



## 10. Système nerveux

- 10.1. Hypnotiques, sédatifs, anxiolytiques
- 10.2. Antipsychotiques
- 10.3. Antidépresseurs
- 10.4. Médicaments du TDAH et de la narcolepsie
- 10.5. Médicaments utilisés dans le cadre de la dépendance
- 10.6. Antiparkinsoniens
- 10.7. Antiépileptiques
- 10.8. Médicaments des états spastiques
- 10.9. Antimigraineux
- 10.10. Inhibiteurs des cholinestérases
- 10.11. Médicaments de la maladie d'Alzheimer
- 10.12. Médicaments de la maladie de Huntington
- 10.13. Médicaments de la sclérose latérale amyotrophique (SLA)
- 10.14. Médicaments de la sclérose en plaques (SEP)

### 10.1. Hypnotiques, sédatifs, anxiolytiques

Ce chapitre reprend:

- les benzodiazépines
- les médicaments apparentés aux benzodiazépines (*Z-drugs*)
- la mélatonine
- des médicaments à base de plantes.

Certains antidépresseurs (*voir 10.3.*) et antiépileptiques (*voir 10.7.*) sont utilisés dans le traitement des troubles anxieux. L'utilisation d'antihistaminiques sédatifs (*voir 12.4.1.*) dans les troubles anxieux est peu étayée, les effets indésirables potentiels sont nombreux, le rapport bénéfice/risque est donc très discutable.

Certains antidépresseurs (*voir 10.3.* et antipsychotiques (*voir 10.2.*) sont également utilisés *off-label* dans l'insomnie, mais leur utilisation dans cette indication est peu fondée scientifiquement. L'utilisation d'antihistaminiques sédatifs (*voir 12.4.1.*) dans l'insomnie est peu étayée, les effets indésirables potentiels sont nombreux, le rapport bénéfice/risque est donc très discutable.

#### Positionnement

- Les benzodiazépines sont efficaces comme sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques et peu toxiques en cas de surdosage. Certaines benzodiazépines sont utilisées dans l'épilepsie, *voir 10.1.1.*
- Vu les effets indésirables, la dépendance rapide (dès 1 à 2 semaines de traitement) et le risque d'abus auxquels exposent les benzodiazépines et les *Z-drugs*, l'indication doit être bien établie, la posologie maintenue aussi basse que possible et la durée du traitement limitée autant que possible, dès leur initiation.
- Insomnie
  - *Voir Folia de juin 2019 et Fiche de transparence "Insomnie".*
  - En cas d'insomnie, il faut en premier lieu prendre en charge les facteurs qui en sont la cause. Si aucune cause (p.ex. une pathologie sous-jacente) n'est trouvée, une approche non médicamenteuse sera privilégiée.
  - Si un hypnotique est malgré tout prescrit, son utilisation sera aussi brève que possible (1 semaine maximum). Il est important, dès l'instauration du traitement, de prévoir une date d'arrêt de l'hypnotique.
  - Les substances apparentées aux benzodiazépines appelées "*Z-drugs*" ne présentent aucun avantage



par rapport aux benzodiazépines en termes d'efficacité et d'innocuité: tout comme les benzodiazépines, elles exposent à des effets résiduels, une dépendance et un abus.

- Etant donné leurs effets indésirables, les benzodiazépines et les *Z-drugs* sont particulièrement problématiques dans la prise en charge de l'insomnie chez les personnes âgées.
- Pour *Valeriana officinalis* (la valériane), les preuves d'un effet hypnotique de l'extrait de racine sont limitées. Il n'existe aucune donnée sur l'innocuité à long terme. Pour les autres médicaments à base de plantes, les données sur l'efficacité sont insuffisantes. Il s'agit d'un "usage traditionnel" [voir *Folia d'avril 2011*].
- Pour le traitement de l'insomnie chez les personnes de plus de 55 ans, la mélatonine n'est disponible en Belgique que sous forme de préparation à action prolongée. La mélatonine à courte durée d'action est disponible pour traiter le syndrome du décalage horaire et semble améliorer les symptômes de fatigue et d'agitation, mais pas le sommeil. L'effet et l'innocuité à long terme ne sont pas connus.
- En raison de leur effet sédatif, les antidépresseurs tels que la trazodone, la miansérine et la mirtazépine (voir 10.3.) sont régulièrement utilisés pour traiter l'insomnie en dehors du contexte de la dépression ou de l'anxiété. Leur place exacte et leur profil d'innocuité (effets indésirables résiduels p.ex.) est toutefois très peu documentée dans cette indication. Les études disponibles sont souvent de qualité insuffisante et n'évaluent que les effets à court terme. Rien ne prouve que ces antidépresseurs aient un profil d'innocuité plus favorable que les somnifères. L'insomnie n'est pas reprise comme indication dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) des antidépresseurs.
- L'utilisation d'antipsychotiques (voir 10.2.) dans la prise en charge de l'insomnie en dehors du contexte de la psychose ou de troubles sévères du comportement, n'est pas scientifiquement étayée. L'insomnie n'est pas reprise comme indication dans les RCP des antipsychotiques.
- Troubles anxieux
  - Voir la Fiche de transparence "Anxiété".
  - Dans le cas de troubles anxieux, il est nécessaire de déterminer quel type d'anxiété est impliqué. Pour la plupart des formes d'anxiété, une approche non médicamenteuse est préférable dans un premier temps en raison de l'efficacité à long terme et de l'absence d'effets indésirables.
  - Les médicaments ont une place en cas de graves souffrances ou de dysfonctionnements sévères chez le patient ou en cas d'échec de la prise en charge non médicamenteuse.
  - Les antidépresseurs (voir 10.3.) sont de plus en plus préférés aux benzodiazépines en cas de troubles anxieux en raison d'un risque de dépendance plus faible avec une efficacité similaire.
  - Si elles sont quand même prescrites, les benzodiazépines doivent être prescrites à la dose la plus faible possible et pendant une période aussi courte que possible, en raison des effets indésirables et de l'apparition rapide d'une dépendance (déjà après 1 à 2 semaines).
  - La prégabaline, un antiépileptique (voir 10.7.2.3.), a une place limitée dans les formes sévères du trouble anxieux généralisé.
  - Concernant *Lavandula angustifolia* (lavande), il existe des preuves limitées d'un effet anxiolytique avec l'huile essentielle des sommités fleuries. Il n'y a pas de données sur l'innocuité à long terme.
  - L'indication thérapeutique de *Rhodiola rosea* est le soulagement des symptômes mentaux et physiques du stress et du surmenage. Il s'agit d'un produit "à usage traditionnel" [voir *Folia d'avril 2011*], dont l'efficacité n'est pas suffisamment prouvée [voir *Folia d'août 2021*].
  - Dans le cadre d'une dépression, des benzodiazépines peuvent exceptionnellement être administrées pendant une courte période au début d'un traitement antidépresseur.

### 10.1.1. Benzodiazépines

Tableau 10a. Durée d'action et tableau de conversion des benzodiazépines et "Z-drugs"

Principe actif	Durée d'action	Exemple de dose	Dose équivalente de diazepam	Facteur de conversion
----------------	----------------	-----------------	------------------------------	-----------------------



alprazolam	ML	0,5 mg	5 mg	x 10
bromazépam	ML	3 mg	3 mg	x 1
brotizolam	UC	0,25 mg	10 mg	x 40
clobazam	L	10 mg	5 mg	x 0,5
clorazépate	L	10 mg	7,5 mg	x 0,75
clotiazépam	ML	5 mg	10 mg	x 2
diazépam	L	10 mg	10 mg	x 1
loflazépate d'éthyle	L	2 mg	10 mg	x 5
flunitrazépam	C	1 mg	10 mg	x 10
flurazépam	L	27 mg	9 mg	x 0,33
loprazolam	C	1 mg	10 mg	x 10
lorazépam	ML	1 mg	5 mg	x 5
lormétazépam	C	1 mg	10 mg	x 10
nitrazépam	L	5 mg	5 mg	x 1
nordazépam	L	5 mg	5 mg	x 1
oxazépam	C	15 mg	4,5 mg	x 0,3
prazépam	L	10 mg	5 mg	x 0,5
triazolam	UC	0,125 mg	10 mg	x 80
zolpidem	C	10 mg	10 mg	x 1
zopiclone	C	7,5 mg	10 mg	x 1,33

T1/2 = demi-vie du principe et de ses métabolites actifs

UK = à durée d'action ultracourte (T1/2 < 5 heures)

C = à courte durée d'action (T1/2 5 à 10 heures)

ML = à durée d'action mi-longue ou intermédiaire (T1/2 10 à 20 heures)

L = à longue durée d'action (T1/2 > 20 heures)

Source: NHG-standaarden 2014, BNF 2018, KNMP Kennisbank, RCP

## Positionnement

- Voir 10.1.
- Il n'existe pas de différences cliniquement significatives entre les différentes benzodiazépines concernant leurs propriétés hypnotiques, sédatives, anxiolytiques ou myorelaxantes; il s'agit seulement d'une question de dosage et de propriétés pharmacocinétiques.
- Des propriétés pharmacocinétiques comme la demi-vie et la formation ou non de métabolites actifs sont susceptibles d'influencer la durée des effets. On subdivise classiquement les benzodiazépines en benzodiazépines à courte durée d'action (demi-vie, T1/2, moins de 10 heures), les benzodiazépines à durée d'action intermédiaire (T1/2 10-20 heures) et les benzodiazépines à longue durée d'action (T 1/2 > 20 heures); voir Tableau 10a. Dans différentes sources, le même produit est parfois placé dans une catégorie différente et mentionne une autre demi-vie.
- Il est recommandé de choisir comme hypnotique une benzodiazépine à durée d'action intermédiaire ou



courte (mais pas le flunitrazépam), et comme anxiolytique un médicament à durée d'action intermédiaire ou longue.

- Les benzodiazépines ont une place dans le sevrage alcoolique aigu (*voir 10.5.1.*).
- Certaines benzodiazépines sont utilisées dans l'épilepsie.
  - Traitement de crises convulsives tonico-cloniques prolongées (> 5 minutes) ou répétées:
    - En présence de matériel de réanimation: administration intraveineuse lente d'une benzodiazépine: lorazépam (*off-label*), diazépam ou midazolam.
    - Prise en charge en première ligne, tant chez l'enfant que chez l'adulte: midazolam par voie intramusculaire. Les alternatives sont: le midazolam par voie buccale (ampoules en *off-label* ou - jusqu'à l'âge de 18 ans - solution buccale en seringue préremplie) ou le diazépam par voie rectale (chez l'enfant, de préférence à l'aide d'une canule rectale). [*voir Intro.7.2.; Guide de pratique WOREL; Folia de septembre 2015 et Folia de juin 2016*].
  - Le clonazépam, le clobazam, le nitrazépam et le clorazépate (ce dernier en *off-label*) sont parfois utilisés comme traitement d'entretien de l'épilepsie.
  - Les convulsions et l'épilepsie ne sont pas toujours reprises comme indication dans le RCP de ces benzodiazépines. L'indication "état de mal épileptique" n'est mentionnée que dans le RCP du diazépam.
- Le midazolam est aussi utilisé en anesthésie (*voir 18.1.5.*) et pour la sédation dans le cadre des soins palliatifs (indication non mentionnée dans le RCP).
- Le flunitrazépam est un "médicament assimilé aux stupéfiants" (*voir Intro.2.2.*). Le flunitrazépam étant susceptible d'abus par les toxicomanes, il convient d'être particulièrement vigilant et prudent avant de le prescrire ou de le délivrer. Le flunitrazépam est parfois utilisé à des fins criminelles ("drogue du viol" ou "date rape drug").
- En cas de confusion aiguë avec agitation en dehors du contexte de la démence, nécessitant un traitement sédatif médicamenteux, une benzodiazépine à durée d'action intermédiaire est souvent privilégiée, telle que le lorazépam, même s'il existe très peu d'études à ce sujet.

## Indications (synthèse du RCP)

- Insomnie.
- Anxiété.
- Spasticité, dystonies, myoclonies.
- Épilepsie.

## Contre-indications

- Myasthénie grave.
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil non traité.
- Pour la plupart des benzodiazépines, l'insuffisance hépatique sévère est mentionnée comme contre-indication dans le RCP.
- Clorazépate: insuffisance rénale sévère.

## Effets indésirables

- Sédation excessive, somnolence, troubles de la mémoire et de la concentration, effet délétère sur l'aptitude à la conduite, diminution du sommeil paradoxal et du sommeil profond.
- Confusion, surtout chez les personnes âgées.
- Effet résiduel pendant la journée (*hangover*) en cas d'utilisation comme hypnotique.
- Réactions paradoxales surtout chez les personnes âgées et les enfants, avec aggravation de l'insomnie, angoisse et même agitation et agressivité.
- Dépendance psychique et physique après 1 à 2 semaines de traitement.
- Les effets thérapeutiques et certains effets indésirables diminuent après 1 à 2 semaines de traitement



(tolérance).

- Manifestations de sevrage à l'arrêt: anxiété, insomnie, troubles de la perception allant jusqu'à des phobies, réactions maniaques et autres manifestations psychotiques, rarement convulsions.
- Intoxications aiguës: elles aboutissent rarement à une dépression respiratoire. Une issue fatale n'est généralement pas à craindre sauf en cas d'absorption simultanée d'alcool ou d'autres substances à effet déprimeur central, ou en présence d'une pathologie sous-jacente.

## Grossesse et allaitement

- **Grossesse**
  - Les benzodiazépines et substances apparentées (*Z-drugs*) sont à déconseiller pendant la grossesse.
  - L'arrêt brutal d'une benzodiazépine ou d'une *Z-drug* en raison d'une grossesse est formellement déconseillé.
  - Premier trimestre de la grossesse: les données suggérant un risque accru de malformations congénitales ne sont pas univoques.
  - **Période périnatale: dépression respiratoire, syndrome "floppy-infant" (entre autres hypotonie, hyporéflexie, hypothermie, difficultés pour téter) et manifestations de sevrage chez le nouveau-né (p.ex. irritabilité, hypertonie, tremblements, respiration irrégulière, vomissements, diarrhée, convulsions, pleurs).**
  - L'absence de prise en charge d'une forme sévère d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie peut avoir des conséquences néfastes pour la mère et l'enfant. Si l'on décide de prescrire un hypnotique ou un anxiolytique à une femme enceinte, il faut privilégier une molécule à courte durée d'action bénéficiant d'un long recul d'utilisation (par exemple l'oxazépan dans l'anxiété, ou une *Z-drug* dans l'insomnie), en l'administrant à la dose la plus faible possible et sur une période aussi courte que possible. Nos sources (voir *Intro.2.1.5.*) recommandent l'oxazépan dans l'anxiété et une *Z-drug* dans l'insomnie.
- **Allaitement:** l'usage chronique d'hypnotiques, de sédatifs et d'anxiolytiques est à déconseiller. L'utilisation occasionnelle de benzodiazépines à action courte ou intermédiaire est acceptable; dans ce cas, il convient d'être attentif aux effets indésirables chez l'enfant (entre autres sédation, difficultés à boire).

## Interactions

- Sédation accrue en cas d'association à d'autres médicaments à effet sédatif ou à l'alcool.
- Dépression respiratoire, coma et décès en cas d'association d'opioïdes et de benzodiazépines (ou *Z-drugs*) ou d'autres produits sédatifs (y compris l'alcool) [voir *Folia de janvier 2019*].
- L'alprazolam, le clobazam, le flurazépan, le midazolam et le triazolam sont des substrats du CYP3A4 (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).
- Le clonazépan est un substrat du CYP2C8 et CYP3A4 (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).
- Le diazépan est un substrat du CYP2C19 (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).

## Précautions particulières

- L'effet sédatif et l'effet résiduel (*hangover*) des benzodiazépines peuvent être dangereux en cas de conduite d'un véhicule [voir *Folia d'octobre 2014*] ou dans certaines situations à risque, par exemple dans le cadre du travail.
- Une sédation excessive et de longue durée peut survenir, surtout en cas de traitement à doses élevées ou avec des benzodiazépines à longue durée d'action, chez les personnes âgées (risque d'amnésie antérograde, risque de chute avec fracture de la hanche), en présence d'affections hépatiques et en cas d'utilisation concomitante d'autres médicaments sédatifs ou d'alcool.
- En cas d'administration buccale de midazolam lors de crises convulsives prolongées chez l'enfant, la dose doit être administrée lentement entre la gencive et la joue, et il faut être attentif à ce que la solution ne soit pas avalée ou recrachée, ainsi qu'au risque de pneumonie par aspiration.
- Chez les patients atteints du syndrome d'apnées du sommeil, les symptômes d'apnée peuvent être plus



prononcés.

