

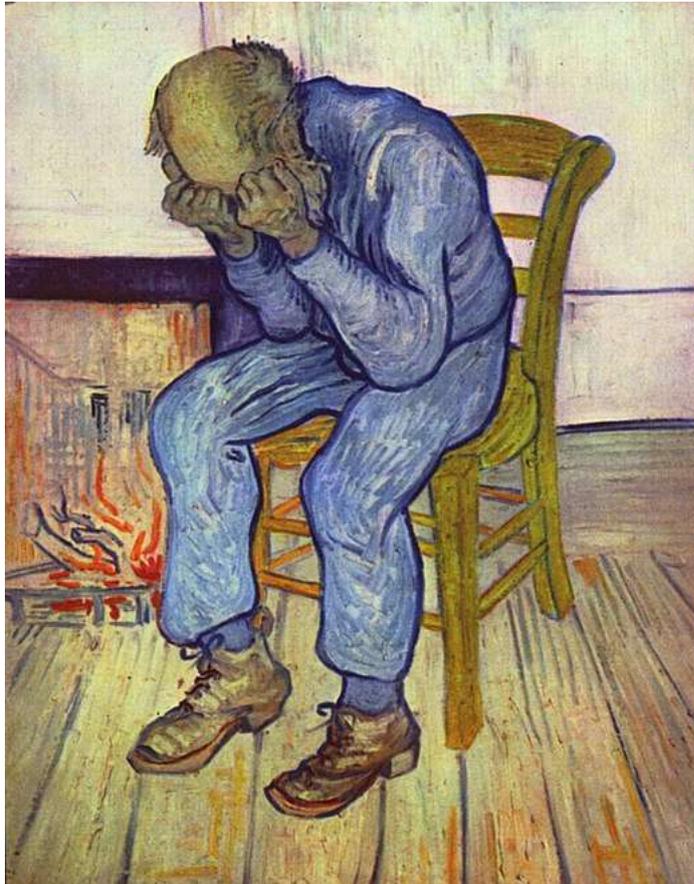
**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 12 novembre 2019

Hôpital cantonal de Genève

[Antidépresseurs : Etat actuel, nouveautés, perspectives...](#)

Pr. J.M. Aubry



Un épisode dépressif majeur touche 5-10% de la population sur 1 année.

15-20% de femmes et 5-10% d'hommes.

10% des patients qui consultent en médecine de 1<sup>er</sup> recours présenteraient un état dépressif.

Le 1<sup>er</sup> épisode dépressif se manifeste avant l'âge de 20 ans chez 40% des patients.

Après le 1<sup>er</sup> épisode, il y a moins de 60% de récurrences.

Après le 2<sup>e</sup> épisode, il y a entre 60 et 90% de récurrences.

Après le 3<sup>e</sup> épisode, il y a plus de 95% de récurrences.

Le traitement va donc comprendre une phase d'attaque (6-12 semaines), une phase d'entretien (4-9 mois) et selon les cas un traitement préventif (au-delà d'1 an).

On retiendra les différentes classes à disposition, cf ci-dessous :

