise en évidence de symptômes caractéristiques après évaluation de diverses activités

- Activité **émotionnelle** (humeur, affectivité,...)
- Fonctions **végétatives** (sommeil, poids, appétit,...)
- Fonctions **cognitives** (mémoire, attention, tolérance)
- Impulsivité (suicide, homicide)
- Comportement (motivation, plaisir, intérêt, fatigabilité)
- Physique (douleurs épigastriques, tension musculaire, céphalée)

DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual (des troubles mentaux)

CIM-10 : 10^{ème} Classification Internationale des Maladies

antidépresseurs 136

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur (DSMIV)

- A. **Au moins cinq des symptômes suivants** doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur **dépressive**, soit (2) une **perte d'intérêt ou de plaisir**. NB: ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, des idées délirantes ou des hallucinations non congruentes à l'humeur.
1. **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple pleure). NB éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
 2. **Diminution** marquée de **l'intérêt** ou du **plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 3. **Perte ou gain de poids** significatif en l'absence de régime (par exemple modification du poids corporel en un mois excédent 5 p. 100), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
 4. **Insomnie** ou **hypersomnie** presque tous les jours.
 5. **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours (constate par les autres, non limitée à un sentiment subjectif de fièvre ou de ralentissement intérieur).
 6. **Fatigue** ou perte d'énergie presque tous les jours.
 7. Sentiment de **dévalorisation** ou de **culpabilité** excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou **indécision**, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement peur de mourir), idées **suicidaires** récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
- C. Les symptômes indiquent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple hyperthyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher. Ils persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

antidépresseurs 137

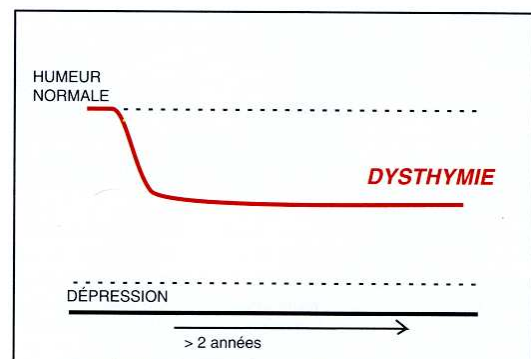
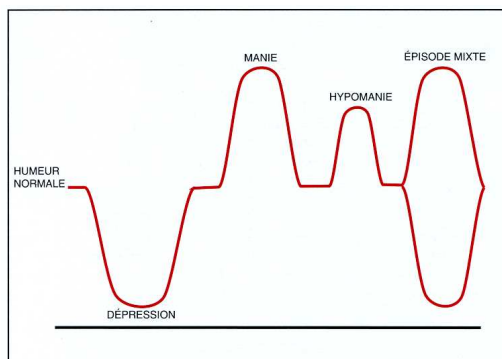
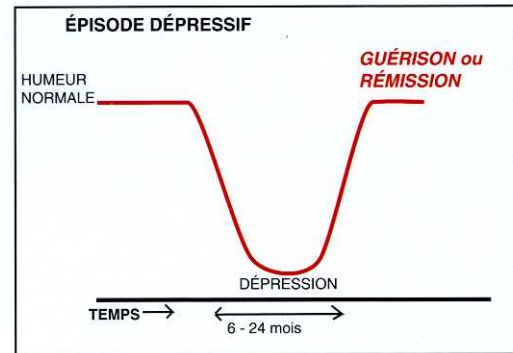
Critères diagnostiques d'un épisode maniaque (DSMIV)

- A. Une période nettement délimitée durant laquelle **l'humeur** est **élevée** de façon anormale et persistante, pendant au moins 1 semaine (ou tout autre durée si une hospitalisation est nécessaire).
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins trois des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante:
1. Augmentation de **l'estime** de soi ou idées de grandeur.
 2. **Réduction du besoin de sommeil** (par exemple le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 3. Plus grande **communicabilité** que d'habitude ou désir de **parler** constamment.
 4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 5. **Distractibilité** (par exemple l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants).
 6. Augmentation de **l'activité** orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
 7. **Engagement excessif** dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- C. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.
- D. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien s'il existe des caractéristiques psychotiques.
- E. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (par exemple hyperthyroïdie). NB : des épisodes d'allure maniaque clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (par exemple médicament, ismothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de trouble bipolaire I.

antidépresseurs 138

Dépression : épidémiologie et évolution

- ✓ Incidence de la dépression : ~ 5 %
- ✓ Incidence de troubles bipolaires : ~ 1 %
- ✓ Pic de survenue entre 20 et 40 ans
- ✓ Femme > Homme
- ✓ Existe aussi chez l'enfant et l'adolescent
- ✓ Episode dépressif dure de 6 à 24 mois
- ✓ Récidive dans ~ 50 % des cas



antidépresseurs 139

Dépression : Bases biologiques

Sur bases d'observations expérimentales :

- la déplétion de divers transmetteurs (monoamines) induit la dépression
- les substances qui augmentent la disponibilité de ces transmetteurs soignent la dépression

Hypothèse monoaminergique :

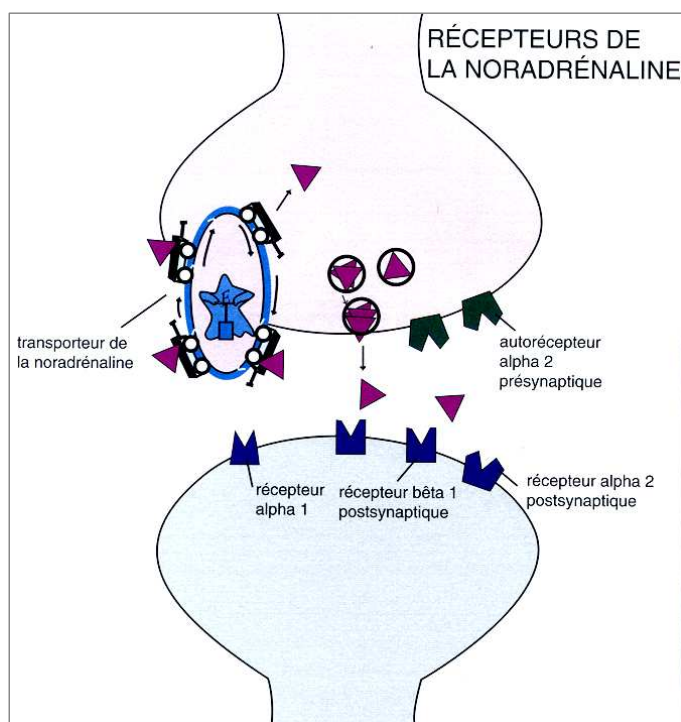
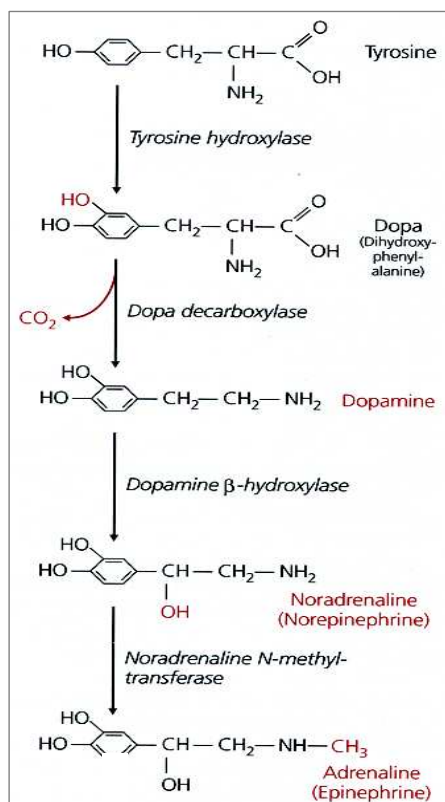
= déficit des transmissions { Noradrénergique (NA)
Sérotoninergique (5HT)

Rappel des éléments biochimiques des transmissions NA et 5HT :

- Synthèse à partir de tyrosine (NA) et de tryptophane (5HT)
- Libération (vésicules synaptiques fusionnent avec la membrane cellulaire)
- Fixation sur des récepteurs postsynaptiques, présynaptiques (autorécepteurs)
- Recapture présynaptique par les transporteurs spécifiques
- Dégradation par les monoamines oxydases (MAO) [dans la mitochondrie, NA et 5HT] et par la catéchol-O-méthyl transférase (COMT) [intracellulaire, NA]