- En cas d'usage des benzodiazépines dans l'épilepsie, voir Positionnement.

## Posologie

- Pour chaque benzodiazépine, il est mentionné si l'insomnie, l'anxiété, ou les deux figurent parmi les indications mentionnées dans le RCP.
- Il existe d'importantes différences individuelles en matière de sensibilité aux effets sédatifs des benzodiazépines. Il est dès lors recommandé de toujours débiter par de faibles doses, notamment lorsqu'il y a formation de métabolites actifs comme avec le diazépam et le flurazépam.
- Chez les personnes âgées et les insuffisants rénaux ou hépatiques, des doses plus faibles sont employées: il s'agit souvent de la moitié de la plus faible dose recommandée.
- Pour l'usage exceptionnel des benzodiazépines chez l'enfant, il existe des règles particulières de posologie.
- **Sevrage progressif des benzodiazépines:**
  - Si l'on souhaite interrompre un traitement prolongé, la posologie sera diminuée très progressivement, p.ex. à raison de 10 à 20% par semaine ou par quinzaine.
  - On peut éventuellement passer à une benzodiazépine à longue demi-vie comme le diazépam (éventuellement en magistrale). Le tableau de conversion ci-après peut être utilisé à cette fin; ces données sont approximatives.
  - Ou on peut opter d'arrêter progressivement le produit qui est utilisé, éventuellement sous forme de préparation magistrale.
  - Il n'est pas clair si le fait de passer au diazépam représente une meilleure stratégie par rapport à la simple diminution progressive du produit utilisé, compte tenu de la longue demi-vie du diazépam et de ses métabolites actifs. Par conséquent, en particulier chez les personnes âgées, on optera plutôt pour la diminution progressive du médicament utilisé, en fonction des symptômes cliniques.

### 10.1.2. Médicaments apparentés aux benzodiazépines (Z-drugs)

Ces médicaments sont chimiquement différents des benzodiazépines mais leur mécanisme d'action est analogue. Ils ont une courte durée d'action de 6 à 8 heures et ne forment pas de métabolites actifs.

## Positionnement

- Voir 10.1. et Folia octobre 2014.
- Ces médicaments, également appelés *Z-drugs*, sont des hypnotiques qui ne sont pas supérieurs aux benzodiazépines en termes d'efficacité et d'innocuité et qui ne créent pas moins de dépendance.
- Etant donné leurs effets indésirables, les *Z-drugs*, tout comme les benzodiazépines, n'ont qu'une place très limitée dans la prise en charge de l'insomnie, certainement chez les personnes âgées. La durée de traitement doit être aussi courte que possible.

## Indications (synthèse du RCP)

- Insomnie.

## Contre-indications

- Myasthénie grave.
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil.
- Insuffisance hépatique sévère (RCP). Sur le site Web "[genesmiddelenbijlevercirrose.nl](http://genesmiddelenbijlevercirrose.nl)", le zolpidem est considéré comme "à éviter" en cas de cirrhose hépatique.

## Effets indésirables

- Ceux des benzodiazépines (voir 10.1.1.), y compris de la tolérance et de la dépendance.



- Aussi parasomnies (entre autres somnambulisme; conduite d'un véhicule, alimentation et actes sexuels pendant le sommeil), amnésie et hallucinations [voir *Folia de décembre 2019*]. Les parasomnies peuvent déjà apparaître à faible dose.

## Grossesse et allaitement

- **Grossesse**
  - Les benzodiazépines et substances apparentées (*Z-drugs*) sont à déconseiller pendant la grossesse.
  - L'arrêt brutal d'une benzodiazépine ou d'une *Z-drug* en raison d'une grossesse est formellement déconseillé.
  - Premier trimestre: il n'y a pas de données suggérant un risque accru de malformations congénitales.
  - **Période périnatale: dépression respiratoire, syndrome 'floppy-infant' (entre autres hypotonie, hyporéflexie, hypothermie, difficultés pour téter) et manifestations de sevrage chez le nouveau-né (entre autres irritabilité, hypertension, tremblements, troubles respiratoires, vomissements, diarrhée, convulsions, pleurs importants).**
  - L'absence de prise en charge d'une insomnie sévère peut avoir des conséquences néfastes pour la mère et l'enfant. Lorsqu'un traitement est jugé nécessaire pendant la grossesse, nos sources (voir *Intro.2.1.5.*) recommandent une *Z-drug* dans l'insomnie, en raison de sa courte durée d'action et de son recul d'utilisation, à administrer à la dose la plus faible possible et sur une période aussi courte que possible.
- **Allaitement:** l'usage chronique d'hypnotiques, de sédatifs et d'anxiolytiques est à déconseiller; en cas d'utilisation fortuite éventuelle, il convient d'être attentif aux effets indésirables chez l'enfant (entre autres sédation, difficultés à boire).

## Interactions

- Sédation accrue en cas d'association à d'autres médicaments à effet sédatif ou à l'alcool.
- Le zolpidem est un substrat du CYP3A4 (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).
- La zopiclone est un substrat du CYP2C8 et du CYP3A4 (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).

## Précautions particulières

- L'effet sédatif et l'effet résiduel avec les *Z-drugs* peuvent être dangereux lors de la conduite de véhicules [voir *Folia d'octobre 2014*] ou dans certaines situations à risque, par exemple au travail.

## Posologie

- Comme pour les benzodiazépines, il est recommandé chez les personnes âgées de prescrire ces produits à une dose plus faible, souvent à demi-dose.
- Après un traitement prolongé, la dose doit être arrêtée progressivement, comme c'est le cas pour les benzodiazépines (voir *10.1.1., rubrique "Posologie"*).

### 10.1.3. Mélatonine

#### Positionnement

- Voir *10.1. et Folia de janvier 2014*.
- La place de la mélatonine dans les troubles du sommeil n'est pas suffisamment étayée par des études contrôlées. Quelques études randomisées ont été effectuées avec la préparation à libération prolongée chez des personnes âgées de plus de 55 ans.
- Quelques études avec des préparations à libération normale (non modifiée) montrent un effet favorable sur la fatigue et l'agitation en cas de décalage horaire. Un effet favorable limité a aussi été constaté en cas d'insomnie dans le cadre du travail de nuit.
- La mélatonine est parfois utilisée chez les enfants souffrant de troubles du sommeil, mais toute utilisation de médicaments à base de mélatonine dans cette indication est une utilisation *off-label*. La



mélatonine est également utilisée sous forme de compléments alimentaires; il n'existe aucune garantie quant à la qualité de ces compléments, et la dose est souvent inférieure à celle utilisée dans les études. Le profil d'efficacité et d'innocuité de la mélatonine est peu documenté chez les enfants [voir *Folia d'avril 2021*].

- Il existe très peu de données sur le profil d'efficacité et d'innocuité à long terme de la mélatonine, ce qui s'explique en partie par l'absence d'un système de pharmacovigilance pour les nombreux compléments alimentaires à base de mélatonine qui sont disponibles sur le marché.

### **Indications (synthèse du RCP)**

- Préparation à libération prolongée: insomnie chez les personnes de plus de 55 ans.
- Préparation à libération normale: syndrome du décalage horaire chez l'adulte.

### **Effets indésirables**

- Hyperactivité psychomotrice, cauchemars, vertiges, somnolence excessive, hypertension, douleurs abdominales [voir *Folia d'avril 2019*].
- La mélatonine peut augmenter la fréquence des convulsions chez les patients épileptiques.
- Des cas d'exacerbation de maladie auto-immune ont été rapportés chez des patients sous mélatonine.
- Il n'est pas clair s'il existe une tolérance aux effets de la mélatonine.

### **Grossesse et allaitement**

- La mélatonine doit être évitée pendant la grossesse et l'allaitement en raison du manque de données concernant son profil d'innocuité.

### **Interactions**

- Sédation accrue en cas d'association à d'autres médicaments à effet sédatif ou à l'alcool.
- La mélatonine est un substrat du CYP1A2 (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3*).

### **Précautions particulières**

- Préparation à libération normale: à prendre en dehors des repas (minimum 2 heures avant ou après les repas, 3 heures chez les patients diabétiques).

## **10.1.4. Médicaments à base de plantes**

### **Positionnement**

- Voir 10.1.

### **Effets indésirables**

- Il n'existe que très peu de données concernant le profil d'innocuité de ces médicaments.
- Lavande et valériane: symptômes gastro-intestinaux.

### **Grossesse et allaitement**

- Les médicaments mentionnés ci-dessous sont à éviter pendant la grossesse étant donné les incertitudes quant à leur innocuité.

### **Interactions**

- Sédation accrue en cas d'association à d'autres médicaments à effet sédatif ou à l'alcool.

## **10.2. Antipsychotiques**

Pour tous les antipsychotiques, tant leurs propriétés thérapeutiques que leurs effets indésirables peuvent





s'expliquer en grande partie par leur effet antagoniste sur les récepteurs dopaminergiques centraux et périphériques.

Les antipsychotiques (neuroleptiques) ont été classés comme suit:

- les phénothiazines et les thioxanthènes
- les butyrophénones et les diphénylpipéridines
- les benzamides
- les antipsychotiques atypiques.

## Positionnement

- Des facteurs tels que la réponse individuelle, les effets indésirables, l'observance du traitement et le coût ont un rôle important dans le choix de l'antipsychotique. Les antipsychotiques diffèrent entre eux en ce qui concerne l'efficacité (effets sur les symptômes positifs, négatifs ou dépressifs de la schizophrénie), et le profil de risque (effets extrapyramidaux et anticholinergiques, prise de poids, sédation).
- Il n'existe pas de critères bien définis pour distinguer les antipsychotiques dits "classiques" des antipsychotiques dits "atypiques" (*voir 10.2.4*). L'efficacité et les effets indésirables des antipsychotiques classiques à faible dose sont comparables à ceux des antipsychotiques atypiques, mais ces derniers causent toutefois moins d'effets extrapyramidaux.
- *Schizophrénie*
  - *Voir Folia de mars 2013*.
  - Les antipsychotiques sont efficaces dans la phase aiguë de la schizophrénie, et le traitement d'entretien diminue le risque de récurrences.
  - Tous les antipsychotiques ont un effet sur les symptômes positifs de la schizophrénie (entre autres idées délirantes, hallucinations, confusion au niveau comportemental et cognitif). Des questions subsistent quant à l'effet des antipsychotiques sur les symptômes négatifs (apathie, isolement), sur le fonctionnement social et sur les troubles cognitifs. La clozapine pourrait avoir un bénéfice en termes de symptômes négatifs chez les patients atteints de schizophrénie, mais en raison de sa toxicité hématologique et cardiaque, elle doit être réservée à la schizophrénie réfractaire et utilisée sous stricte surveillance médicale.
- *Confusion aiguë en dehors du contexte de la démence*
  - En présence d'une confusion aiguë, il convient de rechercher d'abord le facteur qui pourrait en être la cause.
  - En cas de confusion aiguë avec agitation en dehors du contexte de la démence, nécessitant un traitement sédatif médicamenteux, une benzodiazépine à durée d'action intermédiaire est souvent privilégiée, telle que le lorazépam, même s'il existe très peu d'études à ce sujet. Dans un contexte psychotique ou en cas de délire, il est préférable d'utiliser un antipsychotique.
- *Troubles du comportement dans la démence*:
  - *Voir Fiche de transparence "Démence"*.
  - En présence de troubles du comportement dans la démence, il convient de rechercher d'abord le facteur déclenchant, souvent un facteur réversible tel que la constipation, une infection, la médication concomitante.
  - En cas de troubles du comportement chez les patients atteints de démence, il convient d'éviter autant que possible l'utilisation d'antipsychotiques, même en présence d'une composante psychotique. Chez les patients atteints de démence, un risque accru d'accidents vasculaires cérébraux et de décès brutal a été constaté avec les différentes classes d'antipsychotiques [*voir Folia juin 2009*]. Si ces médicaments sont quand même utilisés, la durée du traitement doit être la plus courte possible et la dose la plus faible possible, et il convient d'évaluer régulièrement la nécessité de poursuivre le traitement. Lors de l'instauration du traitement, il convient de prévoir, dans les 3 mois, une date pour l'arrêt de l'antipsychotique. En cas d'amélioration des troubles du comportement, il convient d'arrêter progressivement l'antipsychotique.
- *Confusion aiguë et psychose associée à la maladie de Parkinson*: la place des antipsychotiques est limitée et



il y a un risque d'aggravation du parkinsonisme. Il convient d'abord de réévaluer le traitement antiparkinsonien. Lorsqu'un antipsychotique s'avère quand même nécessaire, on utilise de préférence la clozapine (à condition que les précautions nécessaires soient prises).

- Sevrage éthylique aigu: les antipsychotiques peuvent avoir une place limitée dans le traitement du sevrage éthylique aigu (*voir 10.5.1.*).
- Troubles bipolaires: *voir 10.3.8.*
- Dépression: les données concernant l'utilisation d'antipsychotiques comme traitement adjuvant dans la dépression se limitent à la dépression résistante en deuxième ligne. L'ajout d'antipsychotiques est associé à une augmentation des effets indésirables et le rapport bénéfice/risque en cas d'utilisation prolongée est incertain (*voir 10.3.*).
- Insomnie et anxiété: les antipsychotiques ne sont pas indiqués en dehors du contexte de psychose.
- Troubles de la personnalité: l'utilisation des antipsychotiques est à déconseiller (non mentionné comme indication dans les RCP).
- Certains antipsychotiques sont également prescrits comme antiémétiques, en cas de hoquet persistant, dans la chorée de Huntington et dans le syndrome de Gilles de la Tourette [*voir Folia juillet 2011*].

### **Indications (synthèse du RCP)**

- Psychoses telles que la schizophrénie, et certains autres syndromes comportant hallucinations, délire et agitation psychomotrice.
- Agressivité et agitation sévère, p.ex. dans la démence.
- Épisodes maniaques dans les troubles bipolaires.

### **Contre-indications**

- Troubles de la conscience, coma.
- Facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT (*voir Intro.6.2.2.*), en particulier en cas d'usage parentéral et à doses élevées, surtout pour les antipsychotiques suivants: dropéridol, lévomépromazine, pimozide, sertindole, sulpiride et doses élevées d'halopéridol.

### **Effets indésirables**

- Sédation accrue, hypotension orthostatique, chutes et troubles sexuels (fréquent: perte de libido, dysfonction érectile, troubles de l'éjaculation; rare: priapisme) [*voir Folia d'octobre 2021*].
- Symptômes extrapyramidaux précoces tels que dystonie, acathisie et parkinsonisme; ils sont dose-dépendants.
  - Dystonie: plus fréquente chez les patients plus jeunes, en particulier les enfants et les adolescents.
  - Symptômes extrapyramidaux: plus fréquent chez les patients âgés. Le risque est plus faible pour les antipsychotiques atypiques que pour les antipsychotiques classiques.
  - Mesures en cas de symptômes précoces: arrêt du traitement ou réduction de la posologie, ou éventuellement prise unique ou momentanée d'un anticholinergique. L'acathisie est souvent peu influencée par la prise d'un anticholinergique. L'utilisation chronique d'anticholinergiques pourrait provoquer ou aggraver une dyskinésie tardive. En Belgique, on ne dispose pas d'anticholinergique à usage parentéral dans la dystonie aiguë.
- Dyskinésies tardives, parfois irréversibles, en cas d'utilisation chronique.
  - Elles se manifestent surtout par des mouvements orofaciaux et axiaux involontaires.
  - Elles surviennent avec tous les antipsychotiques, surtout à doses élevées, mais le risque est le plus faible pour la clozapine, et probablement aussi pour les autres antipsychotiques atypiques que pour les antipsychotiques classiques.
- Diminution du seuil convulsif: surtout avec la clozapine.
- Hyperprolactinémie pouvant mener, en cas de traitement prolongé, à l'hypogonadisme chez les hommes et les femmes avec aménorrhée, galactorrhée, gynécomastie.
- Effets indésirables métaboliques tels que prise de poids, hyperglycémie et dyslipidémie, en cas de prise



chronique de tout antipsychotique mais surtout de clozapine et d'olanzapine (voir rubrique "Précautions particulières").