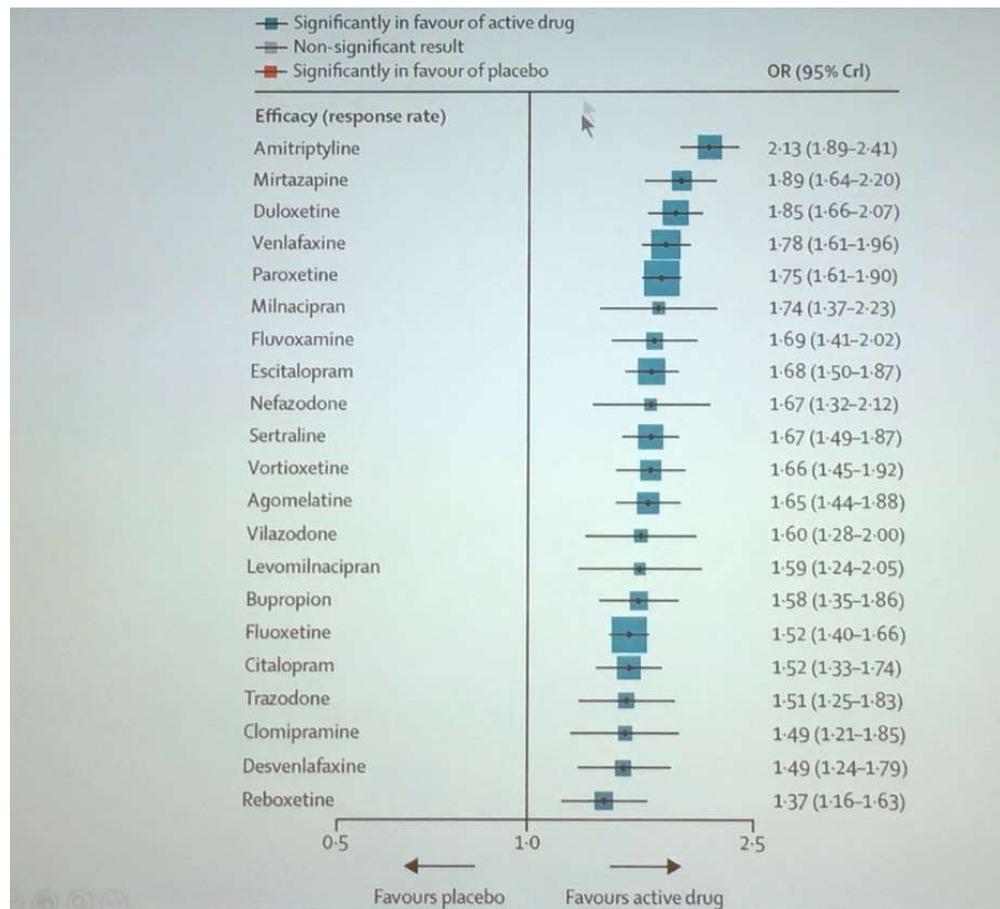
# Antidépresseurs

- **Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (*fluoxétine, citalopram, escitalopram, paroxétine, sertraline*).
- **Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline** (*venlafaxine, duloxétine*).
- **Autres** (*agomélatine, mirtazapine, bupropion, trazodone, vortioxétine*).
- **Inhibiteurs de la monoamine oxydase** (*moclobémide*).
- **Tricycliques** (*clomipramine, amitryptiline*).
- **Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline** (*réboxétine*).

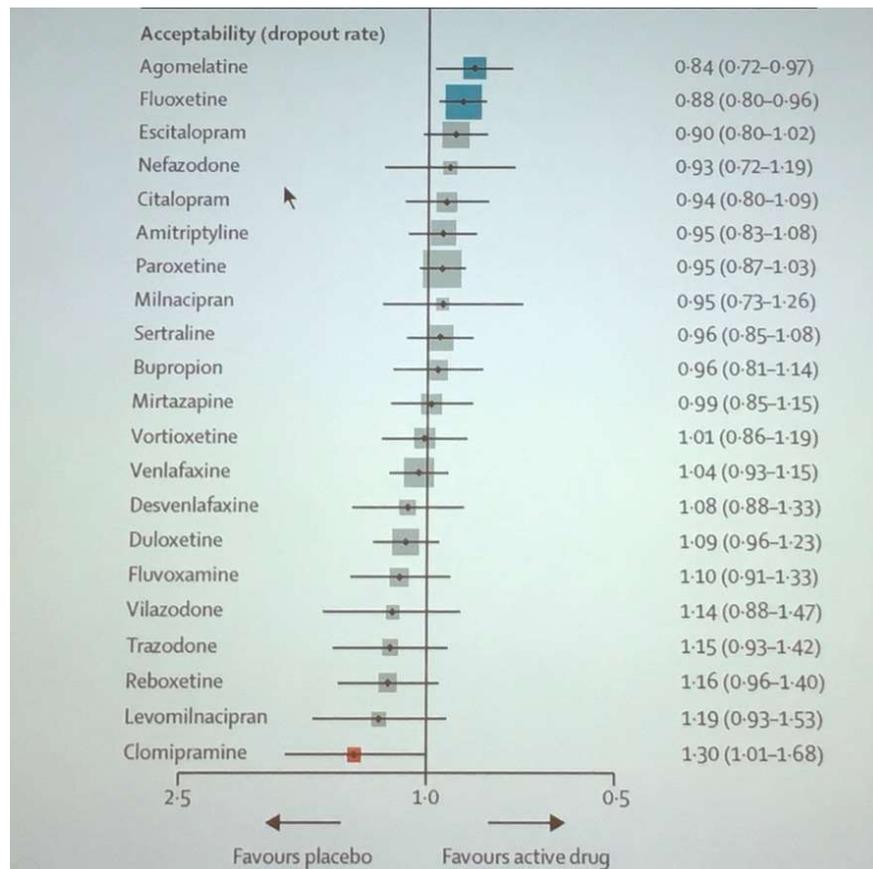
Les antidépresseurs sont indiqués lors d'épisodes dépressifs majeurs. (cf [https://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine\\_de\\_premier\\_recours/Strategies/strategie\\_depression.pdf](https://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_depression.pdf))

