



Centre Hospitalier Universitaire **Dijon**

Comment gérer l'arrêt des médicaments psychotropes?

Printemps médical de Bourgogne/ 23 Mars 2013.

Romain GARROUTY/Service de Psychiatrie et d'Addictologie, Pr B BONIN.

Qu'est ce qu'un psychotrope...
Que sont les maladies psychiatriques...
(Et...les psychiatres...)

- ▣ Médicaments qui « agissent sur l'esprit », utilisés en psychiatrie...
- Méfiance
- Notion d'esclavage (addiction), d'emprise
- ▣ Réalité des pathologies psychiatriques.

Qu'est ce qu'un psychotrope...
Que sont les maladies psychiatriques...
(Et...les psychiatres...)

■ Et pourtant...un paradoxe

→ Les patients ont peine à prendre un traitement au long cours, qu'ils suspectent de les rendre dépendants, de les « lobotomiser »

(antidépresseurs, régulateurs, neuroleptiques)

→ Mais ils ont des difficultés à se passer de benzodiazépines, qui rendent dépendants.

→ Concevoir la difficulté de sevrage en BZD comme une possible addiction.

→ Concevoir les symptômes de sevrage en psychotropes (BZD compris) comme résultant de modifications d'équilibres biologiques.

Esclavage et BZD...

- Action limitée dans le temps, tolérance et accoutumance.
- Effet rapide et transitoire (\neq AD)
- Effets indésirables et amnésie des (ef)fets...

Durées « idéales » de traitement

Quand arrêter...durées idéales de traitement, stratégies thérapeutiques.

▣ Troubles anxieux chroniques:

Mise en place d'un **AD (IRS)** d'emblée, à dose progressive, pour une durée minimale de **6 à 12 mois. Décroissance progressive**

Adjonction de BZD si nécessaire, pour une durée limitée.

▣ EDM (unipolaire)

Episode unique: **AD poursuivi au moins 6 mois après la rémission** totale. Décroissance progressive

BZD pour une durée limitée si anxiété importante.

Quand arrêter...durées idéales de traitement, stratégies thérapeutiques.

▣ Dépression récurrente:

AD poursuivi pendant « **plusieurs années** ». Décroissance progressive

▣ BDA:

AP2G poursuivi « **deux ans au minimum** ». Décroissance progressive

▣ Etat maniaque:

Thymorégulateur poursuivi « **au moins deux ans**, cinq ans si risque de récurrence ». Décroissance progressive

Quand arrêter...durées idéales de traitement, stratégies thérapeutiques.

▣ Maladie chroniques:

Troubles bipolaires

Schizophrénie

Dépression récurrente

→ traitements « à vie ».

→ Les guides thérapeutiques ne font **jamais** appel aux **BZD/hypnotiques au long cours.**

Situations d'arrêt prématuré

Quand arrêter? Tolérance

- Lors d'un problème de **tolérance à l'initiation** d'un traitement:

Privilégier la tolérance lors de traitements au long cours.

40% de mauvaise observance.

- En cas de **grossesse**

Quand arrêter? Urgence

■ En « urgence »:

Pathologies intercurrentes: bénéfiques/risques

Lié au traitement

→ Rares

Arrêt programmé, difficultés

Arrêt programmé, difficultés

Le médecin

Résistances à l'arrêt: le médecin

- Guides thérapeutiques, évolution.
- Traitement et Impression d'innocuité (BZD).
- « on ne change pas une équipe qui gagne... »

Arrêt programmé, difficultés

Le traitement

Résistances à l'arrêt: le sevrage médicamenteux

données générales

- Demi-vie, métabolites actifs, apparition des symptômes de sevrage.
- Notion d'équilibres biologiques.
- Notion de tolérance et dépendance. (BZD)

Résistances à l'arrêt: le sevrage, symptômes spécifiques. antidépresseurs

□ ISRS : Incidence : 2 à 40%

Demi-vie: paroxétine +++ (1/2 vie= 24h, pas de métabolite actif), fluoxétine +/- (1/2 vie= 96h , métabolite actif : norfluoxétine, 1/2vie 7 jours)

Symptômes somatiques : vertiges, asthénie, nausée, vomissement, diarrhée, céphalées, fièvre, sueurs, frissons, troubles de la coordination, insomnie, rêves éveillés

Symptômes neurologiques : myalgies, paresthésies, dyskinésies, sensations de chocs électriques, troubles visuels, confusion, troubles de la concentration

Symptômes psychiques : anxiété, agitation, irritabilité, désorientation, rarement impulsivité, dépersonnalisation, quelques cas d'hypomanie, de manie

- pas de décroissance supérieure à 25% de la dose par semaine avec retour au palier antérieur possible.
- Certains auteurs préconisent une substitution par fluoxétine en cas de symptômes de sevrage pour une décroissance « biologique » encore plus progressive.

Résistances à l'arrêt: le sevrage, symptômes spécifiques. antidépresseurs

▣ Tricycliques: Incidence de 20 à 80%

24 à 48H après arrêt ou changement de dose.

Notamment les effets « rebond » cholinergiques et adrénergiques:

Sd grippal avec fièvre, asthénie, sueurs, rhinorrhée, myalgies, céphalées

Anxiété, hypomanie, insomnie, rêves réalistes, vertiges, nausée, vomissement, akathisie, dyskinésie, manie

→ Décroissance progressive, possibilité d'utiliser un ttt symptomatique

▣ IMAO sélectifs (moclamine)

Pas de symptômes de sevrage décrit.