- Risque accru de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire (surtout avec la clozapine et l'olanzapine).
- Effets indésirables anticholinergiques, surtout avec les phénothiazines, la clozapine, l'halopéridol, l'olanzapine, le pimozide et la rispéridone (voir Intro.6.2.3.).
- **Risque accru d'accidents vasculaires cérébraux et de mortalité chez les personnes âgées atteintes de démence** (voir la rubrique "Positionnement").
- Détérioration cognitive en cas d'utilisation prolongée chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.
- **Risque de mort subite cardiaque: probablement suite à des arythmies ventriculaires provoquées par un allongement de l'intervalle QT.** Un allongement de l'intervalle QT est décrit avec plusieurs antipsychotiques, surtout le dropéridol, la lévomépromazine, le pimozide, le sertindole, le sulpiride et l'halopéridol à doses élevées. Des torsades de pointes peuvent survenir, surtout en cas d'usage parentéral et de doses élevées, notamment en présence de facteurs de risque (pour ces facteurs de risque, voir Intro.6.2.2.).
- **Syndrome malin des antipsychotiques** (appelé auparavant syndrome malin des neuroleptiques) (voir Intro.6.2.5.).
- **En cas d'usage parentéral: dépression cardio-respiratoire pouvant être fatale.** Un monitoring des paramètres vitaux est indiqué.

## Grossesse et allaitement

- Le fait de ne pas traiter les symptômes psychotiques sévères pendant la grossesse peut avoir des effets néfastes chez la mère et chez l'enfant; il convient cependant d'éviter autant que possible l'utilisation d'antipsychotiques pendant toute la durée de la grossesse.
- Premier trimestre: certains antipsychotiques (halopéridol, aripiprazole, olanzapine, quétiapine) bénéficient d'un long recul d'utilisation, sans effet tératogène avéré. Les données sur les autres médicaments ne sont pas suffisantes pour en évaluer les risques.
- Troisième trimestre et période d'allaitement: l'utilisation d'antipsychotiques par la mère peut entraîner chez l'enfant un risque de symptômes extrapyramidaux, de sédation et, surtout avec les phénothiazines, d'effets anticholinergiques (excitation, troubles de la succion et, moins fréquemment, arythmies, troubles de la motilité intestinale et rétention urinaire).

## Interactions

- Sédation accrue en cas d'association à d'autres médicaments à effet sédatif ou à l'alcool.
- Risque accru de torsades de pointes en cas d'association à d'autres médicaments provoquant un risque d'allongement de l'intervalle QT (voir Intro.6.2.2.).
- Risque accru d'effets anticholinergiques en cas d'association à d'autres médicaments avec des propriétés anticholinergiques (voir Intro.6.2.3.).
- Risque accru de symptômes extrapyramidaux en cas d'association aux ISRS, aux gastroprokinétiques ou aux inhibiteurs des cholinestérases.
- Risque accru de symptômes extrapyramidaux et de neurotoxicité en cas d'association au lithium.
- Risque accru de convulsions en cas d'association à d'autres médicaments provoquant des convulsions (voir Intro.6.2.8.).
- Diminution de l'effet de la lévodopa et des agonistes dopaminergiques.
- Diminution de l'effet des inhibiteurs des cholinestérases.

## Précautions particulières

- En ce qui concerne les effets métaboliques, il est recommandé de suivre régulièrement le poids, la pression artérielle et certains paramètres métaboliques (glycémie, lipides).
- La prudence est de rigueur en cas d'insuffisance hépatique.



- En cas de démence à corps de Lewy, il vaut mieux éviter les antipsychotiques en raison d'un risque de troubles extrapyramidaux fréquents et sévères.

## Administration et posologie

- La dose doit rester la plus faible possible, et la durée de traitement doit être la plus courte possible, surtout chez les personnes âgées.
- La posologie est donnée à titre indicatif et doit être adaptée individuellement, en se basant sur la réponse clinique, l'apparition d'effets indésirables extrapyramidaux et le degré de sédation.
- Chez les personnes âgées, il est souvent conseillé de débiter par des doses plus faibles que la plus faible dose recommandée dans le RCP.
- Dans le traitement de longue durée, il convient de rechercher la dose minimale efficace pour réduire les risques de dyskinésies tardives.
- Des symptômes de sevrage ont été décrits lors de l'arrêt brutal des antipsychotiques (notamment troubles gastro-intestinaux, agitation, anxiété, dyskinésie, acathisie), mais on ne dispose pas de preuves de bonne qualité à ce sujet. Il paraît prudent d'arrêter le traitement de manière progressive.
- L'administration intramusculaire de préparations dépôt (mentionnées au niveau des spécialités comme "à libération prolongée") favorise l'observance thérapeutique en cas de traitement chronique, mais peut poser des problèmes en cas d'effets indésirables sévères [voir *Folia de mars 2013* et *Folia de novembre 2018*].

### 10.2.1. Phénothiazines et thioxanthènes

Les phénothiazines et les thioxanthènes se ressemblent fort d'un point de vue pharmacodynamique et thérapeutique. La clotiapine est une dibenzothiazépine avec les propriétés des phénothiazines.

#### Positionnement

- Voir 10.2.

#### Indications (synthèse du RCP)

- Voir 10.2.

#### Contre-indications

- Voir 10.2.
- Tumeurs dépendantes de la prolactine.
- Ceux des anticholinergiques (voir *Intro.6.2.3.*).

#### Effets indésirables

- Voir 10.2.; une hypotension orthostatique et de la sédation sont fréquentes.
- Hypersensibilité (rare): leucopénie le plus souvent réversible, hépatite cholestatique ou dermatose allergique.
- Pigmentation cutanée et photosensibilité.
- Effets anticholinergiques plus marqués pour certaines phénothiazines (voir *Intro.6.2.3.*).

#### Grossesse et allaitement

- Voir 10.2.

#### Interactions

- Voir 10.2.



### 10.2.1.1. Phénothiazines

### 10.2.1.2. Thioxanthènes

### 10.2.1.3. Clotiapine

### 10.2.1.4. Thioxanthène + antidépresseur

## 10.2.2. Butyrophénones et diphénylpipéridines

### Positionnement

- Voir 10.2.

### Indications (synthèse du RCP)

- Voir 10.2.

### Contre-indications

- Voir 10.2.

### Effets indésirables

- Voir 10.2.; ces médicaments entraînent moins de sédation et d'hypotension orthostatique que les phénothiazines; les effets extrapyramidaux sont fréquents.

### Grossesse et allaitement, précautions particulières, administration et posologie

- Voir 10.2.

### Interactions

- Voir 10.2.
- L'halopéridol est un substrat du CYP2D6 et du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- Le pimozide et le dropéridol sont des substrats du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.); le dropéridol est de plus un substrat de la P-gp (voir Tableau Id. dans Intro.6.3.).

### 10.2.2.1. Butyrophénones

### 10.2.2.2. Diphénylpipéridines

## 10.2.3. Benzamides

### Positionnement

- Voir 10.2.
- Le sulpiride à faible dose est proposé dans les dépressions et l'anxiété, et en cas de symptômes somatiques sans explication médicale (indication qui ne figure pas dans le RCP), mais ces utilisations sont peu documentées. À forte dose, il est utilisé dans la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques.
- L'amisulpride, apparenté au sulpiride, est utilisé dans la schizophrénie.
- Le tiapride est parfois utilisé, sans beaucoup de preuves, dans les états d'agitation psychomotrice lors d'un sevrage alcoolique et dans la chorée de Huntington.
- Le métoclopramide, une benzamide, n'exerce pas d'effet antipsychotique mais présente toutefois certains effets indésirables des antipsychotiques; il est repris avec les antiémétiques (voir 3.4.).



## Indications (synthèse du RCP)

- Voir 10.2.

## Contre-indications

- Voir 10.2.
- Tumeurs dépendantes de la prolactine.

## Effets indésirables

- Voir 10.2.; surtout des effets extrapyramidaux et endocriniens (hyperprolactinémie avec gynécomastie et aménorrhée).

## Grossesse et allaitement, précautions particulières, administration et posologie

- Voir 10.2.

## Interactions

- Voir 10.2.
- Lamisulpride est un substrat de la P-gp (voir Tableau Id. dans Intro.6.3.).

## 10.2.4. Antipsychotiques atypiques

### Positionnement

- Voir 10.2.
- L'aripiprazole, l'asénapine, la cariprazine, la clozapine, l'olanzapine, la palipéridone, la quétiapine, la rispéridone et le sertindole sont souvent appelés antipsychotiques "atypiques". Lamisulpiride (voir 10.2.3.) est également souvent repris dans ce groupe. Les antipsychotiques atypiques ne forment pas un groupe homogène, ni en ce qui concerne leur profil pharmacologique, leur efficacité ou leurs effets indésirables.
- En raison du risque d'agranulocytose et d'effets indésirables cardiaques, la clozapine ne doit être utilisée que chez les patients dont les autres traitements antipsychotiques ont échoué, ou en cas de confusion aiguë associée à la maladie de Parkinson. Le traitement doit être instauré en milieu spécialisé et suivi de près.
- La palipéridone est le métabolite actif de la rispéridone et présente le même rapport bénéfice/risque [voir Folia de janvier 2015].
- Le sertindole n'est pas un antipsychotique de premier choix, le risque d'allongement de l'intervalle QT étant plus élevé qu'avec d'autres antipsychotiques.
- Certains antipsychotiques atypiques sont aussi utilisés, le plus souvent *off label*, en cas d'agitation et d'agressivité dans le cadre d'une démence (voir 10.2.). Il n'est pas prouvé qu'ils soient plus efficaces ou plus sûrs que les antipsychotiques classiques.
- Pour l'aripiprazole, l'olanzapine, la quétiapine et la rispéridone, les épisodes maniaques des troubles bipolaires sont également mentionnés comme indication dans le RCP (voir Folia de février 2014); pour l'asénapine, c'est la seule indication dans le RCP (voir 10.3.8.). L'aripiprazole est également utilisée comme traitement d'entretien pour prévenir les récurrences d'épisodes maniaques.

## Indications (synthèse du RCP)

- Voir 10.2.

## Contre-indications

- Voir 10.2.
- Clozapine (**médicament avec une marge thérapeutique-toxique étroite**): également cardiopathie,



neutropénie, agranulocytose, dépression médullaire, psychose alcoolique ou toxique, épilepsie non contrôlée; insuffisance rénale sévère, atteinte hépatique aiguë, insuffisance hépatique sévère (RCP).

- Olanzapine sous forme de préparation dépôt (mentionnée au niveau de la spécialité comme “à libération prolongée”): aussi cardiopathie ischémique, arythmies, hypotension; insuffisance rénale sévère (RCP).
- Sertindole: insuffisance hépatique sévère (RCP); hypokaliémie ou hypomagnésémie; insuffisance cardiaque, hypertrophie cardiaque, arythmies ou bradycardie; allongement de l'intervalle QT.

## Effets indésirables

- Voir 10.2.
- Effets indésirables métaboliques très fréquents: prise de poids (surtout au cours des premiers mois de traitement), dyslipidémie; hyperglycémie survenant plus fréquemment avec la clozapine et l'olanzapine qu'avec les autres antipsychotiques.
- Aripiprazole: rarement, aussi comportements compulsifs (p.ex. jeux pathologiques, hypersexualité, boulimie).
- Cariprazine: aussi troubles visuels (cataracte) et gastro-intestinaux. L'akathisie semble survenir plus fréquemment qu'avec d'autres antipsychotiques.
- **Clozapine (médicament avec une marge thérapeutique-toxique étroite): de plus, agranulocytose;** effets anticholinergiques (Intro.6.2.3.).
- La clozapine (et rarement la quétiapine, la rispéridone et la ziprasidone): myocardite **(au cours des premières semaines de traitement) et cardiomyopathie.**
- Olanzapine à libération prolongée: réaction après injection avec sédation (allant d'une sédation légère au coma), délires, symptômes extrapyramidaux, discours incohérent, ataxie, agressivité, vertiges, faiblesse, hypertension et convulsions. Une surveillance est recommandée pendant 3 heures après l'injection [voir Folia november 2018].
- Quétiapine et clozapine: aussi colite ischémique.

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.2.

## Interactions

- Voir 10.2.
- Clozapine: risque accru de dépression médullaire en association à d'autres médicaments déprimant la moelle osseuse; risque accru d'hypotension orthostatique en cas de prise d'alcool.
- L'asénapine est un substrat du CYP1A2, et un inhibiteur du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- L'aripiprazole et le sertindole sont des substrats du CYP2D6 et du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- La cariprazine est un substrat du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.), et un inhibiteur de la P-gp (voir Tableau Id. dans Intro.6.3.).
- La clozapine est un substrat du CYP1A2 et du CYP2D6 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- L'olanzapine est un substrat du CYP1A2 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- La palipéridone est un substrat du CYP2D6 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- La quétiapine est un substrat du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- La rispéridone est un substrat du CYP2D6 et du CYP3A4, et un substrat de la P-gp (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3. et Tableau Id. dans Intro.6.3.).

## Précautions particulières

- Clozapine: contrôler régulièrement la formule sanguine (une fois par semaine en début de traitement) et l'ECG.
- Sertindole: une surveillance ECG est nécessaire avant et pendant le traitement.



### 10.3. Antidépresseurs

Les antidépresseurs sont subdivisés en fonction de leur structure chimique et/ou de leur mode d'action. La sélectivité de leur mécanisme d'action n'est cependant jamais complète. Ces médicaments ont souvent également d'autres indications que la dépression.

Dans ce chapitre, on utilise la classification suivante.

- Les inhibiteurs de recapture sélectifs.
  - Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).
  - Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline.
- Les inhibiteurs de recapture non sélectifs.
  - Les antidépresseurs tricycliques (ATC) et apparentés.
  - Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN).
  - Les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine.
- Les inhibiteurs des monoamine oxydases (MAO).
- Les antidépresseurs agissant directement sur les neurorécepteurs.
- La vortioxétine.
- L'eskétamine.
- Le millepertuis.
- Les médicaments des troubles bipolaires.

#### Positionnement

- *Dépression*
  - Voir *Folia de juillet 2018*.
  - Évaluation de la dépression et place des antidépresseurs
    - Il est important de distinguer les formes de dépression sévères des formes moins sévères (questionner sur les symptômes vitaux, évaluation du poids de la souffrance éprouvée, l'influence sur le fonctionnement et le risque suicidaire). Il est également important de reconnaître la dépression dans le cadre de troubles bipolaires et d'exclure une dépression psychotique.
    - Prendre en charge un patient dépressif ne signifie pas prescrire systématiquement un antidépresseur.
    - En cas de dépression légère (ou modérée), des mesures non médicamenteuses sont recommandées, telles que des conseils sur le mode de vie et un soutien psychologique.
    - En cas de dépression (modérée à) sévère, il est recommandé de traiter avec un antidépresseur, en combinaison avec une psychothérapie.
    - Au moment d'instaurer un traitement médicamenteux, il est important d'insister sur le fait que le traitement dure plusieurs mois et que le patient ne doit pas arrêter brutalement la prise du médicament à la fin de la période de traitement (*voir aussi la rubrique "Administration et posologie"*).
  - Choix de l'antidépresseur
    - En première ligne, un ISRS ou un ATC sont à privilégier. Les autres antidépresseurs (notamment les IRSN, la bupropione, les inhibiteurs des monoamine-oxydases) ne sont pas considérés comme des options de première ligne.
    - Il n'est pas clair dans quelle mesure les différences de mécanisme d'action des antidépresseurs donnent lieu à des avantages ou des inconvénients cliniquement significatifs. Il n'est par exemple pas prouvé que, dans la dépression, l'efficacité des antidépresseurs tricycliques (ATC) diffère de celle des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Le choix sera déterminé essentiellement par la comorbidité, les traitements antidépresseurs antérieurs, les contre-indications, les effets indésirables, les interactions avec d'autres médicaments, le coût du traitement et la préférence du patient.
    - Le millepertuis (*Hypericum perforatum*) est utilisé dans les troubles dépressifs, mais son





utilisation dans la dépression sévère ou à long terme n'est pas suffisamment étayée.