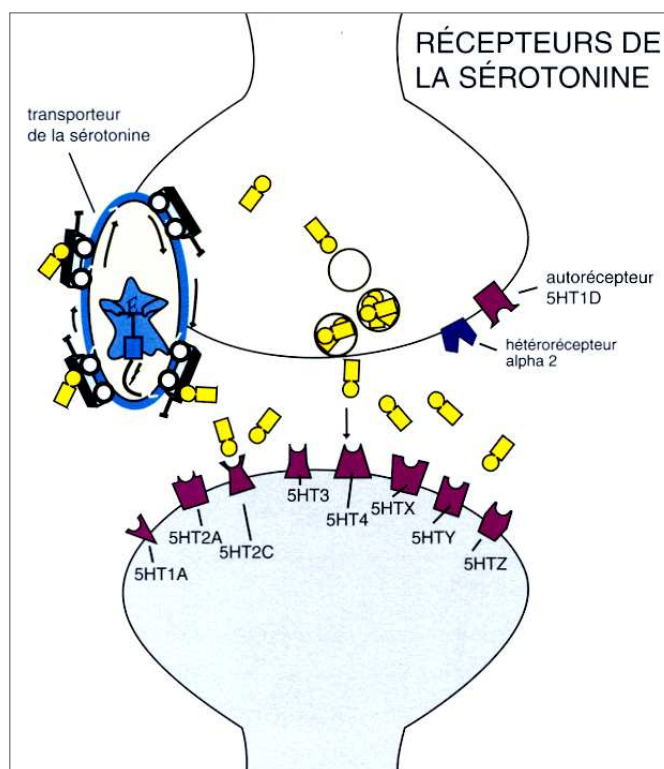
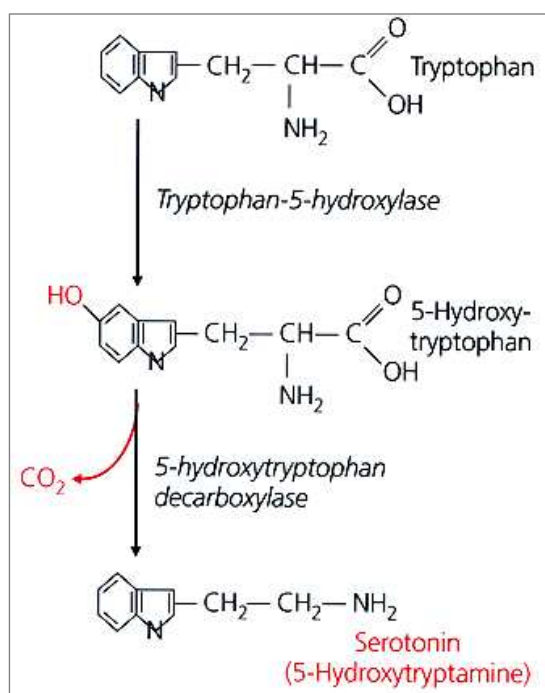
antidépresseurs 140

Synapse Noradrénergique



antidépresseurs 141

Synapse Sérotoninergique

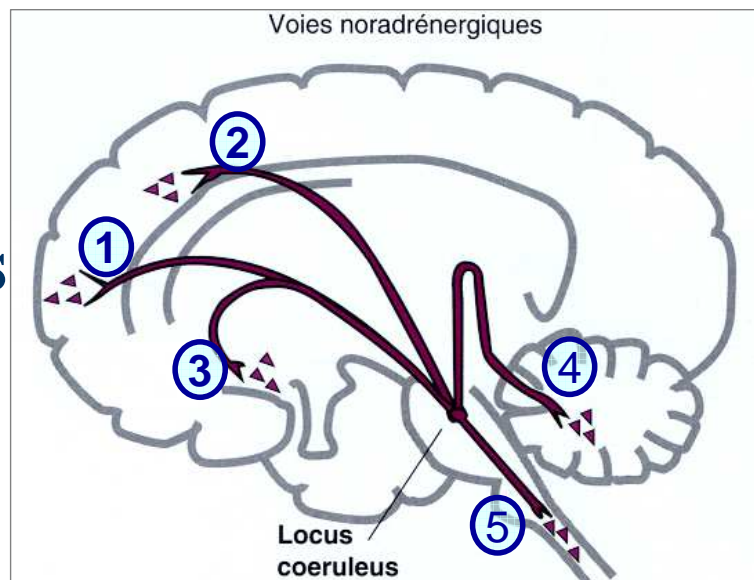


antidépresseurs 142

Voies Noradrénergiques

PHYSIO FARM12

Corps cellulaires
dans le
LOCUS COERULEUS
(tronc cérébral)



Principales projections

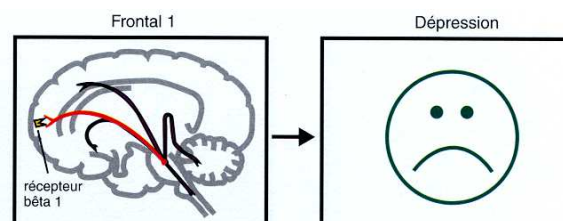
- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. Cortex frontal | 4. Cervelet |
| 2. Cortex préfrontal | 5. Tronc cérébral |
| 3. Cortex limbique | |

antidépresseurs 143

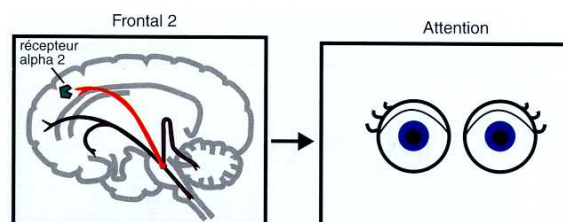
Voies Noradrénergiques

PHYSIO FARM12

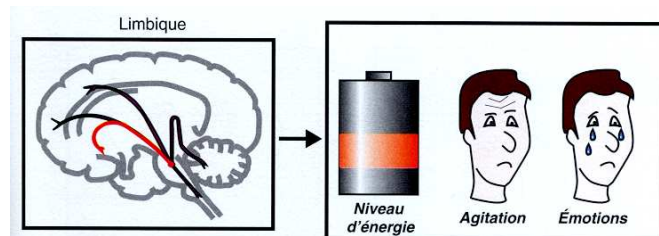
1. Locus coeruleus →
cortex frontal :
régulation de **l'humeur**
(rec β_1 postsynaptiques)



2. Locus coeruleus →
cortex préfrontal :
régulation de **l'attention, cognition, mémoire**
(rec α_2 postsynaptiques)

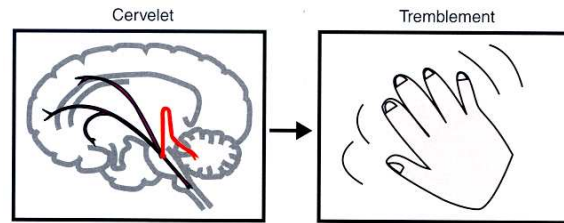


3. Locus coeruleus →
cortex limbique :
régulation des **émotions, de la fatigue, agitation**

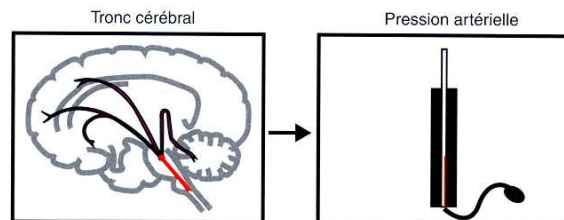


antidépresseurs 144

4. Locus coeruleus →
cervelet :
régulation de la motricité



5. Locus coeruleus →
tronc cérébral :
régulation de la pression
artérielle



! *NA aussi impliquée en périphérie dans divers autres contrôles au niveau périphérique : activité cardiaque, système urinaire, etc...*

antidépresseurs 145

Composante Noradrénergique

La transmission noradrénergique

- Corps cellulaires dans le locus coeruleus
- Contrôle de l'attention portée à l'environnement (extérieur et intérieur)
- Permet d'élaborer des priorités : fixer son attention, réagir face à une menace, répondre aux stimuli et en garder une trace mnésique, etc...

Étant donné les projections dans diverses zones du cerveau, le locus coeruleus est un carrefour nerveux important dans **la cognition, l'humeur, les émotions, la motricité et la pression artérielle**

Les altérations de la transmission noradrénergique centrale contribuent donc à l'apparition de **divers symptômes** de l'anxiété, la dépression,...

