

[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.

Conclusion.– Les résultats sont conformes aux données de la littérature. De nouvelles études sont nécessaires pour mieux définir le profil de répondants.

Pour en savoir plus

Repetitive transcranial magnetic stimulation in major depression: response factor. Dumas R, Padovani R, Richieri R, Lançon C. *Encéphale*. 2012 Sep; 38(4): 360–8. doi: 10.1016/j.encep.2011.08.004. Epub 2011 Oct 11. Review. French.

Meta-Review of Metanalytic Studies with Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) for the treatment of Major Depression Bernardo Dell'Osso*, Giulia Camuri, Filippo Castellano *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2011, 7, 167–177 Identifying brain imaging correlates of clinical response to repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in major depression Rosa Hernández-Ribas, Joan Deus *Brain Stimulation* 6 (2013) 54–61.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.276>

P117

Une EPP sur le thème de la contraception à l'EPS Ville-Evrard

N. Ahouzi, M. Garo, F. Gaillard, H. Benmerdia, W. Cabaret

EPS Ville-Evrard, Neuilly-Sur-Marne, France

Mots clés : EPP ; Contraception ; Grossesse ; Psychiatrie ; Risque tératogène des médicaments ; Recommandation HAS

Contexte et objectif.– Le recueil d'information jusqu'à la mise en place d'une contraception suivie par les patientes en santé mentale est un problème complexe. La mise en place d'une EPP sur la contraception et le diagnostic d'une grossesse au moment de l'admission nous a paru pertinente afin d'améliorer la prise en charge de ces patientes et prendre en compte les recommandations en vigueur. L'objectif principal était d'améliorer le repérage d'une grossesse au moment de l'admission. Les objectifs secondaires étaient :

- améliorer la mise en place d'une contraception ;
- prendre en compte les modalités de contraception en tenant compte des recommandations de la HAS ;
- sensibiliser les soignants aux risques tératogènes de certains médicaments.

Matériel et méthode.– Pour mener notre EPP nous avons réalisé un audit clinique sur 80 dossiers de patientes âgées de 15 à 50 ans hospitalisées depuis au moins sept jours.

Résultats/Discussion : Dans :

- 65 % des dossiers, il y a un résultat de Δ HCG ;
- 37 % des dossiers, il y a une information sur les antécédents gynécologiques ;
- 27 % des dossiers, il y a une information sur la contraception.

Cette EPP a souligné la nécessité d'un meilleur recueil d'information autour de la contraception et du diagnostic d'une grossesse éventuelle. Elle a permis l'élaboration d'un plan d'action visant à sensibiliser les équipes soignantes, à systématiser le recueil d'information sur la contraception en cours, à prendre en compte les recommandations de la HAS sur la contraception, à mieux connaître les risques tératogènes de certains médicaments.

Conclusion.– La prescription d'une contraception doit comprendre l'ensemble de ces aspects d'autant plus que les données récentes soulignent les risques tératogènes de certains médicaments : acide valproïque, paroxétine, lithium, carbamazépine, etc. Des fiches de bon usage vont être élaborées par la PUI et diffusées aux soignants.

Pour en savoir plus

Site de référence du CRAT, site consulté en août 2013.

Revue Prescrire Août 2013.

Vidal Recos 2013.

Médicaments et grossesse dossier thématique, ANSM, site consulté en Août 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.277>

P118

Association agomélatine-étifoxine à propos d'un cas de rash cutané prurigineux, dans un contexte d'intolérance générale

C. Lameira, H. Javelot

Établissement public de santé Alsace-Nord, Brumath, France

Mots clés : Agomélatine ; Étifoxine ; Effet indésirable ; Rash cutané ; Prurit

Mme S. est traitée depuis quatre ans pour un trouble anxiodépresseur. La prise en charge médicamenteuse dans notre établissement, débutée il y a presque deux ans, intègre la mirtazapine (15 mg/j) et le prazépam (20 mg/j). La patiente ne présente aucune allergie connue dans ses antécédents. Il y a un an et demi, une première prescription d'agomélatine (25 mg/j) est faite par un médecin généraliste. Mme S. émet régulièrement des plaintes somatiques et psychologiques multiples. Cependant, elle décrit la majoration de douleurs diffuses suite à l'introduction de ce nouvel antidépresseur. La patiente se voit alors de nouveau prescrire son traitement antérieur, à savoir la mirtazapine, toujours associée au prazépam, aux mêmes posologies. Il y a environ six mois, Mme S. présente une recrudescence anxieuse qui amène son médecin traitant à lui prescrire de l'étifoxine (150 mg/j), puis dix jours plus tard de l'agomélatine (25 mg/j) en complément de son traitement antérieur. La patiente décrit a posteriori une insomnie totale suite à la première prise d'agomélatine. Mme S. présente également quatre jours après l'introduction de l'antidépresseur une éruption cutanée hautement prurigineuse, touchant le visage, les bras, les genoux et les pieds. L'étifoxine et l'agomélatine sont alors stoppés immédiatement, tandis que la mirtazapine et le prazépam sont maintenus. La valeur des transaminases (gamma-GT) a été multipliée par 1,5 entre le contrôle à l'introduction de l'agomélatine et après cinq jours de traitement ; cette valeur se normalisant progressivement sur les semaines suivantes. L'apparition de l'effet indésirable décrit peut plaider en faveur soit d'une imputabilité exclusive de l'agomélatine, soit d'une imputabilité conjointe de l'antidépresseur et de l'étifoxine. La première hypothèse pourrait être favorisée par l'intolérance initiale à l'antidépresseur, le décours temporel entre l'introduction du traitement et l'apparition de l'effet indésirable, et la plus haute fréquence d'effets indésirables cutanés et hépatiques sous agomélatine [1,2].

Références

- [1] ANSM. Résumé des caractéristiques du produit. Agomélatine-Valdoxan®. 2009.
- [2] ANSM, Commission Nationale de Pharmacovigilance. Réévaluation du bénéfice/risque du Stresam® (étifoxine) : bilan des données de sécurité d'emploi (2000-2012). Compte rendu de la réunion du mardi 26 Juin 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.278>

P119

Prescription au long cours et dépendance aux benzodiazépines : cause ou conséquence ?

M.W. Krir, C. Ben Cheikh, H. Elkefi, A. Oumaya, S. Gallali

Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

Mots clés : Benzodiazépines ; Dépendance ; Prescription au long cours

Introduction.– Les anxiolytiques sont couramment prescrits pour le traitement de l'anxiété et des troubles du sommeil. Ce sont des médicaments symptomatiques et leur usage doit cesser dès que le symptôme a disparu. Leur prescription est limitée dans les recommandations à 12 semaines au maximum. Cependant,