- Évaluation du traitement antidépresseur
  - L'effet bénéfique des antidépresseurs ne se manifeste parfois qu'après deux à huit semaines, mais la plupart des patients présentent déjà une amélioration dans les premières semaines. Une réponse positive au traitement dans les deux premières semaines est un bon facteur prédictif du succès du traitement antidépresseur.
  - Si la réponse au traitement combiné (psychothérapie + antidépresseurs) est bonne, il est recommandé de le poursuivre pendant au moins 6 mois après la stabilisation pour éviter une rechute. Si le patient refuse le traitement, une psychothérapie ou un traitement médicamenteux peut être choisi en consultation avec le patient. Les différentes options semblent avoir, à long terme, une efficacité comparable, mais le traitement combiné réduit le risque de rechute en cas de dépression sévère.
  - Si la réponse à l'antidépresseur est insuffisante, il est conseillé de demander un avis psychiatrique.
  - De nombreuses études négatives concernant les antidépresseurs n'ont pas été publiées, ce qui rend difficile l'évaluation de leur valeur réelle.
- Enfants et adolescents
  - Chez les enfants et les adolescents dépressifs, l'efficacité d'aucun antidépresseur n'a été prouvée de manière convaincante. En particulier au début du traitement, un risque accru d'idées suicidaires et d'automutilation a été constaté [voir *Folia de novembre 2015*]. L'effet des antidépresseurs sur la croissance, la maturation sexuelle et le développement cognitif, émotionnel et comportemental n'est pas suffisamment documenté. La plupart des données sur l'usage d'antidépresseurs chez les enfants et les adolescents concernent la fluoxétine. La fluoxétine est le seul antidépresseur indiqué dans la dépression chez l'enfant et l'adolescent selon le RCP.
  - Des données indiquent que les ISRS augmentent le risque d'idées suicidaires chez les jeunes adultes dépressifs, en particulier au début du traitement. Il est donc conseillé de commencer par une demi-dose. L'augmentation d'idées suicidaires ne peut être exclue pour aucun antidépresseur. D'un autre côté, les tendances suicidaires dans le cadre d'une dépression sont une indication à l'usage d'antidépresseurs. En cas de surdosage, les ATC, plus que les autres antidépresseurs, sont potentiellement fatals et doivent être prescrits avec la plus grande prudence en cas de risque important de suicide, particulièrement chez les patients ambulatoires.
- Les antipsychotiques n'ont pas de place dans la prise en charge de la dépression en première ligne.
- Dépression avec comorbidité
  - Dans le cas de troubles bipolaires, la place des antidépresseurs dans la phase dépressive est controversée (voir 10.3.8.). La dépression dans le contexte d'un trouble bipolaire doit être traitée par un psychiatre, étant donné le risque de déclencher un épisode maniaque lors de l'instauration de l'antidépresseur. Ce risque semble plus élevé avec les ATC et les IRSN.
  - Chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer souffrant de dépression, l'efficacité des antidépresseurs n'a pas été suffisamment démontrée. Il convient de bien distinguer un syndrome démentiel d'un syndrome dépressif.
  - En cas de dépression dans le cadre de la maladie de Parkinson, la place des antidépresseurs n'est pas claire en raison de l'absence d'études contrôlées suffisantes. Il existe peu de données positives sur les ATC, les ISRS et les IRSN.
- *Autres domaines d'utilisation (pas toujours mentionnés dans le RCP)*
  - Troubles obsessionnels compulsifs: les ISRS et la clomipramine ont une efficacité prouvée.
  - Trouble panique et trouble d'anxiété généralisée (formes sévères): les ISRS et la venlafaxine ont une efficacité prouvée.
  - Phobie sociale (formes sévères): les ISRS, la mirtazapine, la venlafaxine et les inhibiteurs réversibles de la MAO-A ont une efficacité prouvée.



- Stress post-traumatique: un effet positif a été constaté avec les ISRS et la venlafaxine, mais l'approche psychothérapeutique est mieux étudiée et reste à préférer.
- Prévention de la migraine: l'amitriptyline a une efficacité prouvée (*voir 10.9.2.*); la place des ISRS et de la venlafaxine n'est pas claire.
- Douleurs neuropathiques et autres douleurs chroniques: on utilise surtout les ATC (amitriptyline) et la duloxétine (*voir 8.1.*).
- Pour faciliter l'arrêt du tabagisme, on utilise la bupropione (syn. amfébutamone) et la nortriptyline (*voir 10.5.2.*).
- Éjaculation prématurée: la dapoxétine (indication mentionnée dans le RCP, *voir 7.4.*) et les autres ISRS utilisés (*off-label*) ont un rapport bénéfice/risque douteux [*voir Folia de janvier 2022*].
- Syndrome prémenstruel sévère et symptômes de la ménopause: certains antidépresseurs auraient un effet favorable.
- Incontinence d'effort chez la femme: on utilise parfois la duloxétine sans effet convaincant (*voir 7.1.*).
- Enurésie nocturne: l'imipramine, l'amitriptyline et leurs dérivés sont encore exceptionnellement utilisés, mais seulement après exclusion de causes organiques et après échec des autres mesures.
- Troubles du sommeil sans dépression avérée: l'utilisation d'antidépresseurs (p.ex. la trazodone, la miansérine, la mirtazapine) n'est pas suffisamment étayée et donc déconseillée [*voir Folia de juin 2019*]. L'insomnie ne figure pas comme indication dans les RCP des antidépresseurs.
- Troubles de la personnalité: l'utilisation des antidépresseurs chez ces patients n'est pas fondée sauf en cas de dépression.

## Effets indésirables

- Les effets indésirables spécifiques aux sous-classes sont discutés dans les rubriques qui les concernent.
- Troubles sexuels fréquents (troubles de l'éjaculation et de l'érection, problèmes de libido et d'orgasme), qui persistent parfois très longtemps après l'arrêt d'un ISRS ou d'un IRSN [*voir Folia de mars 2020*].
- Tremblements et sudation excessive.
- Manifestations de sevrage avec p.ex. des symptômes grippaux, des troubles gastro-intestinaux, des troubles de l'équilibre, des troubles extrapyramidaux, des symptômes psychiques et des troubles du sommeil, surtout en cas d'arrêt brutal ou de diminution trop rapide des antidépresseurs. Environ la moitié des personnes qui diminuent progressivement les antidépresseurs présentent des manifestations de sevrage. Celles-ci sont souvent sévères et peuvent durer plusieurs mois [*voir Folia de juin 2022*].
- Effets anticholinergiques (*voir Intro.6.2.3.*), surtout avec les ATC et apparentés, et la paroxétine.
- Abaissement du seuil convulsif, surtout avec les ATC et apparentés, les ISRS et la bupropione (*voir Intro.6.2.8.*).
- Déclenchement d'un épisode maniaque chez les patients atteints d'un trouble bipolaire, le risque étant plus élevé avec les ATC et la venlafaxine qu'avec les ISRS.
- Hyponatrémie avec risque d'agitation et de confusion, surtout chez les personnes âgées (plus fréquent avec les ISRS et les IRSN, *voir Folia de juin 2016*).
- Risque accru d'agressivité et d'idées suicidaires, surtout lors de l'instauration du traitement: celui-ci ne peut être exclu pour aucun antidépresseur, mais il est surtout décrit avec les ISRS (*voir la rubrique "Positionnement"*).
- **En cas de surdosage (tentative de suicide), les ATC présentent un risque léthal plus élevé que les autres antidépresseurs.**

## Grossesse et allaitement

- Le fait de ne pas traiter une dépression sévère pendant la grossesse peut avoir des effets néfastes chez la mère et chez l'enfant. L'interruption brutale du traitement doit certainement être évitée. Cependant, **il convient d'éviter autant que possible l'utilisation d'antidépresseurs pendant toute la durée de la grossesse.**
- **Un effet tératogène ne peut être exclu avec aucun antidépresseur.** La plupart des données aux résultats



rassurants concernent les ISRS fluoxétine, citalopram et sertraline et les antidépresseurs tricycliques amitriptyline, clomipramine, imipramine et nortriptyline. **Un risque légèrement accru de malformations cardiaques ne peut être exclu avec la paroxétine ou avec d'autres ISRS.**

- Problèmes chez le nouveau-né en cas d'utilisation par la mère peu de temps avant l'accouchement:
  - problèmes respiratoires, difficultés à téter, convulsions, pleurs persistants, rigidité musculaire en cas d'utilisation par la mère d'ISRS et de quelques autres antidépresseurs (p.ex. venlafaxine, mirtazapine);
  - effets anticholinergiques (excitation, difficultés de succion, et moins fréquemment, troubles du rythme cardiaque, trouble de la motilité intestinale et rétention urinaire) en cas d'utilisation par la mère d'antidépresseurs ayant des propriétés anticholinergiques.

## Interactions

- Risque accru de convulsions en cas d'association à d'autres médicaments pouvant provoquer des convulsions (*voir Intro.6.2.8.*).
- Risque accru de syndrome sérotoninergique en cas d'association à d'autres médicaments à effet sérotoninergique (*voir Intro.6.2.4.*).
- Risque accru d'effets indésirables anticholinergiques en cas d'association à d'autres médicaments à effet anticholinergique (*voir Intro.6.2.3.*). En particulier l'association d'un IMAO avec un ISRS doit être évitée.
- Sédation accrue en cas d'association d'antidépresseurs à effet sédatif (amitriptyline, imipramine, fluvoxamine, maprotiline, miansérine, mirtazapine, trazodone), avec d'autres médicaments à effet sédatif ou à l'alcool.
- Risque accru d'hyponatrémie en cas d'association à des médicaments qui ont aussi un tel effet, tels les thiazides et les diurétiques de l'anse, la carbamazépine.
- **Effets indésirables graves (crises hypertensives et hyperpyrétiques pouvant être fatales), en cas d'association d'inhibiteurs des MAO (surtout les non sélectifs) à d'autres antidépresseurs.** D'autres antidépresseurs ne peuvent dès lors pas être administrés dans les 2 semaines suivant l'arrêt d'un inhibiteur des MAO. De même, les inhibiteurs des MAO ne peuvent pas être administrés dans les 2 semaines suivant l'arrêt d'un autre antidépresseur; en cas d'arrêt de la fluoxétine, il est préférable d'attendre 5 semaines (étant donné que la norfluoxétine, le métabolite actif de la fluoxétine, a une durée de demi-vie de plus de 7 jours).

## Administration et posologie

- La posologie doit être déterminée individuellement.
- Dans la dépression, il est recommandé de débiter avec une faible dose, et si nécessaire, de l'augmenter après quelques semaines en fonction de l'efficacité et des effets indésirables.
- En ce qui concerne la meilleure façon d'administrer la dose journalière des antidépresseurs, en une prise le soir ou en plusieurs prises journalières, il n'existe pas de données probantes. L'administration le soir est souvent préférable pour éviter un effet sédatif gênant pendant la journée avec l'amitriptyline, l'imipramine, la fluvoxamine, la maprotiline, la miansérine, la mirtazapine et la trazodone. En revanche, les antidépresseurs non sédatifs sont administrés de préférence en journée vu qu'ils peuvent provoquer une insomnie.
- Après disparition des symptômes dépressifs, il est recommandé de poursuivre le traitement pendant 6 mois après un premier épisode. En cas de dépression sévère et récidivante, un traitement d'entretien de longue durée est parfois proposé.
- L'arrêt progressif du traitement réduit le risque de symptômes de sevrage. Des symptômes de sevrage sévères peuvent nécessiter la reprise de l'antidépresseur ou une réaugmentation de la dose, avant de reprendre un schéma de sevrage plus progressif [*voir Folia de juin 2022*].
- Lors du passage d'un antidépresseur à un autre, il faut tenir compte de la demi-vie des deux médicaments ; ceci exige un suivi strict dans le cadre de la survenue de symptômes de sevrage.
- En cas d'administration parentérale d'un antidépresseur, l'effet thérapeutique n'apparaît pas plus rapidement que lors de l'administration par voie orale.



- Pour les médicaments repris ci-dessous, la posologie mentionnée est celle pour la dépression, sur base du RCP. Il s'agit de la posologie la plus couramment utilisée en première ligne. La dose initiale ("start") et la dose journalière maximale sont mentionnées entre parenthèses.
- Dans les RCP, une plus faible dose journalière est généralement mentionnée pour les patients atteints d'insuffisance hépatique, et pour les personnes âgées. Voir RCP à ce sujet.

### 10.3.1. Inhibiteurs de recapture sélectifs

Ces médicaments inhibent sélectivement la recapture présynaptique de la sérotonine (les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou ISRS) ou de la noradrénaline (les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline).

#### 10.3.1.1. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

##### Positionnement

- Voir 10.3.
- Il n'existe actuellement pas d'arguments basés sur des preuves d'efficacité pour privilégier une molécule en particulier parmi les ISRS disponibles.
- La dapoxétine, un ISRS utilisé dans le traitement de l'éjaculation précoce, est reprise en 7.4.

##### Contre-indications

- Association avec des inhibiteurs des MAO (voir 10.3., rubrique "Interactions").
- Citalopram et escitalopram: autres facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT (voir Intro.6.2.2.).
- Sur le site Web "[genesmiddelenbijlevercirrose.nl](http://genesmiddelenbijlevercirrose.nl)", la fluoxétine, la paroxétine et la sertraline sont considérées comme "à éviter" en cas de cirrhose hépatique.

##### Effets indésirables

- Voir 10.3.
- Effets indésirables gastro-intestinaux (nausées, diarrhée, ...): fréquent.
- Effets indésirables centraux (céphalées, insomnie, vertiges, agitation, sédation, ...): fréquent.
- Manifestations extrapyramidales telles que des tremblements.
- Priapisme: (es)citalopram, fluoxétine, paroxétine, sertraline [voir Folia d'octobre 2021].
- Troubles sexuels persistants, même après l'arrêt des ISRS [voir Folia mars 2020].
- Comportements compulsifs (jeux pathologiques, achats compulsifs) [voir Folia juin 2020].
- Symptômes de sevrage, qui sont plus fréquents avec les ISRS et les IRSN qu'avec d'autres antidépresseurs.
- Hyponatrémie, surtout chez les personnes âgées ou en cas de prise de diurétiques.
- Syndrome sérotoninergique (voir Intro.6.2.4.).
- Hémorragies, surtout au niveau de la peau et des muqueuses, p.ex. du système gastro-intestinal [voir Folia avril 2005].
- Paroxétine: aussi effets anticholinergiques (voir Intro.6.2.3.).
- Citalopram et escitalopram: aussi **allongement de l'intervalle QT**, avec risque de torsades de pointes (voir Intro.6.2.2.); maculopathie.

##### Grossesse et allaitement

- Voir 10.3..
- **Suspicion d'apparition d'une hypertension artérielle pulmonaire chez le nouveau-né.**
- **Surtout avec la paroxétine: suspicion d'un risque de malformations cardiaques majeures chez le fœtus.**
- **Risque accru d'hémorragie de délivrance en cas d'utilisation en fin de grossesse [voir Folia de mai 2020].**

##### Interactions

- Voir 10.3.



- Risque accru d'hémorragie en cas d'association à des médicaments antithrombotiques, des AINS ou à l'acide acétylsalicylique.
- Risque accru d'hyponatrémie en cas d'association à des diurétiques.
- Risque accru des effets indésirables extrapyramidaux des antipsychotiques.
- Risque accru de syndrome sérotoninergique en cas d'association à d'autres médicaments à effet sérotoninergique (*voir Intro.6.2.4.*).
- Paroxétine: aussi risque accru d'effets indésirables anticholinergiques en cas d'association à d'autres médicaments avec des effets anticholinergiques.
- Citalopram et escitalopram: aussi risque accru de torsades de pointes en cas d'association à d'autres médicaments avec un risque d'allongement de l'intervalle QT (*voir Intro.6.2.2.*).
- Les ISRS sont des substrats et des inhibiteurs des isoenzymes CYP (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.*); ils diffèrent entre eux quant à leur effet inhibiteur sur les isoenzymes CYP, mais la signification clinique de certaines de ces interactions n'est pas claire.
  - Le citalopram, l'escitalopram et la sertraline sont des substrats du CYP2C19 et des inhibiteurs du CYP2D6; le citalopram et la sertraline sont de plus des substrats de la P-gp (*voir Tableau Id. dans Intro.6.3.*).
  - La fluoxétine est un substrat du CYP2D6 et un inhibiteur du CYP2C9, du CYP2C19, du CYP2D6 et du CYP3A4.
  - La fluvoxamine est un substrat du CYP2D6 et un inhibiteur du CYP1A2, du CYP2C9, du CYP2C19, du CYP2D6 et du CYP3A4.
  - La paroxétine est un substrat et un inhibiteur du CYP2D6, et un substrat de la P-gp.

## Administration et posologie

- *Voir 10.3.*

### 10.3.1.2. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline

La réboxétine est un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline. L'atomoxétine, qui est aussi un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline, est utilisée dans les troubles de l'attention avec hyperactivité (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder* ou TDAH), et est discutée en 10.4.

## Positionnement

- *Voir 10.3.*
- L'efficacité de la réboxétine est contestée et probablement faible.

## Contre-indications

- Association d'inhibiteurs des MAO (*voir 10.3., rubrique "Interactions"*).

## Effets indésirables, grossesse et allaitement, interactions, administration et posologie

- *Voir 10.3.*
- La réboxétine est un substrat du CYP3A4 (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).

### 10.3.2. Inhibiteurs de recapture non sélectifs

#### 10.3.2.1. Antidépresseurs tricycliques (ATC) et apparentés

Ces médicaments inhibent à des degrés variables la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine; ils possèdent également d'autres propriétés pouvant expliquer leurs effets indésirables, p.ex. les effets anticholinergiques, antihistaminiques et  $\alpha$ -bloquants. La plupart des antidépresseurs de ce groupe ont une structure tricyclique. La maprotiline n'a pas de structure tricyclique mais ses propriétés et son mode d'action sont similaires à ceux des antidépresseurs tricycliques. Elle n'est plus disponible depuis septembre 2021.