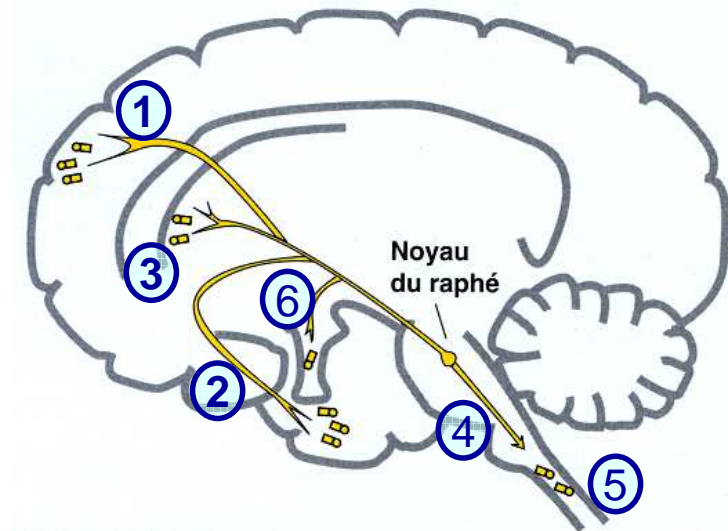
- Altération de l'attention
- Problèmes de concentration
- Ralentissement psychomoteur
- Fatigue
- Apathie...

antidépresseurs 146

Voies Sérotoninergiques

PHYSIO FARM12

Corps cellulaires dans le **RAPHÉ**
(tronc cérébral)



Principales projections

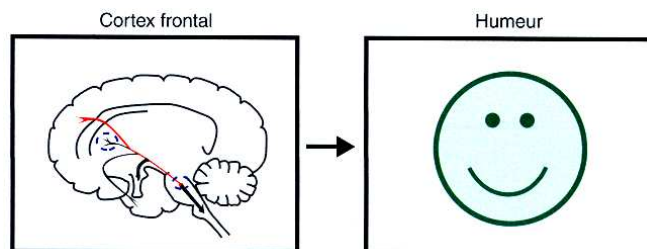
- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 1. Cortex frontal | 4. Moelle épinière |
| 2. Ganglions de la base | 5. Tronc cérébral |
| 3. Cortex limbique | 6. Hypothalamus |

antidépresseurs 147

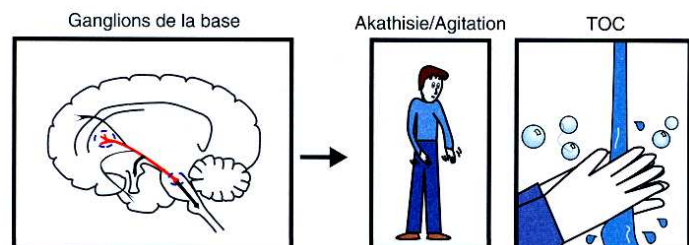
Voies Serotoninergiques

PHYSIO FARM12

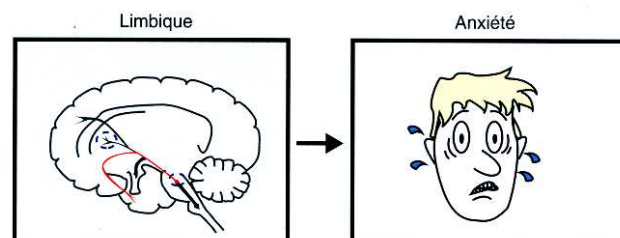
1. Raphé → cortex frontal
régulation de l'**humeur**



2. Raphé → ganglions de la base
régulation de la motricité,
obsession, compulsions
(Réc 5HT2A)

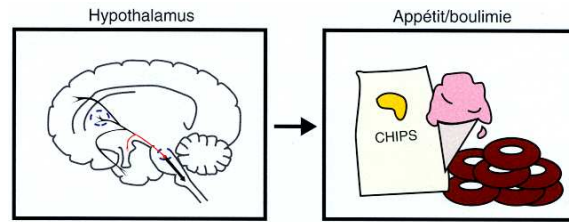


3. Raphé → cortex limbique
régulation de l'**anxiété**,
troubles paniques
(Réc. 5HT2A, 5HT2C)

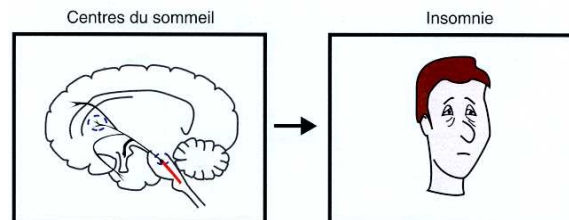


antidépresseurs 148

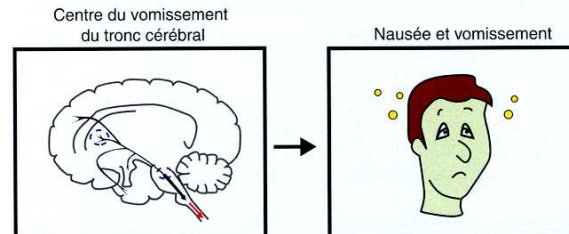
4. Raphé → hypothalamus :
régulation de l'**appétit** et
comportement alimentaire
(Réc. 5HT3)



5. Raphé → tronc cérébral :
régulation du **sommeil**
lent et profond
(Réc. 5HT2A)



6. Raphé → tronc cérébral:
régulation du centre
du vomissement
(Réc. 5HT3)



antidépresseurs 149

Composante sérotoninergique

Étant donné les diverses fonction de contrôle assurées par les voies sérotoninergiques au départ du raphé, les altérations de la transmission sérotoninergique centrale contribuent à l'apparition de divers symptômes de la dépression :

- *anxiété*
- *troubles du sommeil*
- *obsessions, compulsions*
- *troubles alimentaires*
- *troubles de l'humeur*

antidépresseurs 150

Dépression : Bases biologiques

Hypothèse *monoaminergique* :

= déficit des transmissions

{ Noradrénergique (NA)...troubles biologiques
Sérotoninergique (5HT)...troubles émotionnels

Mécanismes :

- Par insuffisance de neurotransmetteur
- Par perte de la sensibilité des récepteurs postsynaptiques (avec uprégulation des récepteurs)
- Par altération de la signalisation 'en aval' des récepteurs

But du traitement : augmenter les transmissions monoaminergiques, en augmentant la disponibilité de la NA et de la 5HT endogènes

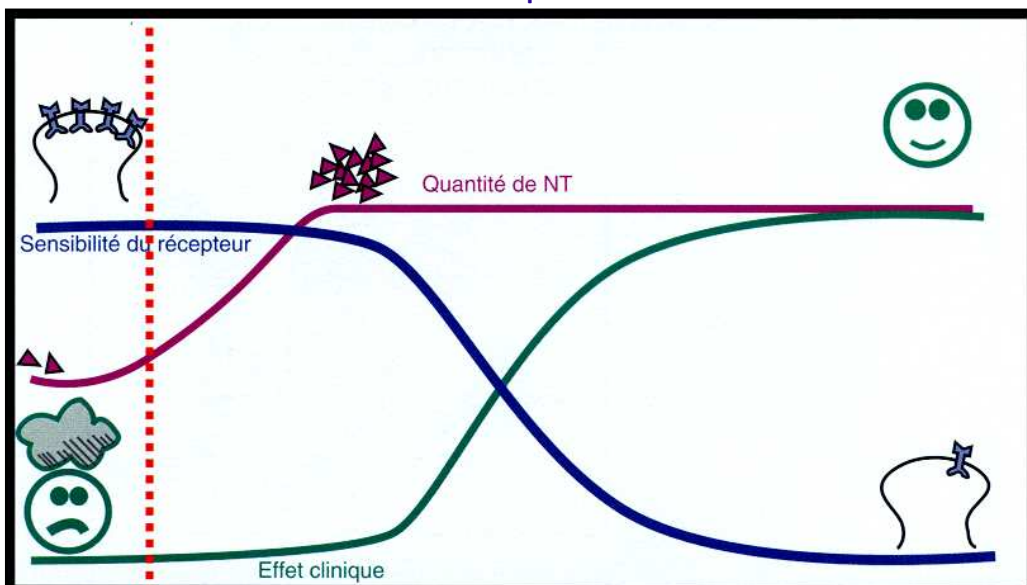
- Inhiber leur **recapture** (inhibiteurs de recapture de NA / de 5HT)
- Inhiber leur **dégradation** (inhibiteur de la monoamine oxydase)
- Inhiber les mécanismes endogènes de rétrocontrôle (**autorécepteurs**)

antidépresseurs 151

Traitement antidépresseur :