Aussi, lors de dépression d'intensité modérée à sévère, de troubles anxieux (surtout les sérotoninergiques) et les douleurs chroniques.

En ce qui concerne l'efficacité, l'amitryptiline semble rester en tête, suivie de la Mirtazapine (Remeron®) puis la Duloxétine (Cymbalata®), suivi de la Venlafaxine (Effexor®)...mais ils sont tous assez proches les uns des autres finalement...



En ce qui concerne la tolérance, c'est un peu l'inverse...avec l'Agomélatine (Valdoxan<sup>®</sup>) en tête suivi de la Fluoxétine (Fluoxetine<sup>®</sup>), puis de l'Escitalopram.

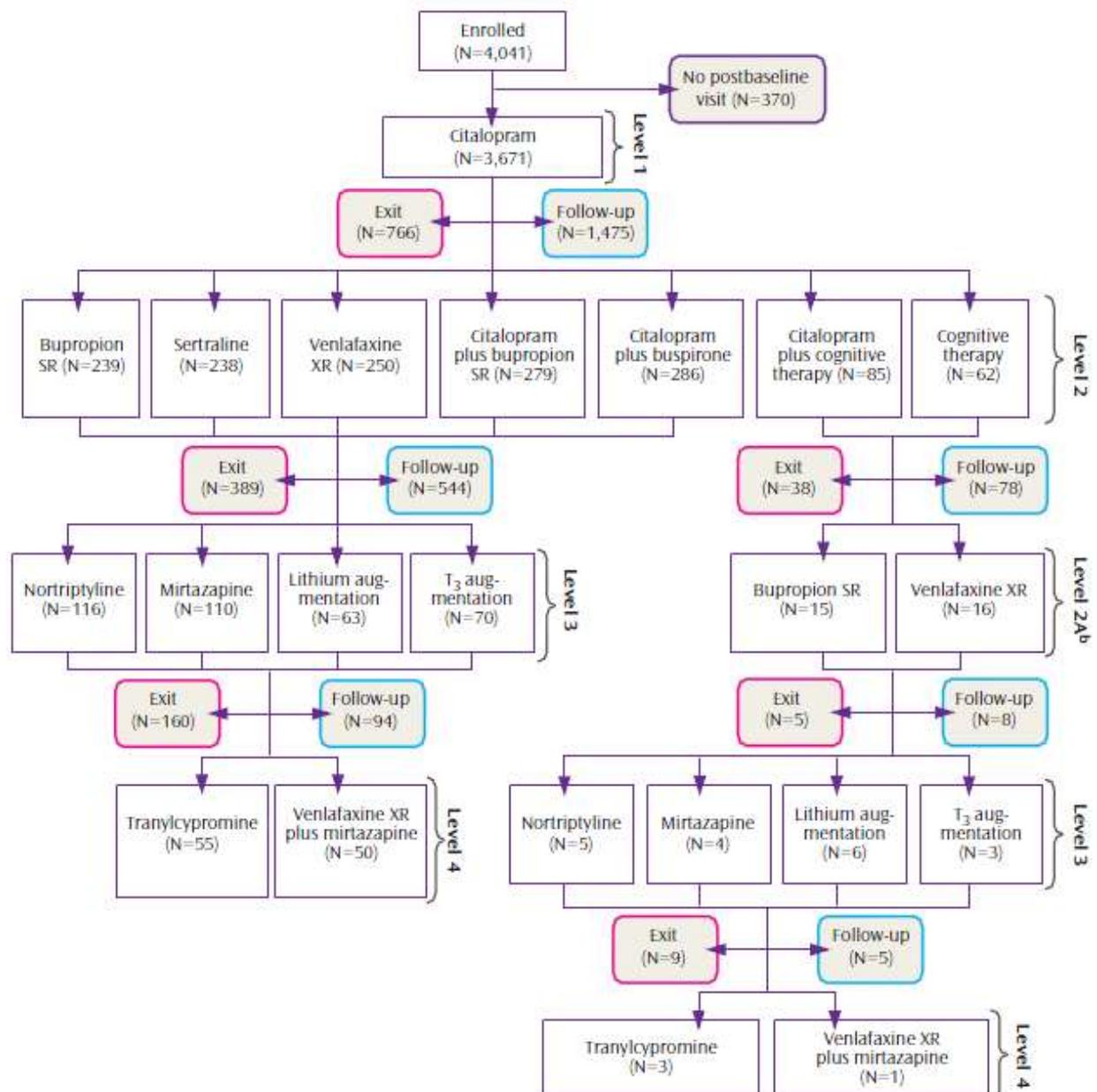


On compte 2-3 semaines pour que les effets du traitement se fassent ressentir.

Après 4 semaines, on parle soit de rémission, soit de réponse partielle, soit de non réponse ; les non réponses peuvent devenir ultérieurement soit une possible réponse retardée avec rémission, soit une réponse retardée et partielle.

L'étude STAR-D qui a suivi selon un organigramme strict les ajustements thérapeutiques et changements de molécules chez 3671 patients dépressifs (cf ci-dessous), a montré 33% de rémission au niveau 1 (Citalopram), 57% de rémission au niveau 2 (cf image ci-dessous), 63% de rémission au niveau 3 (cf image) et 67% au niveau 4 (cf image).

C'est-à-dire que dans les meilleurs des cas, 2/3 des patients étaient guéris par les antidépresseurs, **donc 30% d'échecs**... et, si j'ai bien compris, la majorité d'entre eux avaient rechuté à 1 an (surtout ceux du niveau 3 et 4).



Pour évaluer la persistance de symptômes : rémission partielle, l'on a l'échelle de Montgomery (MADRS : [https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/psychiatrie\\_adulte/documents/madrs-s\\_version\\_francaise.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/psychiatrie_adulte/documents/madrs-s_version_francaise.pdf) et l'échelle d'Hamilton : <https://www.mdcalc.com/hamilton-depression-rating-scale-ham-d>).