## Positionnement

- Voir 10.3.

## Contre-indications

- Association avec des inhibiteurs des MAO (voir 10.3., rubrique “Interactions”).
- Infarctus du myocarde récent.
- Arythmies cardiaques, troubles de la conduction cardiaque (surtout bloc auriculo-ventriculaire).
- Celles des anticholinergiques (voir Intro.6.2.3.) pour les produits avec un effet anticholinergique (en particulier l'amitriptyline).
- L'amitriptyline, la dosulépine, la maprotiline: insuffisance hépatique sévère (RCP).
- Maprotiline: insuffisance rénale sévère (RCP).

## Effets indésirables

- Voir 10.3.
- Prise de poids.
- Hypotension orthostatique et troubles de la conduction cardiaque (effet de type quinidine), surtout chez les personnes âgées, en cas de pathologie cardio-vasculaire préexistante et à doses élevées; en cas de surdosage, des troubles du rythme (p.ex. torsades de pointes) à issue parfois fatale peuvent survenir.
- Effets anticholinergiques (surtout l'amitriptyline) (voir Intro.6.2.3.).
- Sédation, surtout avec l'amitriptyline, la dosulépine et la maprotiline. Cet effet sédatif est parfois souhaitable en cas d'anxiété ou de troubles du sommeil associés à la dépression; la dose la plus élevée ou la dose journalière unique sera prise de préférence le soir. D'autres antidépresseurs de ce groupe sont peu ou pas sédatifs, ou même légèrement stimulants (nortriptyline); ils sont parfois responsables d'anxiété, d'agitation et d'insomnie, et ne doivent de préférence pas être pris le soir.

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.3.

## Interactions

- Voir 10.3.
- Diminution de l'effet des antihypertenseurs à action centrale avec la plupart des ATC et apparentés.
- Renforcement de l'effet des sympathicomimétiques, utilisés p.ex. comme décongestionnants, avec la plupart des ATC ou apparentés.
- L'amitriptyline et la clomipramine sont des substrats du CYP1A2 et du CYP2D6 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.); l'amitriptyline est de plus un substrat de la P-gp (voir Tableau Id. dans Intro.6.3.).
- La maprotiline et la nortriptyline sont des substrats du CYP2D6 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.). La nortriptyline est de plus un substrat de la P-gp (voir Tableau Id. dans Intro.6.3.).
- L'imipramine est un substrat du CYP1A2 et du CYP2D6 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

## Administration et posologie

- Voir 10.3.

### 10.3.2.2. Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)

Ces antidépresseurs inhibent à des degrés variables la recapture aussi bien de la noradrénaline que de la sérotonine. Contrairement aux antidépresseurs tricycliques et apparentés, ils interagissent très peu avec d'autres récepteurs et n'ont pas d'effets anticholinergiques. La duloxétine, sous le nom de spécialité Yentreve®, est aussi utilisée dans l'incontinence d'effort (voir 7.1.2.).



## Positionnement

- Voir 10.3.

## Contre-indications

- Association avec des inhibiteurs des MAO (voir 10.3., rubrique “Interactions”).
- Duloxétine: aussi hypertension non contrôlée, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique (RCP).
- Venlafaxine: aussi hypertension non contrôlée. Sur le site Web “*geneesmiddelenbijlevercirrose.nl*”, la venlafaxine est considérée comme “à éviter” en cas de cirrhose hépatique.

## Effets indésirables

- Voir 10.3.
- Hémorragies, surtout au niveau de la peau et des muqueuses, p.ex. du système gastro-intestinal.
- Hyponatrémie, surtout chez les personnes âgées ou en cas de prise de diurétiques.
- Symptômes de sevrage, qui surviennent plus fréquemment avec les ISRS et les IRSN qu’avec d’autres antidépresseurs
- Troubles sexuels persistants, même après l’arrêt des ISRS [voir *Folia de mars 2020*].
- Duloxétine: aussi nausées, sécheresse de la bouche, somnolence, céphalées.
- Venlafaxine: aussi élévation de la pression artérielle (des contrôles réguliers sont conseillés); abus, surtout chez les patients ayant des antécédents de dépendance (voir *Folia de février 2020*).

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.3.
- **Risque accru d’hémorragie de délivrance en cas d’utilisation en fin de grossesse** [voir *Folia de mai 2020*].

## Interactions

- Voir 10.3.
- Risque accru d’hémorragie en cas d’association à des médicaments antithrombotiques, des AINS ou à l’acide acétylsalicylique.
- Risque accru d’hyponatrémie lors de l’association avec des diurétiques.
- La duloxétine est un substrat du CYP1A2 et du CYP2D6, et un inhibiteur du CYP2D6 (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).
- La venlafaxine est un substrat et un inhibiteur du CYP2D6, et un substrat de la P-gp (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).

## Administration et posologie

- Voir 10.3.

### 10.3.2.3. Inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine

La bupropione (syn. amfébutamone) inhibe la recapture de la noradrénaline et de la dopamine. La bupropione est aussi utilisée (sous le nom de spécialité Zyban®) pour faciliter l’arrêt du tabagisme (voir 10.5.2.2.).

## Positionnement

- Voir 10.3.

## Contre-indications

- Association avec des inhibiteurs des MAO (voir 10.3., rubrique “Interactions”).
- Antécédents de convulsions, boulimie ou anorexie mentale.
- Tumeur au niveau du système nerveux central et sevrage aigu alcoolique ou aux benzodiazépines (risque accru de convulsions).
- Insuffisance hépatique sévère (RCP).



## Effets indésirables

- Voir 10.3. et 10.5.2.2.

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.3.

## Interactions

- Voir 10.3.
- La bupropione peut renforcer les effets psychiques de l'alcool.
- La bupropione est un substrat du CYP2B6 et un inhibiteur du CYP2D6 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

## Administration et posologie

- Voir 10.3.

### 10.3.3. Inhibiteurs des monoamine oxydases (MAO)

La phénelzine, un inhibiteur irréversible, non sélectif des isoenzymes MAO-A et MAO-B, est retirée du marché depuis juillet 2019. Le moclobémide est un inhibiteur réversible sélectif de la MAO-A. Certains inhibiteurs de la MAO-B sont utilisés dans la maladie de Parkinson (voir 10.6.4.) et ne sont pas utilisés comme antidépresseurs.

## Positionnement

- Voir 10.3.
- Les inhibiteurs des MAO ne sont pas un premier choix dans la dépression, principalement en raison de leurs effets indésirables et de leurs nombreuses interactions.

## Contre-indications

- Utilisation concomitante d'autres antidépresseurs (voir 10.3., rubrique "Interactions") et de dextrométhorphan.
- Moclobémide: phéochromocytome.

## Effets indésirables

- Voir 10.3.
- Vertiges, céphalées, agitation, troubles du sommeil, sécheresse de la bouche, troubles gastro-intestinaux.
- Moclobémide: aussi galactorrhée.

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.3.

## Interactions

- Voir 10.3.
- **Crises hypertensives graves pouvant être fatales, avec la phénelzine, et dans une moindre mesure, avec le moclobémide, en cas de prise d'aliments ou de boissons riches en tyramine ou de sympathicomimétiques (y compris les stimulants centraux, la lévodopa, le néfopam), ou en cas d'anesthésie générale.**
- Le moclobémide est un substrat du CYP2C19 et un inhibiteur du CYP2C19 et du CYP2D6 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

## Précautions particulières

- Moclobémide: la dose doit être réduite en cas d'insuffisance hépatique.





### 10.3.4. Antidépresseurs agissant directement sur les neurorécepteurs

Les médicaments de ce groupe agissent principalement sur des neurorécepteurs (adrénergiques, sérotoninergiques, ...). La miansérine est un antagoniste au niveau des récepteurs  $\alpha$ -adrénergiques présynaptiques. La trazodone est un antagoniste au niveau des récepteurs sérotoninergiques et inhibe aussi la recapture de la sérotonine. La mirtazapine est un antagoniste au niveau des récepteurs  $\alpha$ -adrénergiques présynaptiques et des récepteurs sérotoninergiques et histaminiques H postsynaptiques. L'agomélatine est un agoniste au niveau des récepteurs de la mélatonine et un antagoniste au niveau de certains récepteurs de la sérotonine.

#### Positionnement

- Voir 10.3.
- Le rapport bénéfice/risque de l'agomélatine n'est pas clair: l'efficacité n'a pas été prouvée de manière convaincante et des effets indésirables graves peuvent survenir [voir Folia de janvier 2016].
- La trazodone, en raison de ses propriétés sédatives, est généralement utilisée à faibles doses dans les troubles du sommeil; on ne dispose que de très peu de données concernant son profil d'innocuité comme sédatif (indication ne figurant pas dans le RCP). Son utilisation dans l'insomnie est donc à déconseiller.

#### Contre-indications

- Association avec des inhibiteurs des MAO (voir 10.3., rubrique "Interactions").
- Agomélatine: aussi patients âgés de plus de 75 ans, démence, taux de transaminases 3 fois plus élevés que les taux normaux; insuffisance hépatique (RCP).
- Miansérine et trazodone: aussi infarctus aigu du myocarde, troubles du rythme cardiaque (surtout bloc auriculo-ventriculaire).
- Miansérine: aussi insuffisance hépatique sévère (RCP).

#### Effets indésirables

- Voir 10.3.
- Miansérine, mirtazapine et trazodone: sédation. Cet effet sédatif peut être souhaitable en cas d'anxiété ou de troubles du sommeil associés à la dépression mais il peut se prolonger pendant la journée. La dose la plus élevée ou la dose journalière unique sera prise de préférence le soir.
- Trazodone, mirtazapine: priapisme [voir Folia d'octobre 2021].
- Miansérine et mirtazapine: prise de poids (fréquent), agranulocytose (rare).
- Agomélatine: céphalées, migraine, vertiges, somnolence, insomnie, anxiété, troubles hépatiques allant jusqu'à l'insuffisance hépatique, lithiases vésiculaires [voir Folia de mai 2019].

#### Grossesse et allaitement

- Voir 10.3.

#### Interactions

- Voir 10.3.
- L'agomélatine est un substrat du CYP1A2 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- La miansérine est un substrat du CYP2D6 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- La trazodone est un substrat du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

#### Précautions particulières

- Agomélatine: un contrôle de la fonction hépatique doit être effectué avant d'instaurer le traitement, puis à intervalles réguliers (voir rubrique "Contre-indications" et Folia de mai 2014); la prudence s'impose en cas d'usage chez les patients présentant une dépendance à l'alcool.
- Miansérine et mirtazapine: en cas d'apparition de fièvre, mal de gorge etc., il faut envisager la possibilité



d'une agranulocytose.

## Administration et posologie

- Voir 10.3.

### 10.3.5. Vortioxétine

La vortioxétine modulerait l'activité des récepteurs de la sérotonine et l'activité d'autres neurotransmetteurs (dopamine, la noradrénaline), et inhiberait le transporteur de la sérotonine. Elle exerce surtout une activité sérotoninergique.

#### Positionnement

- Voir 10.3.
- La vortioxétine ne présente pas de plus-value par rapport aux autres antidépresseurs. Elle n'a pas été comparée avec des ISRS en termes d'efficacité. Son profil d'innocuité à long terme, et par rapport aux autres, n'est pas connu [voir *Folia mai 2019*].

#### Contre-indications

- Association avec des inhibiteurs des MAO (voir 10.3., rubrique "Interactions").

#### Effets indésirables

- Voir 10.3.
- Effets indésirables gastro-intestinaux, nausées et vomissements, diarrhée, constipation: fréquent.
- Effets indésirables centraux (céphalées, rêves anormaux, vertiges...): très fréquent.
- Prurit: fréquent.
- Angioedème, urticaire.
- Syndrome sérotoninergique (voir *Intro.6.2.4.*).
- Hémorragies, surtout au niveau de la peau et des muqueuses (p.ex. du système gastro-intestinal).

#### Grossesse et allaitement

- Voir 10.3.
- Comme pour les ISRS: notamment suspicion d'apparition d'une hypertension artérielle pulmonaire chez le nouveau-né.
- **Risque accru d'hémorragie de délivrance en cas d'utilisation en fin de grossesse** [voir *Folia de mai 2020*].

#### Interactions

- Voir 10.3.
- Risque accru d'hémorragie en cas d'association à des antithrombotiques, des AINS ou l'acide acétylsalicylique.
- Risque accru d'hyponatrémie en cas d'association à des diurétiques.
- Augmentation du risque de syndrome sérotoninergique en cas d'association avec des médicaments ayant une activité sérotoninergique (voir *Intro.6.2.4.*).
- La vortioxétine est un substrat du CYP2D6 (voir *Tableau 1c. dans Intro.6.3.*).

#### Précautions particulières

- La prudence est conseillée chez les personnes âgées, en cas d'insuffisance rénale ou hépatique sévère.

## Administration et posologie

- Voir 10.3.



### 10.3.6. Eskétamine

#### Positionnement

- Voir 10.3. et Folia de juillet 2021.
- L'eskétamine est l'énantiomère S de l'anesthésique kétamine. L'eskétamine intranasale est uniquement une thérapie adjuvante aux autres antidépresseurs. L'effet antidépresseur apparaît rapidement.
- Son usage doit être limité au traitement des épisodes dépressifs dits résistants (c'est-à-dire, d'après le RCP, les épisodes n'ayant pas répondu à au moins deux antidépresseurs) ou au traitement aigu et à court terme d'un épisode dépressif constituant une urgence psychiatrique, pour la réduction rapide des symptômes dépressifs.
- Son efficacité clinique est incertaine: les preuves sont faibles et/ou de qualité discutable. Des données comparant l'eskétamine aux autres options utilisées dans la gestion de ces situations cliniques difficiles sont manquantes.
- L'hypothèse que l'eskétamine devrait réduire les comportements suicidaires n'a pas été étayée par les études à long terme.
- Compte tenu des nombreux effets indésirables, parfois graves, de l'eskétamine, le rapport risque/bénéfice reste à clarifier.

#### Indications (synthèse du RCP)

- Le traitement des épisodes dépressifs modérés à sévères résistants, c'est-à-dire n'ayant pas répondu à au moins deux antidépresseurs.
- Le traitement aigu à court terme d'un épisode dépressif modéré à sévère, pour la réduction rapide des symptômes dépressifs, constituant selon l'évaluation clinique une urgence psychiatrique.

#### Contre-indications

- Maladie vasculaire anévrysmale, malformations artérioveineuses, antécédents d'hémorragie intracérébrale, événement cardiovasculaire récent.

#### Effets indésirables

- Dépendance et abus.
- Affections psychiatriques: syndrome de dissociation.
- Affections du système nerveux: étourdissements, somnolence (des cas de sédation profonde ont été rapportés), vertiges, maux de tête, dysgueusie, hypoesthésie.
- Nausées et vomissements; sécheresse et inconfort nasal, irritation de la gorge.
- Troubles des voies urinaires (pollakiurie, dysurie, urgence mictionnelle, nycturie et cystite).
- Augmentation importante de la pression artérielle.

#### Grossesse et allaitement

- Sur base d'études chez l'animal avec la kétamine, l'eskétamine est à éviter pendant la grossesse et l'allaitement, elle pourrait induire une toxicité neurologique et squelettique.

#### Interactions

- En cas d'utilisation concomitante avec d'autres médicaments dépresseurs du système nerveux central: risque accru de dépression du système nerveux central; en cas d'utilisation concomitante de tramadol à fortes doses: risque de dépression respiratoire.
- En cas d'utilisation concomitante de médicaments augmentant la pression artérielle (psychostimulants, dérivés de l'ergot, hormones thyroïdiennes, vasopressine, IMAO): risque accru d'hypertension et de tachycardie.
- En cas d'utilisation concomitante avec des dérivés de la xanthine: risque accru de convulsions.



- Leskétamine est un substrat du CYP2B6 et du CYP3A4, avec un risque d'interactions avec les inhibiteurs et les inducteurs de ces isoenzymes du CYP (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

### Précautions particulières

- Leskétamine intranasale doit être prescrite par un psychiatre. Elle est destinée à être auto-administrée par le patient, dans un cadre clinique approprié, sous la surveillance directe d'un professionnel de santé. Les patients doivent être suivis (troubles de la conscience et hypertension) pendant au moins deux heures après l'administration, et ne peuvent pas conduire ou utiliser de machine avant le lendemain.

### 10.3.7. Millepertuis

Le mécanisme d'action suggéré pour le millepertuis (*Hypericum perforatum*) est une inhibition de la recapture de la sérotonine, et dans une moindre mesure une inhibition des monoamine oxydases.