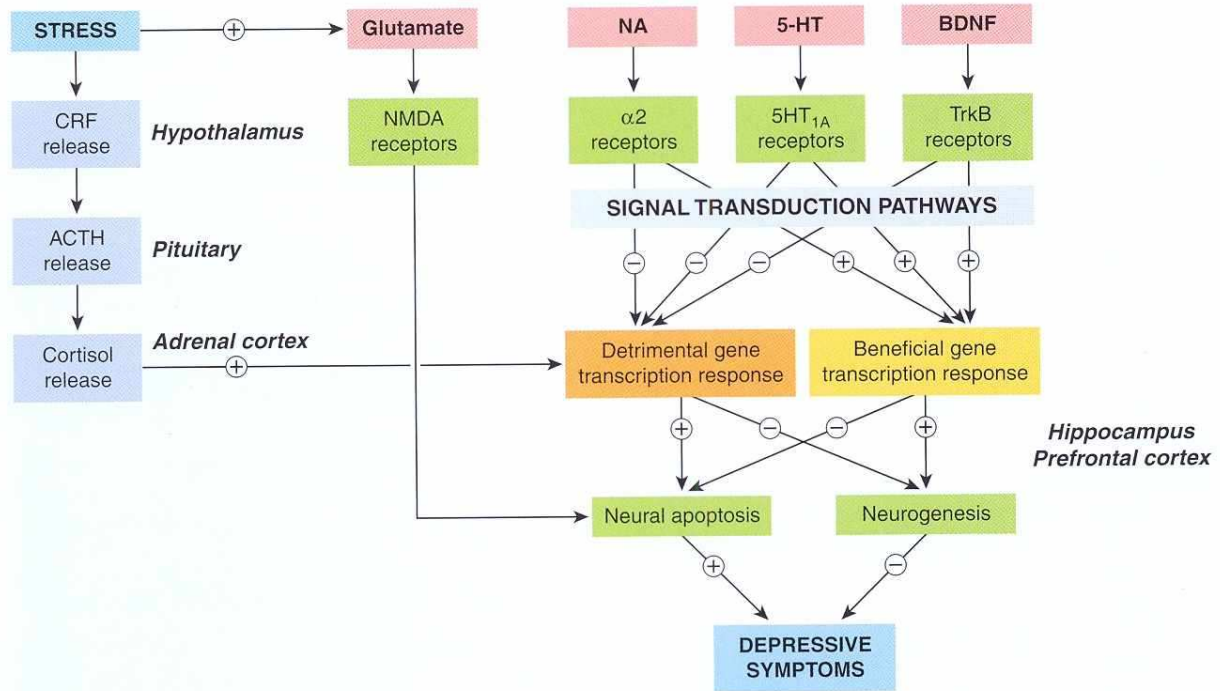
Évolution temporelle des trois effets des antidépresseurs

- augmentation des taux de neurotransmetteurs
- désensibilisation des récepteurs (qui étaient up-régulés)
- amélioration de l'état clinique



antidépresseurs 152

Stress, axe cortico-surrénalien et dépression



antidépresseurs 153

Development and Psychopathology,
11 (1999), 545–565

The effects of neonatal stress
on brain development:
Implications for psychopathology

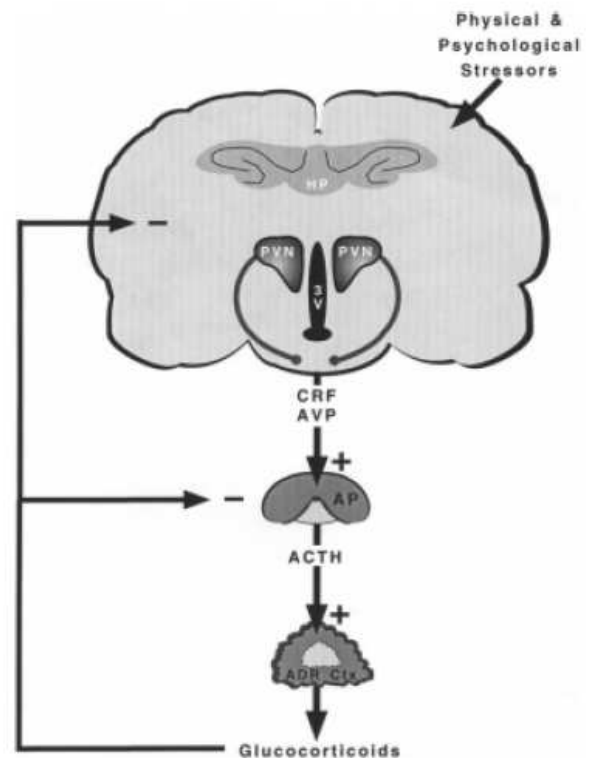


Figure 1. Neurobiological effects of physical and psychological stress on the CRF system and the HPA axis. HP, hippocampus; AP, anterior pituitary; ADR Ctx, adrenal cortex.

Inhibiteurs de Monoamine oxydase

Monoamine oxydases - A : responsables de la dégradation des amines monoaminergiques

Aliments riches en tyramine

- Choux
- Pommes de terres
- Harengs
- Gruyère
- Chianti
- Camembert



: Assurent aussi la dégradation de nombreuses amines alimentaires (ex. Tyramine, dans les fromages). Ces amines deviennent hautement toxiques (hypertension brutale, hémorragie cérébrale) si leur dégradation par les MAO-A est inhibée ↓ régime strict !

Importance de la réversibilité

Monoamine oxydases - B : responsables de la transformation de certaines amines toxiques potentiellement impliquées dans des processus neurodégénératifs

antidépresseurs 155

Inhibiteurs de Monoamine oxydase

IMAO classiques (irréversibles et non-sélectifs IMAO-A/IMAO-B)

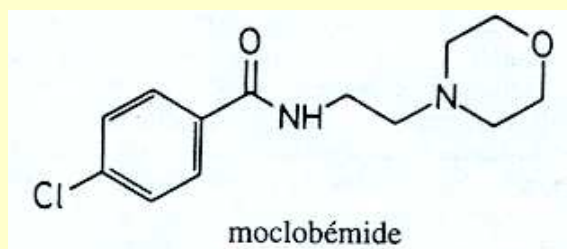
Quasi disparus de l'éventail thérapeutique actuel, étant donné risque de toxicité liée à leur irréversibilité.

- Iproniazide - *désuet* (analogue chimique de l'isoniazide, antituberculeux)
- Phénelzine - disponible en Belgique
- Tranylcypromine - non disponible en Belgique

IMAO-A sélectifs et réversibles

Pas de risque de toxicité étant donné la réversibilité d'action.

- Moclobémide



IMAO-B sélectifs

≠ antidépresseurs. Utilisés comme préventif de maladies neurodégénératives:

- Sélégiline cfr chapitre Parkinson

antidépresseurs 156

Inhibiteurs de Monoamine oxydase

Tableau 4: Effets des inhibiteurs de la MAO les plus importants sur l'activité de la MAO-A et de la MAO-B dans le cerveau et le foie de rat

Inhibiteurs (DCI)	ID ₅₀ mg/kg, s.c.			
	Cerveau		Foie	
	MAO-A	MAO-B	MAO-A	MAO-B
clorgyline	0.1	10	0.6	10
isocarboxazide*	2.5	2.1	—	—
moclobémide	1.5	10	0.6	3
phénelzine	1	2	2	6
sélégiline	10	0.09	10	0.2
tranylcypromine	0.6	0.25	0.45	0.2

Comparaison des spécificités des inhibiteurs de MAO

antidépresseurs 157

Inhibiteurs de Monoamine oxydase

Uniq. Phénelzine et Moclobémide

➡ Indications :

- Second choix (après les tricycliques) dans le traitement des dépressions
- Souvent utilisé lors d'échec avec les autres antidépresseurs
- Effet thérapeutique nécessite > 80% d'inhibition MAO
- Effet après 2-3 semaines

➡ Effets secondaires :

- SNC : Insomnie, irritabilité, agitation (moclobémide)
- Cardio-vasc : hypotension orthostatique (phénelzine)
- Toxicité hépatique (phénelzine)

➡ Précautions :

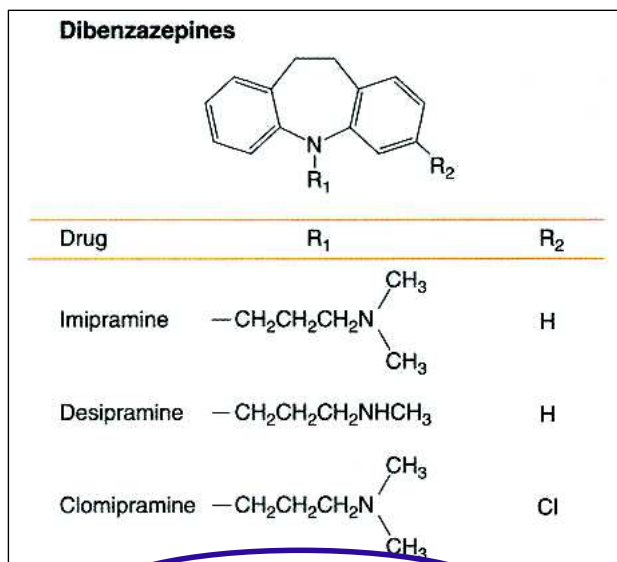
- Danger de toxicité des amines (cfr tyramine). Régime alimentaire obligatoire.
- Toxicité aiguë : crise hypertensive, vomissements, céphalée sévères etc...
- Prudence en cas d'association (déconseillée) avec autres antidépresseurs de type inhibiteurs de recapture
- Interdiction de tout sympathomimétique (ex : décongestionnant respiratoire)
- Après traitement IMAO irréversible (phénelzine), respecter un délai de 2 semaines avant fin de régime et autre antidépresseur.