Une rémission partielle c'est un MADRS entre 9-14 ou une HAM-D entre 8-14.

La persistance de symptômes résiduels après un état dépressif aigu est un facteur de risque pour la rechute dépressive.

Il faut donc établir un plan de traitement visant la rémission complète.

Chez la personne âgée, l'état dépressif est sous-diagnostiqué et sous-traité.

Le choix de l'antidépresseurs se fera surtout sur le profil d'effets secondaires.

**Attention à l'hypotension orthostatique et aux effets anticholinergiques et cardiovasculaires.**

(Augmentation du risque de saignement gastrointestinal chez les patients de plus de 65 ans).

Chez les patients atteints de cancer, peu d'études et faible niveau d'évidence pour l'efficacité des antidépresseurs.

Pour les **nouveautés**, la Kétamine en injection semble avoir un effet quasi immédiat sur les idées suicidaires, et l'Eskétamine qui s'administre par voie intranasale présente un taux de réponse d'environ 60% pour son effet antidépresseur et anti-suicide.

Attention aux effets indésirables tels les symptômes dissociatifs transitoires, et les risques de dépendance.

Pour la dépression post-partum, il y a la Brexanolone injectable qui semble prometteuse, mais extrêmement coûteuse... si j'ai bien entendu... 38'000 \$ par an...

Il y a la Psilocibin (extrait des champignons hallucinogènes) pour le traitement des dépressions résistantes...

...et il y a l'ECT...l'électro-convulsivo-thérapie, qui ne se fait pas à Genève, mais qui est reconnue comme efficace, et pour laquelle les patients sont envoyés à Lyon (si j'ai bien compris)...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)