#### Positionnement

- Voir 10.3.
- Le millepertuis (*Hypericum perforatum*) est plus efficace que le placebo dans des études sur la dépression légère à modérée, et dans des études de courte durée, son efficacité est comparable à celle des ISRS. Son effet sur la dépression sévère ou à long terme n'est pas suffisamment étayé. De façon globale, il a peu d'effets indésirables.

#### Contre-indications

- Association avec des inhibiteurs des MAO (voir 10.3., rubrique "Interactions").

#### Effets indésirables

- Effets indésirables gastro-intestinaux.
- Céphalées.
- Anorgasmie.
- Photosensibilisation.

#### Grossesse et allaitement

- Voir 10.3.

#### Interactions

- Voir 10.3.
- Le millepertuis est un inducteur puissant du CYP3A4 et de la P-gp (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3. et Tableau Id. dans Intro.6.3.), avec entre autres une diminution de l'effet des antagonistes de la vitamine K [voir Folia octobre 2005]. Une autre interaction importante est la perte d'efficacité des contraceptifs hormonaux (oraux, transdermiques, vaginaux, implants) et de la contraception d'urgence hormonale par voie orale [voir Folia de novembre 2021, incluant des recommandations pour éviter l'interaction].

#### Précautions particulières

- Les spécialités mentionnées ici sont enregistrées comme médicaments. Pour les préparations vendues comme compléments alimentaires (non reprises dans le Répertoire), il n'existe aucune garantie quant à leur qualité, et la dose qui est mentionnée dans le document d'information est souvent plus faible que celle utilisée dans les études. Même à ces faibles doses, une induction enzymatique est possible.

### 10.3.8. Médicaments des troubles bipolaires

#### Positionnement

- Voir Folia de février 2014.



- Les troubles bipolaires, anciennement appelés épisodes maniaco-dépressifs, consistent en la survenue d'épisodes dépressifs et d'épisodes maniaques en alternance, mais aussi d'épisodes avec des caractéristiques mixtes, avec des intervalles d'humeur équilibrée. L'intensité et la fréquence des épisodes sont variables. Il existe parfois une nette prépondérance pour un type d'épisodes thymiques en particulier, p.ex. des épisodes dépressifs.
- En cas d'*épisode maniaque*, le lithium, les antipsychotiques (*voir 10.2.*) et l'acide valproïque/valproate (*voir 10.7.1.1.*) sont les médicaments de premier choix. Lorsqu'un traitement d'entretien est prévu, le lithium est à privilégier. On optera pour un antipsychotique en cas d'épisode maniaque sévère associé à une hyperactivité motrice et des symptômes psychotiques. L'effet du lithium se manifeste lentement (2 à 3 semaines) de sorte qu'on y associe parfois un antipsychotique pour surmonter la phase aiguë. L'acide valproïque/valproate est contre-indiqué chez la femme enceinte. En cas d'agitation et d'insomnie, une benzodiazépine (*voir 10.1.*) peut être associée durant une courte période, mais les benzodiazépines n'ont pas d'effet sur les principaux symptômes de manie.
- En cas d'*épisode dépressif*, le lithium et certains antipsychotiques (l'indication est mentionnée uniquement dans le RCP de la quétiapine) sont des options thérapeutiques. Les antidépresseurs, surtout les antidépresseurs tricycliques et les IRSN, sont déconseillés en monothérapie dans la dépression bipolaire étant donné qu'ils peuvent déclencher un épisode maniaque. En cas de dépression bipolaire sévère, on peut associer un ISRS au lithium ou à un antipsychotique.
- Un *traitement chronique régulateur de l'humeur* est souvent proposé en plus du traitement des épisodes aigus. Seul le lithium a été associé à une diminution du taux de suicides chez les patients atteints de troubles bipolaires. Autres options thérapeutiques: les antipsychotiques (*voir 10.2.*) (la quétiapine et l'olanzapine étant les plus documentées, dans une moindre mesure l'aripiprazole), l'acide valproïque/valproate (*voir 10.7.1.1.*), la carbamazépine (*voir 10.7.2.1.*) et la lamotrigine (*voir 10.7.1.2.*) dans la prévention des épisodes dépressifs. Les antidépresseurs ne sont pas recommandés comme traitement d'entretien des troubles bipolaires.

### 10.3.8.1. Sels de lithium

Les sels de lithium sont classés ici parmi les antidépresseurs, mais ils sont mieux définis comme "stabilisateurs de l'humeur" ou "thymorégulateurs".

#### Positionnement

- *Voir 10.3.8.*

#### Contre-indications

- Déshydratation, régime hyposodé, maladie d'Addison.
- Hypothyroïdie non traitée.
- Insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, infarctus du myocarde récent.
- Usage régulier de povidone iodée sur de grandes surfaces.
- Insuffisance rénale sévère (RCP).

#### Effets indésirables

- **Le lithium est un médicament avec une marge thérapeutique-toxique étroite.**
- Les signes d'intoxication sont entre autres des tremblements sévères, des vertiges, des fasciculations, des myoclonies, des convulsions, de la confusion, de la stupeur allant jusqu'au coma. Après une intoxication, la sensibilité aux effets indésirables neurologiques est plus prononcée. Des séquelles neurologiques sont possibles.
- Nausées, diarrhée, sédation, tremblements fins: fréquents, surtout 2 à 4 heures après la prise, le plus souvent transitoires.
- Baisse de la fonction rénale.
- Polyurie, soif, rarement diabète insipide néphrogénique.



- Modifications électrocardiographiques, troubles du rythme cardiaque, ataxie, dysarthrie, convulsions et désorientation, surtout lorsque les concentrations plasmatiques dépassent 1 mmol/L.
- Goitre et/ou hypothyroïdie.
- Hyperparathyroïdie et hypercalcémie.
- Prise de poids.
- Lésions cutanées: acné, psoriasis, alopecie.

## Grossesse et allaitement

- Le fait de ne pas traiter un trouble bipolaire pendant la grossesse peut avoir des conséquences néfastes chez la mère et chez l'enfant.
- **Forte suspicion d'effets tératogènes (surtout des malformations cardiaques) dus au lithium; il est donc préférable d'éviter l'utilisation de lithium pendant le premier trimestre de la grossesse et si nécessaire: maintenir les concentrations plasmatiques aussi faibles et constantes que possible. L'utilisation de lithium en fin de grossesse est également à éviter étant donné le risque de toxicité chez le fœtus et le nouveau-né. Lors de l'utilisation de lithium pendant la grossesse, une surveillance supplémentaire est requise.**
- **L'utilisation de lithium est à déconseiller pendant la période d'allaitement.**

## Interactions

- Risque accru de symptômes extrapyramidaux et de neurotoxicité (p.ex. syndrome malin des antipsychotiques) en cas d'association avec des antipsychotiques.
- Augmentation de la lithémie avec risque accru d'effets indésirables en cas de prise d'AINS, d'IECA ou de sartans et en cas de déplétion sodée (suite à la prise de diurétiques, à un régime pauvre en sel, à des vomissements ou de la diarrhée).

## Précautions particulières

- Avant d'instaurer un traitement au lithium, une évaluation de la fonction rénale et thyroïdienne est nécessaire, ainsi qu'un ECG.
- La lithémie doit être évaluée une semaine après l'initiation du traitement, après des ajustements de dose ou en cas de maladie intermittente (par exemple infection grave ou problème rénal).
- Il est souhaitable d'évaluer au moins tous les six mois la lithémie, la fonction rénale et thyroïdienne et l'ionogramme (Na, K, Ca).
- Un régime pauvre en sel et une déshydratation doivent être évités.
- Le lithium doit, si possible, être diminué progressivement (risque accru de déclencher un nouvel épisode maniaque ou dépressif en cas d'arrêt brutal).
- Chez les femmes en âge de procréer sans désir de grossesse, il est conseillé de recourir à des méthodes de contraception efficaces en cas de traitement au lithium, en tenant compte des interactions possibles.

## Posologie

- La posologie doit être adaptée individuellement, étant donné les grandes variations interindividuelles en ce qui concerne la cinétique du lithium et la sensibilité au lithium qui augmente avec l'âge.
- L'adaptation de la posologie se fait en fonction de la lithémie qui est mesurée environ 12 heures après la dernière prise. Une lithémie entre 0,6 et 0,8 mmol/l est souhaitable pour le traitement d'entretien; des concentrations plus faibles sont préférables chez les personnes âgées.
- En cas d'insuffisance rénale, une réduction de la posologie et une surveillance rapprochée s'imposent.

## 10.4. Médicaments du TDAH et de la narcolepsie

Ce chapitre reprend:

- les médicaments utilisés dans les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder* ou TDAH)



- les médicaments utilisés dans la narcolepsie.

## Positionnement

- TDAH
  - *Voir Folia de février 2016 et Fiche de transparence "TDAH"*.
  - L'instauration d'un traitement médicamenteux du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ne se justifie qu'après diagnostic par une équipe spécialisée. Dans des études chez des enfants atteints d'un TDAH sévère, un effet symptomatique a été observé à court terme sur les principaux symptômes que sont l'hyperactivité, l'impulsivité et le déficit d'attention. Chez les enfants de moins de six ans, ces médicaments n'ont pas été suffisamment évalués dans le cadre d'études cliniques; leur utilisation dans ce groupe d'âge est déconseillée dans les RCP.
  - Une approche médicamenteuse peut être envisagée si une prise en charge non médicamenteuse seule s'avère insuffisante.
  - Le méthylphénidate (un sympathicomimétique indirect apparenté à l'amphétamine) bénéficie du plus long recul d'utilisation. Il est aussi utilisé (*off-label*) chez les adultes avec TDAH.
  - L'atomoxétine (un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline) est aussi utilisé chez les enfants et les adultes avec TDAH.
  - La dexamphétamine est parfois prescrite sous forme de préparation magistrale. La lisdexamfétamine (une prodrogue de la dexamphétamine) est commercialisée pour utilisation chez les enfants âgés de 6 ans et plus lorsque la réponse à un traitement antérieur par le méthylphénidate est jugée cliniquement insuffisante. Sa place est limitée.
  - La guanfacine (un agoniste des récepteurs  $\alpha_2$ -adrénergiques) est utilisée dans le traitement du TDAH chez l'enfant en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance aux médicaments psychostimulants. Sa place est limitée [*voir Folia de février 2017*].
  - Les données concernant l'efficacité et l'innocuité à long terme de ces médicaments restent limitées. On ne dispose que de très peu d'études comparatives entre les différentes options médicamenteuses.
  - Le traitement, souvent à vie, de patients adultes atteints de TDAH avec des médicaments dont l'efficacité et l'innocuité à long terme n'ont pas été suffisamment démontrées, appelle une grande prudence. Notamment en raison de la dépendance que peuvent créer certains médicaments.
- Narcolepsie
  - La prise en charge de la narcolepsie est très spécialisée. Le méthylphénidate, le modafinil et le pitolisant ont un effet positif sur la somnolence et la vigilance diurnes; le sommeil n'est cependant pas normalisé.
  - L'oxybate a des propriétés pharmacologiques complexes, et son usage est réservé aux cas de narcolepsie avec cataplexie; il améliore le sommeil profond durant la nuit; un effet positif sur la somnolence diurne n'a pas été clairement démontré.
  - Les données disponibles ne permettent pas de comparer l'efficacité des différents médicaments entre eux.

## Indications (synthèse du RCP)

- Méthylphénidate: TDAH (enfants) et narcolepsie.
- Atomoxétine: TDAH (enfants et adultes).
- Guanfacine: TDAH (enfants, en cas d'échec des stimulants).
- Lisdexamfétamine: TDAH (enfants, en cas d'échec du méthylphénidate).
- Modafinil: narcolepsie avec ou sans cataplexie.
- Oxybate: narcolepsie avec cataplexie.
- Pitolisant: narcolepsie avec ou sans cataplexie.

## Contre-indications

- Méthylphénidate: hypertension modérée à sévère, (antécédents de) maladie cardio-vasculaire, dépression



sévère, psychose, troubles bipolaires et hyperthyroïdie.

- Atomoxétine: hypertension modérée à sévère, (antécédents de) maladies cardio-vasculaires.
- Modafinil: hypertension modérée à sévère, (antécédents de) maladies cardio-vasculaires.
- Guanfacine: facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT (*voir Intro.6.2.2.*).
- Lisdexamfétamine: hypertension modérée à sévère, maladie cardiovasculaire, traitement concomitant par IMAO, hyperthyroïdie, glaucome.
- Modafinil: grossesse.
- Oxybate: dépression sévère.
- Pitolisant: période d'allaitement; facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT (*zie Intro.6.2.2.*), insuffisance hépatique sévère (RCP).

## Effets indésirables

- Céphalées, instabilité émotionnelle, nervosité, agitation et anorexie, nausées, douleurs abdominales: fréquent et généralement dose-dépendant.
- Convulsions, comportement compulsif et réactions psychotiques: rares mais graves, surtout en cas de surdosage.
- Stimulants et atomoxétine: des tics et un syndrome de Gilles de la Tourette (ou une aggravation de ces troubles) ont été rapportés.
- Atomoxétine: aussi sédation fréquente; rarement: troubles hépatiques graves, comportements suicidaires, retard de croissance pendant le traitement, sans influence sur la taille finale.
- Méthylphénidate: aussi insomnie fréquente; retard de croissance pendant le traitement, généralement sans influence sur la taille finale [*voir Folia de juillet 2017*].
- Méthylphénidate et atomoxétine: palpitations, augmentation de la pression artérielle, priapisme (rare) [*voir Folia d'octobre 2021*]. Aussi augmentation possible du risque cardio-vasculaire en cas d'utilisation chronique, mais les données récentes sont rassurantes à condition que les contre-indications soient prises en compte [*voir Folia de novembre 2016*].
- Guanfacine: aussi sédation, somnolence, hypotension, bradycardie, syncope, allongement de l'intervalle QT, prise de poids.
- Lisdexamfétamine: aussi diminution d'appétit et perte de poids, vertiges, somnolence, tachycardie, troubles gastro-intestinaux, pyrexie, dyspnée, rash, retard de croissance pendant le traitement. Des cas de mort subite ont été décrits chez des enfants et adolescents.
- Modafinil: aussi syndrome de Stevens-Johnson.
- Oxybate: aussi nausées et vomissements; troubles du sommeil et dépression respiratoire (entre autres apnées du sommeil), troubles neurologiques (céphalées, vertiges) et psychiatriques (notamment risque d'abus, psychose); énurésie.
- Pitolisant: aussi nausées et vomissements, troubles du sommeil, dépression, prise de poids; rare: allongement de l'intervalle QT.

## Grossesse et allaitement

- **Grossesse**
  - Les **amphétamines (méthylphénidate, (lis)dexamfétamine)** n'ont pas été associées à des anomalies congénitales mais les données sont rares. Des symptômes de sevrage peuvent apparaître chez le nouveau-né en cas d'utilisation en fin de grossesse. La consommation d'amphétamines à des fins récréatives a été associée à un risque accru (dose-dépendant) de naissance prématurée et un effet sur la croissance et le poids de naissance.
  - **Le modafinil est déconseillé pendant la grossesse en raison de la possibilité d'un risque accru d'anomalies congénitales (cardiaques) et de retard de croissance.**
  - En ce qui concerne l'**atomoxétine**, et surtout en ce qui concerne la **guanfacine, l'oxybate et le pitolisant**, les données sont trop rares pour pouvoir se prononcer sur les risques éventuels. L'utilisation d'oxybate au moment de l'accouchement peut provoquer une somnolence chez le





nouveau-né.

- **Allaitement**
  - Les **amphétamines (méthylphénidate, (lis)dexamfétamine)** n'ont pas été associées à des effets néfastes chez l'enfant allaité, mais les données sont rares. En cas d'utilisation pendant la période d'allaitement, il faut être attentif à l'apparition d'agitation, d'insomnie, d'une diminution de l'appétit et d'un ralentissement de la croissance chez l'enfant.
  - En ce qui concerne le **modafinil, l'atomoxétine, la guanfacine, l'oxybate et le pitolisant**, les données sont trop rares pour pouvoir se prononcer sur les risques éventuels. En cas d'utilisation d'oxybate pendant la période d'allaitement, il faut être attentif à l'apparition de somnolence chez l'enfant.