antidépresseurs 158

Les antidépresseurs tricycliques

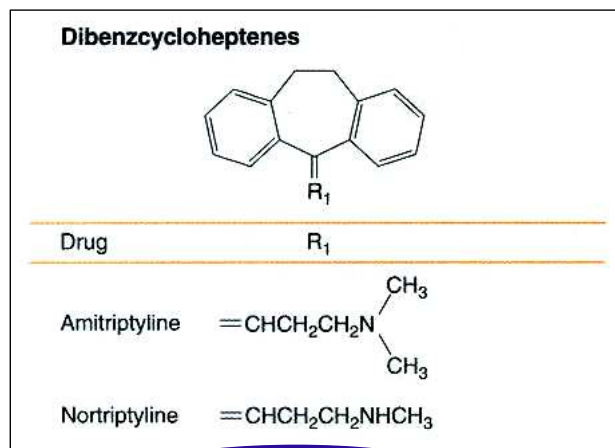
Classification chimique : 1ère génération

Dibenzazépines et dérivés
(groupe de l'imipramine)



Les '-pramines'

Dibenzocycloheptadiènes
(groupe de l'amitriptyline)

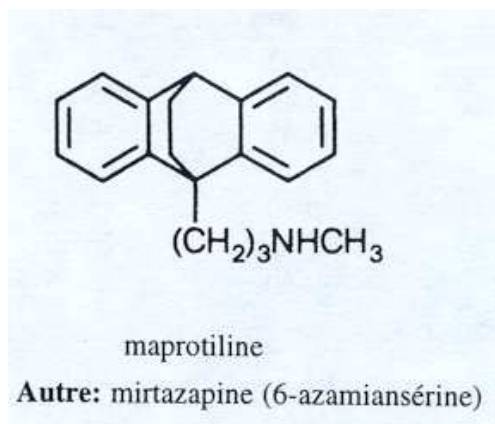
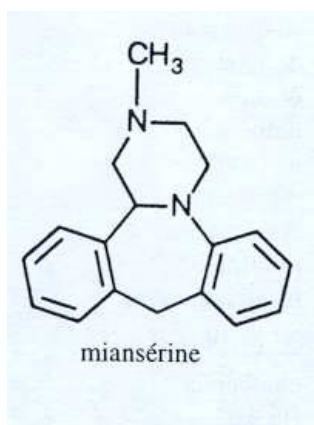


Les '-ptylines'

antidépresseurs 159

Substances apparentées aux tricycliques et antidépresseurs tétracycliques

Classification chimique : 2ème génération



+ Autres tricycliques apparentés : doxépine, dosulépine, mélitracène, ...

(voir répertoire commenté des médicaments)

antidépresseurs 160

ATC : antidépresseurs tri/tétracycliques

... en Belgique



(Répertoire commenté des médicaments)

Première génération

(imipramine, amitriptyline et dérivés)

clomipramine
désipramine
imipramine
nortriptyline
amitriptyline
dosulépine
doxépine

Deuxième génération

flupentixol
mélitracène
miansérine
maprotiline
Viloxazine
duloxétine

antidépresseurs 161

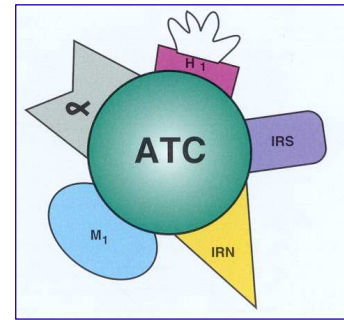
Mécanisme d'action des antidépresseurs

- **Inhibition de la recapture 5HT et/ou NA** ↑ augmentation de la disponibilité synaptique de ces amines et de la stimulation des récepteurs. **L'effet thérapeutique antidépresseur** (amélioration de l'humeur, activation du comportement, diminution de l'anxiété) impliquerait principalement les récepteurs 5HT
- **Conséquences :**
 - Projections 5HT raphé / cortex frontal : amélioration de l'humeur
 - Projections 5HT raphé / hypothalamus : amélioration des troubles alimentaires
- La correction des troubles impliqués dans la dépression nécessite une lente et profonde réadaptation biochimique : **régulation des récepteurs** up-régulés, amélioration des couplages intracellulaires de ces récepteurs etc...
- Cependant, la brusque augmentation de la stimulation des récepteurs (up-régulés par la maladie) au début du traitement conduit **temporairement à l'apparition d'effets indésirables d'origine sérotoninergique**. Ceux-ci tendent à disparaître au cours des premières semaines suite à la correction de l'activité des récepteurs.

antidépresseurs 162

ATC : antidépresseurs tri/tétracycliques

Propriétés pharmacologiques :



1. Inhibition *peu sélective* de la recapture

de la NA et de la 5HT

Note : Clomipramine : 5HT > NA

Désipramine, maprotiline NA > 5HT

2. Blocage des récepteurs **muscariniques****

Sécheresse buccale, vision floue, rétention urinaire,
constipation, troubles de la mémoire/cognition

3. Blocage des récepteurs **histaminiques H1**

Sédation, prise de poids

4. Blocage des récepteurs **adrénergiques α1**

Hypotension orthostatique, vertiges

Effet
antidépresseur
(+ effet antagoniste
hétérorécepteurs α₂ ?)

Effets
secondaires
indésirables
(Toxicité)

** moins d'effets
antimuscariniques
avec les AD de
seconde
génération

antidépresseurs 163

ATC : antidépresseurs tri/tétracycliques

Effets thérapeutiques

Effets précoces

Sédation + amélioration du sommeil

(surtout pour certains composés)

Effets retardés (après 2-3 semaines)

Amélioration de l'humeur

Correction des troubles de l'appétit

Activation du comportement

Diminution de l'anxiété

Autres intérêts thérapeutiques :

Effet antalgique (douleur chronique) (amitrypt, duloxétine)

Prise en charge des dépendances (cfr bupropione pour tabag.)

Énurésie nocturne infantile (imipr, amitryp.)

Rappel : atomoxétine (THADA)

antidépresseurs 164

ATC : antidépresseurs tri/tétracycliques

Spécificité d'effet sur les systèmes de recapture

Les ATC présentent une certaine spécificité, mais les métabolites (actifs !) ont une spécificité parfois différente

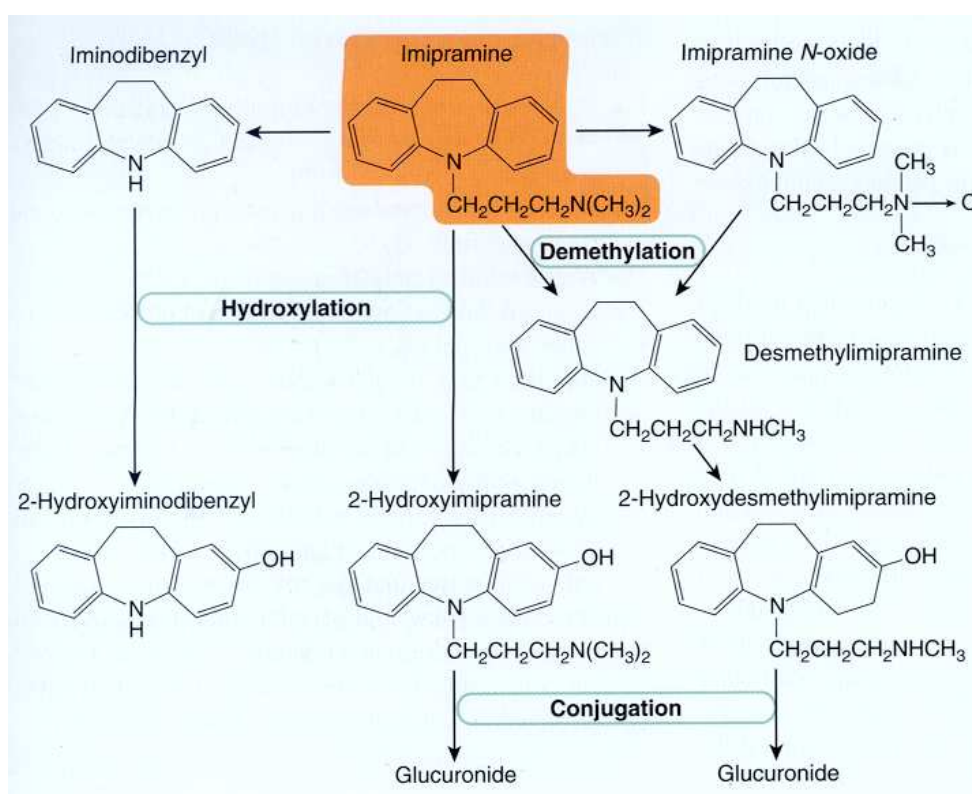
Drug/metabolite	NA uptake	5-HT uptake
Imipramine	+++	++
Desmethylimipramine (DMI)	++++	+
Hydroxy-DMI	+++	-
Clomipramine (CMI)	++	+++
Desmethyl-CMI	+++	+
Amitriptyline (AMI)	++	++
Nortriptyline (desmethyl-AMI)	+++	++
Hydroxynortriptyline	++	++