▣ IMAO non sélectifs (iproniazide)

Décroissance progressive, délai de 15 jours.

Résistances à l'arrêt: le sevrage, symptômes spécifiques. antidépresseurs

▣ IRSNA (venlafaxine, duloxétine...):

Dans les 8 à 16 h après l'arrêt, peut durer environ 8 jours

asthénie, vertiges, céphalées, insomnie, acouphènes, nausées, nervosité, confusion, agitation, irritabilité, cauchemars, sensations de choc électriques, crampes, frissons, diarrhées. Des cas de manie ont été rapportés à l'arrêt de la venlafaxine; des risques de crises comitiales lors de sevrages brusques en cas de posologies élevées ont été rapportés.

A noter des cas de symptômes de sevrage inter dose.

(Demi-vie venlafaxine= 5 h, un métabolite actif= 11H / LP = 15h, métabolite actif=idem)

→ Sevrage en plus de 2 semaines (6 pour certain), possibilité de recourir à la fluoxétine.

▣ Tétracycliques (mirtazapine, miansérine)

Vertiges, insomnie, nausées, anxiété, insomnies, paresthésies, hypomanie.

Résistances à l'arrêt: le sevrage, symptômes spécifiques les antipsychotiques

❑ Antipsychotiques de 2^{ème} génération: rispéridone, clozapine, olanzapine, quétiapine ; aripiprazole

Dans les 24 à 48h après sevrage ou baisse brutale, pouvant durer plus de 2 semaines.

Nausées, vomissements, vertiges, tremblements, sensation de froid et de chaud, sueurs, tachycardie, céphalées, insomnie.

Cas particulier: quétiapine et clozapine: Agitation, agressivité, recrudescence délirante, mouvements anormaux → baisse de clozapine de 25 à 100 mg par semaine et de quétiapine de 50 à 200 mg par semaine.

❑ Antipsychotiques de 1^{ère} génération :

Idem plus rebond neurologiques plus fréquents: akathisie, parkinsonisme, dyskinésie (y compris tardives) Il faut maintenir les antiparkinsoniens quelques jours après le sevrage

→ **décroissance progressive**

Résistances à l'arrêt: le sevrage, symptômes spécifiques

Les benzodiazépines

- Risque de dépendance physiologique dans plus de 30% des cas chez les patients ayant eu recours à un ttt de plus de 8 semaines.

Début de 1 à 2 jours après l'arrêt (courtes demi-vie) à 5 à 10 jours après l'arrêt (ou la baisse rapide)

- Dépend de facteurs individuels aussi bien que de la demi-vie et de la nature propre du traitement .

Les symptômes communs sont : insomnie, agitation, anxiété, dysphorie de l'humeur, céphalées, myalgies, tremblements, secousses musculaires, perte d'appétit, dépression, catatonie, épilepsie, psychoses aiguës...

Résistances à l'arrêt: le sevrage, symptômes spécifiques

Régulateurs de l'humeur

▣ Lithium:

Peu de cas de symptômes de sevrage mais risque de récurrence

▣ Antiépileptiques:

Pas d'évidence pour un syndrome de sevrage avec les antiépileptiques, quelques cas rapportés d'anhédonie, de tachycardie, de recrudescence psychotique.

Risque épileptique notamment pour les patients aux antécédents épileptiques.

Sevrage médicamenteux

- Savoir repérer les symptômes de sevrage en fonction des traitements.
- Informer le patient de leur possible survenue.
- Ne pas les attribuer d'emblée à une récurrence du trouble psychiatrique.
- Décroissance progressive.

Arrêt programmé, difficultés

Le patient

Résistances à l'arrêt: le patient

- Rebond/sevrage
- Récidive
- Des symptômes peuvent être liés à l'appréhension des patients au sevrage.

Résistances à l'arrêt: le patient

- ▣ Patience et longueur de temps...

- ▣ Patient « acteur de ses soins »:

- Averti du bénéfice attendu

- Averti des risques encourus

- Accompagné

Arrêt programmé, difficultés

La maladie

Résistances à l'arrêt: la pathologie

- Pathologie psychiatriques= récidivantes

En pratique...

En pratique:

- ▣ En amont: **lors de l'initiation thérapeutique**

Durée de traitement

Effets positifs et négatifs des différents traitements
et risques de dépendance comparés

En pratique:

▣ Lors du sevrage:

Accompagner le patient

➔ Essayer de distinguer appréhension, sevrage et récédive

➔ Prendre son temps:

< 1 an: baisse d'un quart de la dose quotidienne toutes les semaines

> 1 an: baisse d'un quart de la dose quotidienne tous les mois

En pratique

- Exemple de protocole de sevrage en BZD:

On peut remplacer la BZD par une dose équivalente de diazépam ($\frac{1}{2}$ vie 40h) et soit :

- Réduire de 10mg par jour jusqu'à ce que la dose de 20 mg soit atteinte, alors on réduit de 5mg par jour.
- Réduire de 25% par semaine.
- Pour les patients utilisant depuis très longtemps réduire de 50% les 4 à 8 premières semaines puis plus progressivement en fonction de la tolérance du sevrage.
- Ce protocole ne convient pas pour l'alprazolam ($\frac{1}{2}$ vie : 15 h) qui doit être réduit de 0,5 mg par semaine, un risque de délire et de crise d'épilepsie survenant si sevrage plus rapide.
- Tenir compte de l'augmentation de la demi-vie chez le sujet âgé avec risque d'accumulation des BZD à demi-vie longue.

Merci de votre attention