## Interactions

- Atomoxétine et méthylphénidate: poussées d'hypertension en cas d'association à des inhibiteurs des MAO; risque accru de convulsions en cas d'association à d'autres médicaments pouvant provoquer des convulsions (*voir Intro.6.2.8*).
- Méthylphénidate: fausse impression de ne pas être sous l'influence de l'alcool.
- Guanfacine: risque accru de torsades de pointes en association à d'autres médicaments augmentant le risque d'allongement de l'intervalle QT (*voir Intro.6.2.2*); la guanfacine est un substrat du CYP3A4 (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3*).
- Lisdexamfétamine: risque de syndrome sérotoninergique en cas d'association avec d'autres médicaments avec effets sérotoninergiques tels que les ISRS, IRSN (à propos du syndrome sérotoninergique, *voir Intro.6.2.4*); potentialisation de l'effet analgésique des opioïdes; diminution de l'effet des antihypertenseurs; modification du temps d'élimination en cas de prise de médicaments modifiant le pH urinaire.
- Oxybate: sédation accrue en cas d'association à d'autres médicaments sédatifs ou à l'alcool.
- Pitolisant: diminution possible de son efficacité par des médicaments ayant des propriétés antihistaminiques tels que les antidépresseurs tricycliques et les antihistaminiques H; risque accru de torsades de pointes en association à d'autres médicaments augmentant le risque d'allongement de l'intervalle QT (*zie Intro.6.2.2*).
- L'atomoxétine est un substrat du CYP2D6 (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3*).
- La lisdexamfétamine est un inhibiteur du CYP2D6 (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3*).
- Le modafinil est un substrat du CYP3A4 et un inhibiteur du CYP2C19 et un inducteur du CYP3A4 (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3*). Une interaction importante résultant de l'induction enzymatique est la perte d'efficacité des contraceptifs hormonaux (oraux, transdermiques, vaginaux, implants) et de la contraception d'urgence hormonale par voie orale [*voir Folia de novembre 2021*, incluant des recommandations pour éviter l'interaction].
- Le pitolisant est un substrat et un inducteur du CYP3A4, et un substrat et un inhibiteur du CYP2D6. Une interaction importante résultant de l'induction enzymatique est la perte d'efficacité des contraceptifs hormonaux (oraux, transdermiques, vaginaux, implants) et de la contraception d'urgence hormonale par voie orale [*voir Folia de novembre 2021*, incluant des recommandations pour éviter l'interaction].

## Précautions particulières

- Il est recommandé de contrôler régulièrement la pression artérielle et la fréquence cardiaque, le poids et la croissance, et l'état psychiatrique.
- La prudence s'impose chez les patients avec des antécédents de convulsions.
- Atomoxétine: prudence en cas d'atteinte hépatique et chez les métaboliseurs lents.
- Guanfacine: prudence chez les patients avec des antécédents d'hypotension, de bradycardie, de syncope ou de maladie cardio-vasculaire.
- Lisdexamfétamine: risque d'usage abusif. Réduction de dose en cas d'insuffisance rénale sévère.
- Méthylphénidate: il est préférable de ne pas administrer le médicament le soir. Le méthylphénidate est parfois vendu illégalement et utilisé comme stimulant à des fins récréatives.



- Oxybate: risque élevé d'usage abusif.

## 10.5. Médicaments utilisés dans le cadre de la dépendance

Ce chapitre reprend:

- les médicaments utilisés dans la dépendance à l'alcool
- les médicaments utilisés dans la dépendance à la nicotine
- les médicaments utilisés dans la dépendance aux opioïdes.

### 10.5.1. Médicaments utilisés dans la dépendance à l'alcool

#### Positionnement

- Sevrage éthylique
  - Voir Folia de mars 2016.
  - En cas de sevrage, qu'il soit planifié ou non, des manifestations de sevrage peuvent survenir et il existe un risque accru d'encéphalopathie de Wernicke.
  - Les manifestations de sevrage légères à modérément sévères ne nécessitent souvent pas de traitement médicamenteux.
  - Des *benzodiazépines*, surtout le diazépam et le lorazépam (voir 10.1.1.) sont indiqués dans le sevrage éthylique aigu, pour réduire le risque de délire et éviter l'apparition de crises épileptiques.
  - Les *antipsychotiques* peuvent avoir une place dans la prise en charge du sevrage éthylique. Le tiapride (un antipsychotique de la classe des benzamides, voir 10.2.3.) est proposé, sans beaucoup de preuves, dans l'agitation psychomotrice lors du sevrage éthylique.
  - La *thiamine (vitamine B)* est très importante lors de tout arrêt ou de réduction drastique de la consommation d'alcool, comme par exemple lors d'une hospitalisation pour la prévention ou le traitement de l'encéphalopathie de Wernicke (voir 14.2.2.1.).
- Prévention des rechutes
  - Voir Folia d'avril 2016.
  - La prévention de rechutes consiste à prévenir un retour à l'alcoolodépendance. La stratégie de prévention peut viser aussi bien l'abstinence que la réduction de la consommation d'alcool.
  - La prise en charge psychosociale constitue la pierre angulaire de la prévention des rechutes. Les médicaments n'ont qu'une place limitée, et ne se justifient qu'en association à une prise en charge psychosociale.
  - L'acamprosate, un médicament apparenté au GABA, a un effet modeste sur le maintien de l'abstinence d'alcool.
  - La naltrexone, un antagoniste des récepteurs opioïdes (voir 10.5.3.), a un effet modeste sur le maintien de l'abstinence d'alcool.
  - Le nalméfène (voir Folia de juin 2014), un antagoniste des récepteurs opioïdes apparenté à la naltrexone, n'a qu'une place limitée pour aider à réduire la consommation d'alcool des patients non abstinents.
  - Le disulfirame est utilisé comme thérapie dissuasive; son profil d'efficacité et d'innocuité est peu documenté. Il peut être utilisé chez des patients motivés et bien suivis, dans le but d'atteindre l'abstinence. Une évaluation rigoureuse du rapport bénéfice/risque s'impose. En raison de sa longue demi-vie, le disulfirame peut être débuté au plus tôt 24 heures après une prise d'alcool, et peut provoquer des réactions graves en cas de prise d'alcool jusqu'à 15 jours après son arrêt.
  - Le baclofène (voir Folia décembre 2017) (un analogue du GABA, voir 10.8.) pourrait, à doses modérées (jusqu'à 80 mg), aider certains patients à mieux contrôler leur consommation d'alcool. Il n'a pas été prouvé que des doses plus élevées améliorent l'efficacité; de plus, le profil d'innocuité à de telles doses est défavorable en raison d'effets indésirables graves et d'une mortalité accrue. L'utilisation dans l'alcoolodépendance ne figure pas comme indication dans le RCP.



- La gabapentine et le topiramate sont également utilisés “*off-label*” dans la prévention des rechutes.

## Indications (synthèse du RCP)

- Acamprosate et disulfirame: alcoolodépendance, pour le maintien de l'abstinence d'alcool.
- Nalméfène: alcoolodépendance, pour la réduction de la consommation d'alcool.
- Naltrexone: dépendance à l'alcool et aux opioïdes, pour le maintien de l'abstinence d'alcool.

## Contre-indications

- Acamprosate: insuffisance rénale (RCP).
- Disulfirame: insuffisance cardiaque, coronaropathie, hypertension, (antécédents d') accident vasculaire cérébral, psychose, troubles sévères de la personnalité, risque suicidaire, insuffisance hépatique (RCP).
- Nalméfène: traitement concomitant par des analgésiques morphiniques, insuffisance hépatique, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique sévère (RCP).
- Acamprosate, disulfirame et nalméfène: sur le site Web “*geneesmiddelenbijlevercirrose.nl*”, l'acamprosate, le disulfirame, le nalméfène et la naltrexone sont considérés comme “à éviter” en cas de cirrhose hépatique.

## Effets indésirables

- Acamprosate: rash, prurit et troubles gastro-intestinaux (diarrhée), impuissance et perte de la libido.
- Disulfirame: troubles du goût, rash, céphalées, somnolence, hépatotoxicité, convulsions, polyneuropathies. En cas d'ingestion d'alcool pendant le traitement par le disulfirame: bouffées de chaleur, céphalées, parfois collapse cardiovasculaire pouvant être fatale; ces réactions avec l'alcool peuvent survenir jusqu'à deux semaines après la dernière prise de disulfirame.
- Nalméfène: insomnie, céphalées, vertiges, nausées, palpitations, spasmes musculaires; rarement hallucinations, confusion.
- Naltrexone: troubles gastro-intestinaux, troubles du sommeil, agitation, palpitations, douleurs articulaires, céphalées, rare: hallucinations.

## Grossesse et allaitement

- **Grossesse.** L'alcool constitue un risque majeur pour l'enfant à naître (risque de troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale). Les données sont insuffisantes pour déterminer le risque de l'acamprosate, du disulfirame, du nalméfène et de la naltrexone chez l'enfant à naître. Il est préférable d'arrêter l'alcool sans la prise de ces médicaments. **Le disulfirame peut contribuer au syndrome d'alcoolisation fœtale si la femme enceinte consomme de l'alcool pendant le traitement.**
- **Allaitement.** En cas de dépendance à l'alcool, l'allaitement n'est pas recommandé. La naltrexone n'est que partiellement excrétée dans le lait maternel. Des données sur l'acamprosate, le disulfirame et le nalméfène manquent.

## Interactions

- Disulfirame: augmentation de l'effet des antagonistes de la vitamine K; risque de réactions psychotiques en cas d'utilisation simultanée de métronidazole (jusqu'à 2 semaines après l'arrêt du disulfirame) ; risque de troubles du comportement et de la coordination en cas d'utilisation simultanée d'isoniazide. Le disulfirame est un substrat du CYP3A4 (voir Tableau 1c. dans Intro.6.3.).
- Nalméfène: en association à des opioïdes, manifestations de sevrage et de perte de l'effet analgésique de l'opioïde.

## 10.5.2. Médicaments utilisés dans la dépendance à la nicotine

### Positionnement

- Voir Fiche de transparence “*Sevrage tabagique*”.
- La substitution nicotinique, la bupropione (voir 10.3.2.3.), la nortriptyline (voir 10.3.2.1.) et la varénicline



(indisponible depuis juin 2021) sont utilisées pour faciliter la diminution et l'arrêt du tabagisme; ces médicaments diminuent les manifestations de sevrage. L'arrêt du tabagisme ne figure pas comme indication dans le RCP de la spécialité à base de nortriptyline.

- Ces médicaments ont seulement une utilité chez les fumeurs motivés, en association avec un soutien comportemental. Chez les patients motivés pour arrêter de fumer, la réduction de la consommation de cigarettes avant la date d'arrêt prévue n'est associée à aucun bénéfice [voir *Folia de juin 2017*].
- L'efficacité de la varénciline est supérieure à celle des autres traitements qui ont tous un effet plus ou moins comparable. L'efficacité à plus long terme de tous les traitements est limitée. L'expérience avec les substituts de nicotine est la plus grande; leur profil d'innocuité semble être le plus favorable.
- L'association de nortriptyline, de bupropione ou de varénciline à une substitution nicotinique n'est pas utile chez la majorité des patients.
- Ces médicaments ne se justifient que chez les fumeurs motivés, en association à un accompagnement comportemental. Chez les patients motivés pour le sevrage tabagique, la réduction de la consommation de cigarettes avant la date d'arrêt prévue n'offre aucun avantage [voir *Folia de juin 2017*].
- Il ressort d'études que l'e-cigarette avec nicotine permet rarement d'arrêter de fumer des cigarettes normales; le plus souvent, elle permet une réduction du nombre de cigarettes fumées par jour. L'innocuité à court et à long terme n'est pas claire, on signale de plus en plus de cas de surdosage de nicotine et de toxicité grave de certains coproduits ajoutés.

## Grossesse et allaitement

- Voir *Folia de juillet 2016*
- Le tabagisme est nocif pour la grossesse et pour l'enfant à naître.
- Les mesures non médicamenteuses d'aide au sevrage tabagique sont certainement à privilégier, mais étant donné l'importance de l'arrêt du tabagisme, des options médicamenteuses peuvent aussi être utilisées pendant la grossesse. Par mesure de précaution, il est toutefois préférable de les éviter pendant le premier trimestre de la grossesse. Par mesure de précaution, il est toutefois préférable de les éviter pendant le premier trimestre de la grossesse.
- Les *substituts nicotiques* sont l'option la plus sûre, les préparations à libération discontinuée (gomme à mâcher, comprimés à sucer, spray buccal, solution pour inhalation) étant à privilégier.
- Pour la varénciline, on ne dispose pas de données de qualité concernant son innocuité pendant la grossesse.
- **La bupropione est à déconseiller pendant la grossesse.**
- L'utilisation de l'e-cigarette pendant la grossesse et la période d'allaitement est déconseillée en raison du manque de données sur la composition et la sécurité d'utilisation.
- Il est préférable de ne pas allaiter pendant 2 à 3 heures après l'utilisation de chewing-gum, de comprimés, de spray ou d'inhalateur contenant de la nicotine.

### 10.5.2.1. Substitution nicotinique

#### Positionnement

- Voir 10.5.2.

#### Indications (synthèse du RCP)

- Dépendance à la nicotine.

#### Contre-indications

- Troubles cardio-vasculaires récents ou instables.

#### Effets indésirables

- Irritation au niveau du site d'administration (muqueuses, peau).



- Hoquet, nausées en cas d'administration orale.
- Vertiges, céphalées et palpitations, surtout en cas de surdosage.

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.5.2.

## Précautions particulières

- Il est de plus en plus fréquent, en cas de diminution assistée du tabagisme, de commencer un traitement de substitution avant l'arrêt du tabagisme ou d'associer différentes formes de substitution nicotinique. La poursuite du tabagisme pendant le traitement ou l'association de différentes formes d'administration de nicotine peut provoquer une intoxication à la nicotine: nausées, vomissements, hypersalivation, douleurs abdominales, diarrhée, transpiration, céphalées, vertiges, troubles de l'audition et faiblesse.
- Ces dispositifs transdermiques contiennent de l'aluminium (signalé au niveau des spécialités). En cas d'IRM, ils doivent être retirés de la zone à investiguer en raison du risque de brûlure cutanée.

## Posologie

- Pour la posologie des différentes préparations, voir le RCP.

### 10.5.2.2. Bupropione

La bupropione (syn. amfébutamone) est disponible comme médicament pour faciliter l'arrêt du tabagisme et comme antidépresseur (sous le nom de spécialité Wellbutrin®, voir 10.3.2.3.); elle inhibe la recapture de la noradrénaline et de la dopamine.

## Positionnement

- Voir 10.5.2.

## Indications (synthèse du RCP)

- Dépendance à la nicotine.

## Contre-indications

- Antécédents de convulsions, boulimie ou *anorexia nervosa*.
- Tumeur au niveau du système nerveux central.
- Sevrage aigu alcoolique ou aux benzodiazépines (risque accru de convulsions).
- Troubles bipolaires, schizophrénie.
- Usage concomitant d'un inhibiteur des MAO.
- Insuffisance hépatique sévère (RCP).

## Effets indésirables

- Ceux des antidépresseurs (voir 10.3.2.) et ceux des stimulants centraux (voir 10.4.).
- Insomnie (fréquent), convulsions (rare).
- Des cas de priapisme ont été rapportés [voir Folia d'octobre 2021].
- Fièvre.
- Troubles gastro-intestinaux, dysgueusie, sécheresse de la bouche.
- Céphalées.
- Rash.
- Hypertension.

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.5.2.
- **La bupropione, comme tout antidépresseur, est à éviter autant que possible pendant la grossesse (voir**



10.3.).

## Interactions

- **Effets indésirables graves tels qu'une hypertension et des crises hyperpyrétiques pouvant être fatales en cas d'association à des inhibiteurs des MAO (surtout les non sélectifs).**
- Risque accru de convulsions en cas d'association à d'autres substances pouvant provoquer des convulsions (*voir Intro.6.2.8.*).
- La bupropione peut renforcer les divers effets psychiques de l'alcool.
- La bupropione est un substrat du CYP2B6 et un inhibiteur du CYP2D6 (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).

## Administration et posologie

- Débuter le traitement tant que le patient fume encore; arrêter le tabagisme au cours de la deuxième semaine de traitement.
- Respecter un intervalle d'au moins 8 heures entre deux prises successives.
- Si aucun effet n'a été constaté après 7 semaines, le traitement doit être interrompu.
- Il est parfois recommandé par prudence d'arrêter le traitement en diminuant progressivement la dose.

### 10.5.2.3. Varénicline

La varénicline est un agoniste partiel au niveau de certains récepteurs nicotiques à l'acétylcholine. Elle est indisponible depuis juin 2021.

## Positionnement

- *Voir 10.5.2.*

## Indications (synthèse du RCP)

- Dépendance à la nicotine.

## Effets indésirables

- Nausées, troubles du comportement alimentaire.
- Céphalées, troubles du sommeil.
- Douleurs musculaires et articulaires.
- Les signaux d'un risque de troubles neuropsychiatriques sévères (dépression et idées suicidaires) et d'accidents cardio-vasculaires n'ont pas été confirmés [*voir Folia de juin 2016 et Folia de juin 2017.*].