antidépresseurs 165

ATC : antidépresseurs tri/tétracycliques

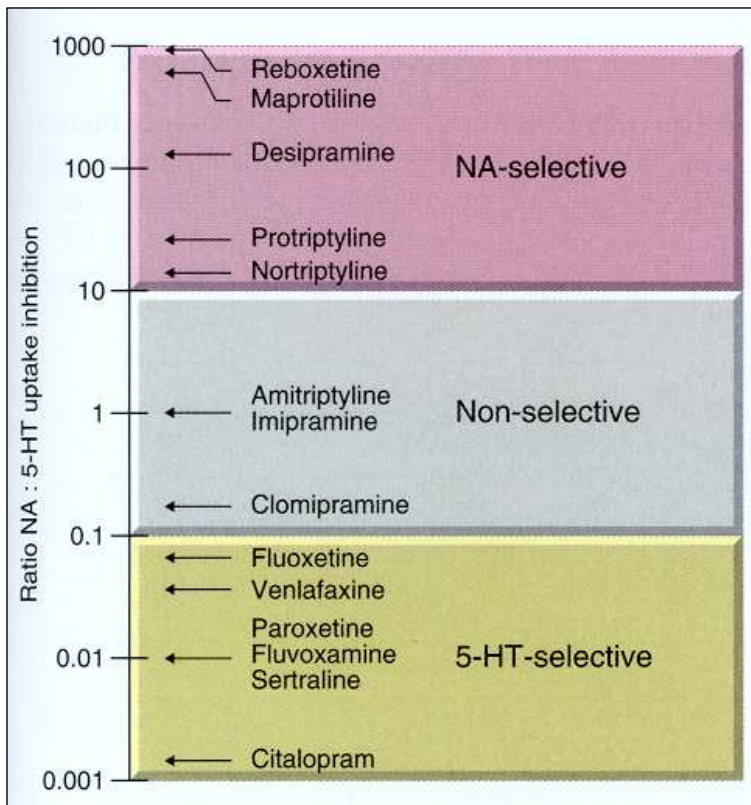
Métabolisme : exemple type, l'imipramine



antidépresseurs 166

ATC : antidépresseurs tri/tétracycliques

Spécificité d'effet sur les systèmes de recapture



Effet thérapeutique sur les troubles biologiques
NA > 5HT

Effet thérapeutique sur les troubles émotionnels
5HT > NA



antidépresseurs 167

Antidépresseurs tri/tétracycliques : effets indésirables

Aux concentrations thérapeutiques :

- « effets **atropiniques** » (antagonisme muscarinique) : sécheresse buccale, vision trouble, constipation, rétention urinaire (surtout avec amitriptyline)
- **Hypotension orthostatique** (inattendue!)
- Abaissement du niveau de vigilance, **sédation** (prolongée 24h/24), troubles de la concentration
- **Troubles cardiaques** (dysrythmies ventriculaires)

Toxicité aiguë (overdoses et suicides)

note : forte liaison protéines plasmatiques. Interaction médicamenteuse avec autres médicaments liés (aspirine, phénylbutazone) et risque de toxicité.

- Effets SNC : Excitation et délires, convulsions, dépression respiratoire, coma.
- Cardiaque : dysrythmie, fibrillation ventriculaire, arrêt cardiaque.
- Potentialisation des effets de l'alcool

Antidépresseurs : Pourquoi autant de molécules ?

R: Bien que présentant un mécanisme principal identique, les diverses molécules montrent des différences d'activités pharmacodynamiques conduisant à des propriétés thérapeutiques légèrement distinctes (en particulier sur la sédation)

Effet sédatif prononcé : - miansérine
- amitriptyline
- doxépine

Effet sédatif modéré : - maprotiline
- clomipramine
- imipramine

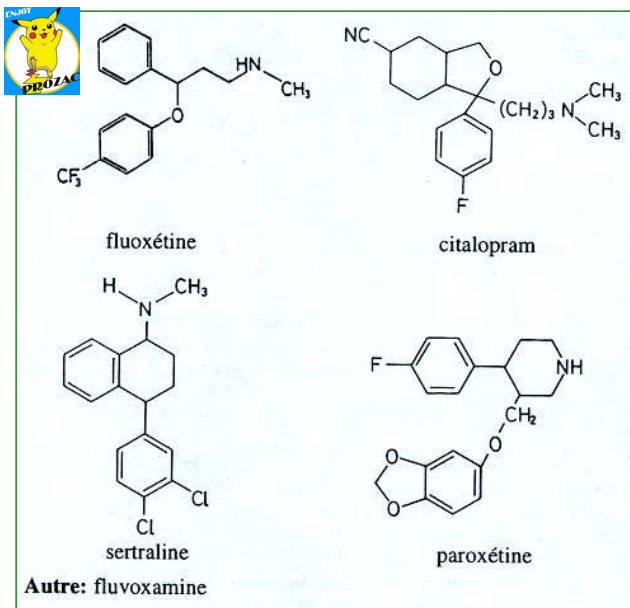
Effet plutôt activateur : - désipramine,
- nortriptyline

*diminuent
l'agressivité,
utiles pour les
dépressions
anxieuses*

*augmentent la
vigilance,
l'agressivité, utile
pour « l'asthénie »*

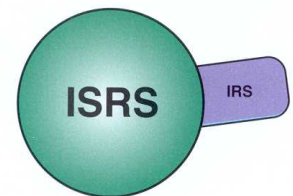
antidépresseurs 169

ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine



5 représentants utilisés :

- Fluoxétine
- Fluvoxamine
- Paroxétine
- Sertraline
- Citalopram



+ effets
antimuscariniques

Efficacité semblable, mais différence pharmacocinétique et différence d'interactions médicamenteuses (cfr Cyt P450)

Sélectivité = très peu d'effets indésirables liés aux récepteurs muscariniques, histaminiques et adrénergiques = facilité d'usage

antidépresseurs 170

ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

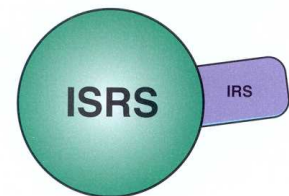
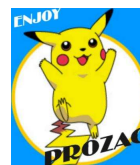
Tableau 3A: Effets des antidépresseurs sur le recaptage de la noradrénaline (NA) et de la sérotonine (5-HT)

Antidépresseurs (DCI)	In vitro			In vivo	
	Cerveau de rat		Thrombocytes humains	Cerveau de rat	
	IC ₅₀ exprimée en 10 ⁻⁸ M		5-HT	ID ₅₀ exprimée en mg/kg p.o.	
	NA	5-HT	5-HT	NA	5-HT
amitriptyline	4.1	4.4	55	100	120
citalopram	440	0.6	30	> 10	2
clomipramine	4.6	0.5	7	80	15
désipramine	0.2	35	300	11	180
dibenzépine	2.3	220	7000	-	-
doxépine	6.5	20	500	300	85
fluoxétine	55	2.7	44	> 100	8
fluvoxamine	-	-	-	> 100	5
imipramine	4.6	4.4	55	17	50
maprotiline	4.6	> 2000	>10000	140	> 600
moclobémide	> 1000	> 1000	-	> 100	> 100
miansérine	-	>500	130	-	> 100*
nortriptyline	0.9	17	150	150	200
trazodone	-	-	-	> 100	> 30
viloxazine	25	10000	1000	40	150

Comparaison des spécificités des ISRS et des AD tricycliques

antidépresseurs 171

ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

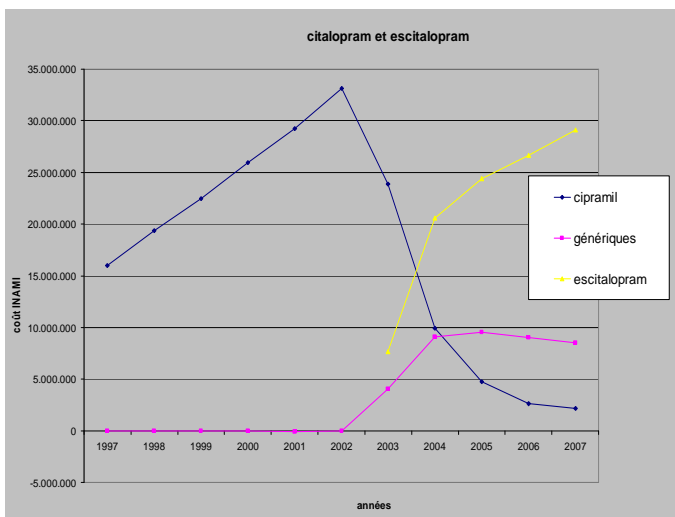


Lequel choisir ?

- Fluoxétine..... plutôt stimulant (Prozac^R)
 - Fluvoxamine..... plutôt sédatif
 - Paroxétine plutôt utilisé comme anxiolytique (dans l'anxiété généralisée)
 - Sertraline
 - Citalopram
- } Neutres (ni sédatifs, ni excitants)

Cipramil (Lundbeck)
[citalopram] compr. (séc.) € 28 x 20 mg
Sipralexa (Lundbeck)
[escitalopram] compr. (séc.) € 28 x 10 mg

rs 172



escitalopram (Seroplex[®]) UN ISOMÈRE DU CITALOPRAM, SANS AUCUN AVANTAGE THÉRAPEUTIQUE

Résumé

- L'escitalopram (Seroplex[®]), un isomère du citalopram (Seropram[®]), un inhibiteur dit "sélectif" de la recapture de la sérotonine, est commercialisé en France pour la dépression et le trouble panique, comme le citalopram. 10 mg d'escitalopram correspondent à 20 mg de citalopram.
- Les 3 essais ayant comparé le citalopram et l'escitalopram (chez un total de 1 321 patients ambulatoires traités en double aveugle durant 8 semaines) n'ont pas mis en évidence de différence d'effet statistiquement significative sur l'échelle MADRS.
- Deux autres essais n'ont pas mis en évidence de différence d'effet entre

l'escitalopram et la venlafaxine (Effexor[®]) sur l'échelle MADRS.

- Aucun des essais comparatifs disponibles n'a duré plus de 8 semaines. Au-delà il n'y a pas de comparaison détaillée disponible sur un suivi à long terme des patients.
- Dans le trouble panique, le seul essai disponible ne permet pas d'affirmer que l'effet de l'escitalopram est différent de celui du citalopram.
- Aucune différence n'a été mise en évidence entre le citalopram et l'escitalopram en ce qui concerne les effets indésirables, ni sur le plan qualitatif ni sur le plan de la fréquence. Le risque d'interactions médicamenteuses ne semble pas non plus différent.

● La dépense médicamenteuse est plus élevée avec l'escitalopram (non remboursable au 6 avril 2004) qu'avec le citalopram.

● En pratique, il n'y a pas de raison actuellement pour remplacer le citalopram par l'escitalopram, dans le traitement de la dépression en ambulatoire ou le trouble panique.

N'APPORTE RIEN DE NOUVEAU

L'escitalopram (Seroplex[®]) n'a pas d'avantage démontré en terme de bénéfices ni de risques par rapport au citalopram (Seropram[®]), dont il est un isomère.
Rev Prescrire 2004 ; 24 (250) : 325-328.

antidépresseurs 173

ISRS: effets indésirables

Effets sérotoninergiques indésirables en début de traitement

Causés par la stimulation aiguë des récepteurs 5HT dans les diverses voies sérotoninergiques :

- Projections 5HT raphé / cortex frontal : apathie
- Projections 5HT raphé / cortex limbique : agitation, anxiété, panique
- Projections 5HT raphé / ganglions de la base :
mouvements anormaux, ralentissement psychomoteur (pseudo parkinson)
- Projections 5HT raphé / tronc cérébral (centre du sommeil) :
troubles du sommeil
- Projections 5HT raphé / tronc cérébral (centre du vomissement) : nausées
- Projections 5HT raphé / moelle épinière : troubles de l'activité sexuelle
- Tissus périphériques : troubles digestifs

antidépresseurs 174

Intoxication aux antidépresseurs

A mettre en rapport avec les risque de suicide liés à la dépression

• Tricycliques (1ère génération)

- Risque élevé d'overdose sévère. Cfr petits conditionnements.
- Coma et acidose métabolique, dépression respiratoire, agitation, délire, convulsions, arythmies cardiaques
- Traitement : Assistance médicale - Antiarythmique + correction des constantes biologiques (pH, potassium, etc...)



• 2ème génération, ISRS

- Risque d'intoxication sévère quasi inexistant. Amplification des effets indésirables
- Syndrome sérotoninergique
- Attention aux antidépresseurs psychostimulants et le suicide

Antidépresseurs et syndrome sérotoninergique

Causes : excès de sérotonine apparaissant

- quelques heures à **quelques jours** après le début d'un traitement augmentant l'activité sérotoninergique (surtout ISRS)
- quand un IMAO-A (moclobémide) est administré avec un ISRS, ce qui est contre indiqué
- lors d'une administration successive d'un IMAO-A et d'un ISRS, dans un intervalle trop court (recommandé 2 semaines sauf dans le sens fluoxétine IMAO-A, mais grande susceptibilité individuelle)
- lors d'une intoxication aiguë, quelques heures après l'ingestion simultanée d'un imipraminique ou un IMAO-A et d'un ISRS

!!! Beaucoup de médicaments d'autres chapitres ont une composante 5HT

Antidépresseurs et syndrome sérotoninergique

Forme bénigne

- nausées, agitation, comportement agressif, paresthésies
- évolution favorable en quelques heures après arrêt des traitements

Forme grave : ensemble de manifestations psychiques, motrices et végétatives :

- Agitation, confusion, hypomanie
- Tremblements, myoclonies
- Hypertonie diffuse puis rigidité musculaire avec ses conséquences (difficulté respiratoire,...)
- Mydriase, sueurs, hyperthermie, frissons
- Augmentation de la pression artérielle, tachycardie, tachypnée

antidépresseurs 177

Antidépresseurs et syndrome sérotoninergique

- ne survient que rarement lors de l'utilisation d'un seul médicament sérotoninergique, sauf en cas de surdosage.
- Observé lors de combinaisons : soit un ISRS, soit un IMAO, en association avec au moins un autre médicament sérotoninergique tel que le dextrométhorphan, certains analgésiques morphiniques (hydromorphone, péthidine, tramadol), la buspirone, certains antipsychotiques, de nombreux antidépresseurs (surtout les ISRS et les IMAO, mais aussi certains ATC et apparentés tels que la clomipramine, la duloxétine, l'imipramine, la trazodone et la venlafaxine), le lithium, le millepertuis, les triptans et les dérivés de l'ergot, le linézolide, la sibutramine.

Extrait des Folia Pharmacotherapeutica 2009

antidépresseurs 178

Antidépresseurs et syndrome sérotoninergique

- Tramadol : inhib recapt 5HT (DOULEURS)
- Triptans : agoniste 5HT_{1B} et 5HT_{1D} (MIGRAINE)
- Sétrons : antagonistes 5HT₃ (NAUSEES)
- Dérivés ergot : agonistes (partiel) de récepteurs 5HT vasculaires (MIGRAINE)
- Sibutramine : inhib recapt NA & 5HT (OBESITE, retiré du marché en 2010)
- Cisapride : agoniste 5HT₄ (NAUSEE, retiré du marché en avril 2011)

antidépresseurs 179

Autres (± nouveaux) antidépresseurs :

1. IRN : inhibiteur sélectif de la recapture de la NA

Réboxétine

2. IRSN : inhibiteur de la recapture de la NA et de la 5HT (sans les autres multicomposantes des tricycliques)

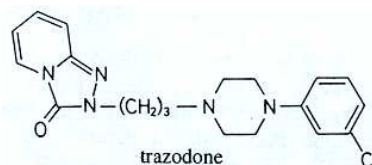
Venlafaxine Bonne efficacité/faible toxicité.

3. Antagonistes des récepteurs adrénergiques α_2 (hétérorécepteurs qui assurent un rétrocontrôle négatif)

Mirtazapine (bloque aussi certains récepteurs 5HT, H₁,...)

4. Composés à activité mixte : Antagoniste récepteur 5HT_{2A} et inhibiteurs de la recapture de la 5HT : Les SARI (*serotonin 2A antagonists/reuptake inhibitors*)

Trazodone



antidépresseurs 180

Pharmacocinétique des antidépresseurs

- **Administration orale**
- **Métabolisme** du noyau polycyclique (hydroxylation) et de la chaîne latérale aliphatique (déméthylation avec métabolites actifs !). La fluoxétine est métabolisée en norfluoxétine (métabolite actif, demi vie de 7 jours!)
- **Demi-vies assez longues** (15-30 heures) permettant une seule administration quotidienne (le soir). Parfois très longue (Problème en cas de changement d'antidépresseur, surtout de ISRS vers un IMAO : 5 semaines de délai après fluoxétine).
- Sauf certains à demi vie plus courte (2x par jour) :
Venlafaxine et Trazodone

antidépresseurs 181

Antidépresseurs et interactions médicamenteuses

Antidépresseurs et Cytochrome P450 (I)

CYP450 1A2 et CYP450 2D6

- Certains AD tricycliques (ex : clomipramine, imipramine) **sont métabolisés** par les CYP450 1A2 et CYP450 2D6.
- Certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS; ex : fluvoxamine, paroxétine) **sont des inhibiteurs puissants** des CYP450 1A2 et CYP450 2D6.
- Donc, risque de toxicité lors de l'utilisation combinée ou successive des ISRS et AD tricycliques.
- Risque de toxicité des autres médicaments métabolisés par ces enzymes : Théophylline, caféine, ...

antidépresseurs 182

Antidépresseurs et Cytochrome P450 (II)

CYP450 3A4

- Les ISRS fluoxétine et fluvoxamine **sont des inhibiteurs puissants** du CYP450 3A4.
- Ce CYP450 3A4 est fortement impliqué dans la dégradation de divers médicaments SNC: benzodiazépines, carbamazépine, phénytoïne
↑ Risque de toxicité.
- Idem pour d'autres substrats du CYP450 3A4 hors du SNC : cisapride (antiémétique), terféndine (antihistaminique).

↓ **!! Adaptation des posologies !!**

antidépresseurs 183

Pharmacothérapie de la dépression

Les effets thérapeutiques ne sont pas immédiats, l'amélioration nécessite plusieurs semaines .

Les IMAO : désuets pour les irréversibles. Regain d'intérêt avec les substances récentes sélectives IMAO-A réversibles (moclobémide).

Les AD tricycliques : efficaces, mais nombreux effets indésirables et risque de toxicité.

Les ISRS : efficaces (pas plus!) et moins d'effets indésirables. Effets secondaires au début, mais s'atténuent progressivement.

Importance des interactions médicamenteuses étant donné l'inhibition des cytochromes P450 par les ISRS ou son implication dans la dégradation des ADT.

antidépresseurs 184

Le traitement de la dépression en résumé :

- Choix de l'AD :
 - Dépend du patient - nécessité de sédation ?, efficacité de traitements antérieurs, compatibilité avec autres médicaments etc...
 - **L'efficacité de tous les AD (première et deuxième génération, ISRS) est équivalente.** La différence concerne les effets indésirables et le risque de toxicité.
 - Les AD tricycliques (première génération) s'avèrent efficaces dans la plupart des cas de dépression (même préférés pour les dépressions sévères).
 - Le recours aux substances de seconde génération ou aux ISRS ne se justifie qu'en cas d'apparition des effets indésirables propres aux AD tricycliques. En outre, certains ISRS présentent plus d'effets indésirables digestifs (nausées).
 - Les composés de seconde génération et les ISRS présentent moins de risques cardiotoxiques en cas de surdosage (approprié en cas de tendance suicidaire)

antidépresseurs 185

Le traitement de la dépression en résumé :

- Durée du traitement et posologies
 - Mise en route : quelques semaines.

Souvent commencer en joignant une benzodiazépine (15j – petits conditionnement)
 - Efficacité évaluée après 4-8 semaines.
 - Poursuite : 4-6 mois.
 - Si dépression récurrente : 5 ans ou indéfinie
 - posologie très variable

6.3.1.1. Premier groupe		
Imipramine et dérivés		
<i>ANAFRANIL (Novartis)</i>		
clomipramine chlorhydrate		
compr. Retard (séc., lib. prolongée)		
42 x 75 mg	R/ (b)	17,70 €
drag.		
150 x 10 mg	R/ (b)	9,49 €
30 x 25 mg	R/ (b)	4,14 €
150 x 25 mg	R/ (b)	19,16 €
amp. i.v.		
10 x 25 mg/2 ml	R/ (b)	9,20 €
<i>Posol. per os: jusqu'à 250 mg p.j.</i>		
<i>PERTOFRAN (Novartis)</i>		
désipramine chlorhydrate		
drag.		
100 x 25 mg	R/ (b)	8,85 €
<i>Posol. jusqu'à 200 mg p.j.</i>		
<i>TOFRANIL (Novartis)</i>		
imipramine chlorhydrate		
drag.		
60 x 10 mg	R/ (b)	2,33 €
200 x 25 mg	R/ (b)	10,29 €
<i>Posol. jusqu'à 200 mg p.j.</i>		

antidépresseurs 186

Addendum : Utilisation du millepertuis (*Hypericum perforatum*) dans la dépression.

Usage (libre) :

- Efficacité variable dans le traitement de dépressions modérées
- Mécanisme ? IRS? IMAO?

Standardisation?

Risque d'interactions avec

Ciclosporine
Théophylline
Anticoagulants oraux
Contraceptifs oraux
Digoxine
ISRS

Hypericine
Hyperforine
Amentoflavone
B-sitostérol

!!

Inducteur
CYP3A4



antidépresseurs 187

Le lithium (Carbonate de lithium)

→ Chimie :

Métal alcalin (comme le K^+ et le Na^+).

Concentration plasmatique :

efficace : 0,5 - 1 mM

toxique : >1,5 mM

Fenêtre thérapeutique étroite

→ Classe pharmacologique :

Stabilisateur d'humeur (normothymique).

Ne provoque ni dépression du SNC, ni excitation, ni euphorie.

→ Mécanisme d'action incertain :

- Augmente la transmission sérotoninergique (augmente la synthèse et la libération de 5HT)
- Atténue la transmission noradrénergique (diminue la libération de NA et altère le fonctionnement des récepteurs adrénergiques)
- Atténue les réponses des récepteurs impliquant la phospholipase C (inhibe le cycle des phosphoinositides)

antidépresseurs 188

Le lithium (Carbonate de lithium)

Indications :



- Traitement de choix pour la **prévention** de **phases maniaques**
- En association (avec antidépresseur), traitement prolongé (prophylactique) des troubles bipolaires (psychose maniaco-dépressive)
- Usage dans les dépressions unipolaires moins justifié (polythérapie?)
- La mise en place de l'effet thérapeutique nécessite 2-3 semaines

*Note : autre normothymiques : bloqueurs de canaux sodium
carbamazépine, acide valproïque (cfr antiépileptiques), et
antipsychotiques atypiques (quétiapine, aripiprazole, rispéridone)*

Dose : très variable (! Fonction rénale, poids, âge, etc...).
Dépend du type de sel. Ordre de grandeur : 500 mg de
carbonate (ou 2 g de gluconate). Fractionné en 2 ou 3x/j.

antidépresseurs 189

Le lithium (Carbonate de lithium)

Effets indésirables

- Le lithium présente une **faible sécurité d'usage** (fenêtre thérapeutique étroite).
- Effets secondaires nombreux : nausée, diarrhée, tremblements, sédation, fatigue musculaire, polydipsie, polyurie.
- Le traitement chronique peut conduire à une hypothyroïdie.
- Intoxication : vomissements diarrhée, arythmies cardiaques, convulsions.
- La réduction de la natrémie favorise la réabsorption rénale du Li^+ (régimes pauvres en Na^+ , diurétiques).

Inhibe
iodination de
la tyrosine?

Remarque : le Li^+ pénètre dans les cellules en se substituant
au Na^+ , ses cibles sont donc préférentiellement le tissu
nerveux, les reins, le cœur,...

antidépresseurs 190

Le lithium (Carbonate de lithium)

Thérapeutique efficace (quand elle est bien menée!)...
... mais difficile à mettre en place (variations inter-individus)
Traitement de durée très prolongée (prophylactique!)

Précautions

- Pharmacocinétique très variable. Posologie à adapter.
- Ne pas changer de régime hydrique, ni ionique (! Diurétiques).
- Ne pas changer de spécialité (variations dans la biodisponibilité)
- Précautions d'usage : vérifier les fonctions rénale, cardiaque, thyroïdienne.
- Tératogène : Usage très déconseillé 1^{er} trimestre de la grossesse.

antidépresseurs 191

Chapitre 3 en résumé : *L'arsenal thérapeutique de la dépression :*

Tri- et Tétracycliques
et apparentés

'X-pramine'
'Y-ptyline'
'Z-épine'

IMAO-A

Moclobémide

ISRS

*Fluoxétine
Fluvoxamine
Paroxétine
Sertraline
Citalopram*

Antagoniste $\alpha 2$
Mirtazapine

IRSN

Venlafaxine

SARI

Trazodone

IRN

Réboxétine

Li⁺

antidépresseurs 192