## Grossesse et allaitement

- *Voir 10.5.2.*

## Précautions particulières

- L'arrêt brutal de varénicline doit être évité (risque de rechute, irritabilité, dépression, insomnie).

## Interactions

- La varénicline peut renforcer les divers effets psychiques de l'alcool.

## Administration et posologie

- Débuter le traitement pendant que le patient fume encore; arrêter de fumer après 1 à 2 semaines de traitement.
- La durée du traitement est de 12 semaines, et peut être prolongée de 12 semaines.



### 10.5.3. Médicaments utilisés dans la dépendance aux opioïdes

#### Positionnement

- Voir *Folia* novembre 2009 et février 2010.
- Les interventions psychosociales sont la pierre angulaire de la prévention des rechutes. Les médicaments n'ont qu'une place limitée et ne sont utiles que lorsqu'ils sont associés à une approche psychosociale.
- La naltrexone, un antagoniste des récepteurs opioïdes centraux et périphériques, peut être indiquée en milieu spécialisé dans la dépendance aux opioïdes après une phase initiale de désintoxication, afin de stabiliser la situation. Elle est aussi parfois utilisée en prévention des rechutes dans le cadre de la dépendance à l'alcool (*voir 10.5.1.*).
- Traitement de substitution
  - Un traitement de substitution consiste à remplacer l'usage illégal d'opioïdes par un usage contrôlé de méthadone (par voie orale) ou de buprénorphine (par voie sublinguale, associée ou non à la naloxone; par voie sous-cutanée, sous forme de préparation dépôt). L'objectif est de diminuer l'envie (*craving*) d'opioïdes (l'héroïne p. ex.) et de favoriser la réintégration sociale de la personne souffrant d'une dépendance. Un surdosage mais aussi un sous-dosage doivent être évités.
  - Le traitement de substitution doit être supervisé par des personnes compétentes dans la problématique de la toxicomanie. Si la décision est prise de donner une ou plusieurs doses quotidiennes de méthadone ou de buprénorphine par voie sublinguale au patient, il importe de continuer à suivre le patient, et de délivrer les médicaments dans un emballage sécurisé pour les enfants. L'injection de buprénorphine par voie sous-cutanée sous forme de préparation dépôt ne doit être effectuée que par un professionnel de la santé.
  - Dans l'association fixe buprénorphine + naloxone, la buprénorphine est absorbée par voie sublinguale et la naloxone surtout par voie orale. La naloxone n'atteint pas la circulation générale, suite à l'effet de premier passage hépatique, sauf en cas de saturation du système enzymatique hépatique lors de l'utilisation de doses (trop) élevées. En cas d'usage abusif de cette association, par administration intraveineuse de comprimés écrasés, la naloxone inhibera l'effet de la buprénorphine et provoquera des symptômes de sevrage, l'effet de premier passage étant contourné.
- En cas de surdosage aigu aux opioïdes, la naloxone est utilisée (*voir 20.1.1.8.*).

#### Indications (synthèse du RCP)

- Buprénorphine: dépendance aux opioïdes.
- Naltrexone: dépendance à l'alcool et aux opioïdes.

#### Contre-indications

- Insuffisance hépatique sévère (RCP).
- Méthadone et buprénorphine: celles des opioïdes (*voir 8.3.*).
- Naltrexone: utilisation concomitante d'opioïdes. Sur le site Web "*genesmiddelenbijlevercirrose.nl*", la naltrexone est considérée comme "à éviter" en cas de cirrhose hépatique.

#### Effets indésirables

- Méthadone et buprénorphine: ceux des opioïdes (*voir 8.3.*).
- **Méthadone: aussi allongement de l'intervalle QT avec risque de torsades de pointes.** Pour les facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT, *voir Intro.6.2.2.*
- Buprénorphine par voie sous-cutanée (préparation dépôt): réactions au site d'injection.
- Naltrexone: troubles gastro-intestinaux, troubles du sommeil, agitation, palpitations, douleurs articulaires, céphalées, rarement hallucinations.
- Naloxone: fréquent à très fréquent: vertiges, céphalées, tachycardie, nausées, hypotension, hypertension; peu fréquent: arythmie; très rare: fibrillation, arrêt cardiaque, convulsions.



- Apparition de manifestations de sevrage en cas d'administration d'un agoniste partiel (buprénorphine) tandis que l'agoniste pur (héroïne, méthadone) exerce encore une activité.

## Grossesse et allaitement

- **Grossesse: Opiïdes: dépression respiratoire et manifestations de sevrage chez le nouveau-né en cas d'utilisation chronique par la mère. En ce qui concerne les femmes enceintes avec dépendance aux opioïdes, voir Folia de décembre 2006.**
- Allaitement: l'utilisation d'opioïdes en période d'allaitement doit se faire qu'avec prudence.

## Interactions

- Méthadone et buprénorphine: les interactions des opioïdes (voir 8.3).
- **Méthadone: risque accru de torsades de pointes en cas d'association à d'autres médicaments qui allongent l'intervalle QT (voir Intro.6.2.2).**
- Naltrexone: risque de manifestations graves de sevrage si des opioïdes sont encore utilisés ou ont été utilisés dans la semaine précédant l'instauration du traitement.
- La buprénorphine est un substrat du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3).
- La méthadone est un substrat du CYP2B6 et un inhibiteur du CYP2D6 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3).
- La naloxone est un substrat du CYP3A4 et de la P-gp (voir Tableau Ic. et Tableau Id. dans Intro.6.3).

## Précautions particulières

- Buprénorphine par voie sous-cutanée (préparation dépôt): **en cas d'injection par voie intravasculaire, il y a un risque de lésions au niveau des vaisseaux sanguins ou d'événements thromboemboliques.** Les préparations dépôt peuvent poser problèmes en cas de surdosage.

## 10.6. Antiparkinsoniens

Les médicaments suivants sont discutés:

- la lévodopa + inhibiteur de la dopadécarboxylase
- les agonistes dopaminergiques
- les inhibiteurs de la catéchol-O-méthyl transférase (inhibiteurs de la COMT)
- les inhibiteurs de la monoamine oxydase B (inhibiteurs de la MAO-B)
- les anticholinergiques
- les associations.

## Positionnement

- Les médicaments antiparkinsoniens disponibles exercent un effet symptomatique et peuvent améliorer la qualité de vie des patients. Aucun médicament ne modifie le processus neurodégénératif sous-jacent.
- Le traitement implique des approches pharmacologiques (généralement des préparations de lévodopa prescrites avec ou sans autres médicaments) et non pharmacologiques (comme les thérapies physiques, l'ergothérapie et l'orthophonie).
- Les données actuelles soutiennent l'utilisation de la lévodopa comme traitement symptomatique initial chez la plupart des patients atteints de la maladie de Parkinson. Le choix du traitement initial n'influence pas les résultats à long terme; le choix du traitement est fonction de la clinique du patient.
- Des preuves solides soutiennent l'utilisation de la lévodopa et des agonistes de la dopamine pour les symptômes moteurs à tous les stades de la maladie.
- Pour limiter les complications motrices dues à la lévodopa, il est possible de fractionner davantage la dose quotidienne de lévodopa, ou d'y ajouter un traitement adjuvant (*add-on*) comme un agoniste dopaminergique, un inhibiteur de la MAO-B ou un inhibiteur de la COMT, ce qui permet de réduire la dose de lévodopa.
- L'utilisation de préparations à base de lévodopa à libération prolongée ne retarde pas l'apparition de





complications motrices; elles peuvent être utilisées le soir afin d'éviter l'akinésie nocturne.

- L'administration d'apomorphine en injection sous-cutanée, ou la lévodopa (+ carbidopa) en gel directement administré par sonde dans le duodénum, sont des alternatives possibles à des stades plus évolués de la maladie mais avec des preuves moins solides.
- Les anticholinergiques utilisés dans la maladie de Parkinson sont surtout actifs contre les tremblements. Il n'est cependant pas démontré que leur efficacité sur les tremblements soit supérieure à celle de la lévodopa. Leur usage se limite aux patients jeunes en raison des nombreux effets indésirables.
- L'amantadine n'a qu'une place limitée comme antiparkinsonien. Elle est surtout utilisée dans le traitement des dyskinésies induites par la lévodopa. Elle n'est plus disponible en Belgique, mais elle peut être importée de pays voisins.
- Des problèmes psychiques surviennent souvent au cours de la maladie, tels que des symptômes psychotiques, de la dépression et des troubles cognitifs principalement. Une diminution de la dose des médicaments (surtout des anticholinergiques) peut apporter une amélioration.
- Dans le cas d'une psychose, la clozapine est le médicament avec le plus de preuves. En cas de contre-indication, la quétiapine est une alternative utilisée; son efficacité est nettement moins documentée, elle est bien tolérée et non associée à une détérioration motrice. Les autres antipsychotiques sont contre-indiqués vu le risque d'aggravation des symptômes moteurs.
- Pour la dépression, il y existe peu de données positives; une efficacité a été démontrée pour certains ATC (p.ex. la nortriptyline), ISRS (p.ex. le citalopram et la paroxétine), et IRSN (p.ex. la venlafaxine).
- Pour les troubles cognitifs, certaines approches non-médicamenteuses pourraient avoir un effet positif.

### 10.6.1. Lévodopa + inhibiteur de la dopadécarboxylase

La lévodopa est un précurseur de la dopamine. La lévodopa est toujours associée à un inhibiteur périphérique de la dopadécarboxylase qui ne traverse pas la barrière hémato-encéphalique afin de diminuer les effets indésirables périphériques de la dopamine (troubles gastro-intestinaux, plus rarement troubles du rythme cardiaque).

#### Positionnement

- Voir 10.6.
- La lévodopa + bensérazide (un inhibiteur de la dopadécarboxylase) est utilisée soit en monothérapie au stade précoce de la maladie de Parkinson, soit en association à d'autres antiparkinsoniens, et ce pour limiter les complications motrices dues à l'utilisation chronique de lévodopa. Pour la préparation administrée par sonde duodénale, la lévodopa est associée à la carbidopa, un autre inhibiteur de la dopadécarboxylase.
- L'effet sur la bradykinésie et la rigidité apparaît rapidement. Les tremblements sont souvent plus difficiles à traiter, et le délai avant une amélioration est parfois long.

#### Contre-indications

- Infarctus du myocarde récent, arythmies sévères.
- Psychose.
- Glaucome à angle fermé.
- Insuffisance hépatique sévère (RCP).

#### Effets indésirables

- Effets indésirables précoces, dose-dépendants et souvent passagers: nausées, constipation, hypotension orthostatique.
- Chez les patients âgés en particulier: troubles psychiques, somnolence et endormissements soudains, agitation, confusion, et dépression.
- Troubles du contrôle des impulsions avec entre autres boulimie, addiction aux jeux et hypersexualité; beaucoup plus rarement qu'avec les agonistes dopaminergiques [voir Folia de mars 2019].
- Après plusieurs années de traitement par la lévodopa: diminution progressive de la durée d'action



("wearing-off" ou "aggravation de fin de dose"), dyskinésies (mouvements involontaires anormaux) et épisodes imprévisibles de survenue d'un effet ou d'absence d'effet ("phénomène *on-off*").

- Effets indésirables tardifs plus rares: hallucinations, insomnie, cauchemars, psychose, délire; polyneuropathie.
- Syndrome malin des antipsychotiques en cas d'arrêt brutal (rare) (voir *Intro.6.2.5.*).

## Grossesse et allaitement

- **Allaitement:** la lévodopa inhibe la sécrétion de prolactine, et peut dès lors inhiber la lactation.

## Interactions

- Diminution de l'absorption de la lévodopa en cas de repas riches en protéines; à prendre donc de préférence avant le repas ou 1 heure après le repas.
- Diminution de l'effet de la lévodopa en cas d'association aux antipsychotiques, à la tétrabénazine et, dans une moindre mesure, aux gastroprocinétiques.
- Augmentation de l'effet de la lévodopa avec les inhibiteurs de la COMT (voir *10.6.3.*) et les inhibiteurs de la MAO-B (voir *10.6.4.*), nécessitant parfois une réduction de la dose.
- Crises hypertensives en cas d'association à des inhibiteurs de la MAO non sélectifs.
- Sédation accrue en cas d'association à d'autres médicaments à effet sédatif ou à l'alcool.
- Hypotension orthostatique excessive en cas d'association à des antihypertenseurs et à d'autres médicaments à effet hypotenseur (comme les dérivés nitrés, les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5) ou à l'alcool.
- Diminution de l'absorption de la lévodopa en cas de prise de fer; un intervalle entre la prise des deux substances est recommandé.

## Précautions particulières

- La prudence s'impose lors d'antécédents d'ulcère gastro-duodéal, d'insuffisance cardiaque, de troubles du rythme cardiaque et d'affections coronariennes; chez les patients atteints d'un glaucome à angle ouvert chronique; et dans une moindre mesure chez les diabétiques (dérégulation de la glycémie).
- L'arrêt brutal du traitement est à éviter en raison du risque de syndrome malin des antipsychotiques.
- Une augmentation progressive de la dose est recommandée, surtout chez les personnes âgées.
- Une coloration brun noir des urines pendant le traitement est possible en raison des métabolites de la lévodopa.
- Le risque de développer un mélanome est plus élevé chez les patients parkinsoniens, mais aucune relation causale avec des médicaments n'a pu être établie.

### 10.6.2. Agonistes dopaminergiques

La bromocriptine est un dérivé de l'ergot; l'apomorphine, le pramipexole, le ropinirole et la rotigotine ne sont pas des dérivés de l'ergot.

## Positionnement

- Voir *10.6.*
- Les agonistes dopaminergiques sont utilisés soit en monothérapie au stade précoce de la maladie de Parkinson, soit en association à la lévodopa pour limiter les complications motrices dues à l'utilisation chronique de lévodopa. Ces agonistes dopaminergiques doivent être administrés à doses progressivement croissantes.
- Etant donné le risque de réactions fibrotiques avec les dérivés de l'ergot, la bromocriptine n'est certainement pas un premier choix (voir la rubrique "Effets indésirables").
- L'apomorphine est parfois utilisée par voie sous-cutanée pendant des périodes prolongées ou fréquentes d'akinésie réfractaire au traitement (périodes "*off*"). Elle est administrée en injections intermittentes ou en perfusion sous-cutanée.



- Le pramipexole, la rotigotine et le ropinirole sont parfois utilisés dans le *restless legs syndrome* ou syndrome des jambes sans repos [voir *Folia de février 2015*].
- La bromocriptine est également utilisée en prévention ou pour l'inhibition de la lactation pour des raisons médicales [voir 6.8.].

### Contre-indications

- Apomorphine: dépression respiratoire; démence; troubles psychomoteurs; insuffisance hépatique (RCP).
- Bromocriptine: troubles psychotiques sévères ou antécédents de tels troubles; maladies cardio-vasculaires sévères, hypertension non contrôlée, hypertension artérielle gravidique, (pré)éclampsie; réactions inflammatoires fibrotiques, valvulopathie.
- Ropinirol: insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique (RCP).

### Effets indésirables

- Effets indésirables précoces de la lévodopa: hypotension orthostatique, nausées, constipation et somnolence.
- Hallucinations et autres réactions psychotiques.
- Somnolence et endormissement soudain; influence négative possible sur l'aptitude à conduire.
- Troubles du contrôle des impulsions (fréquent) [voir *Folia de mars 2019*]: boulimie, jeux pathologiques et hypersexualité.
- Oedème des membres inférieurs.
- Risque de syndrome malin des antipsychotiques en cas d'arrêt brutal (rare) (voir *Intro.6.2.5*).
- Bromocriptine: spasmes vasculaires, et réactions inflammatoires fibrotiques telles que pleurésie, péricardite, fibrose rétropéritonéale et valvulopathies en cas d'utilisation prolongée.
- Rotigotine: réactions cutanées fréquentes avec les systèmes transdermiques.

### Grossesse et allaitement

- Les agonistes dopaminergiques inhibent la sécrétion de prolactine, et peuvent dès lors inhiber la lactation (voir 6.8. et *Folia de novembre 2014*).

### Interactions

- Diminution de l'effet des agonistes dopaminergiques en cas d'association aux antipsychotiques, à la tétrabénazine et, dans une moindre mesure, aux gastroprocinétiques.
- Sédation accrue en cas d'association à d'autres médicaments à effet sédatif ou à l'alcool.
- Hypotension orthostatique en cas d'association à d'autres médicaments à effet hypotenseur (p.ex. les dérivés nitrés, les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5) ou à l'alcool.
- La bromocriptine est un substrat du CYP3A4 (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3*).
- Le ropinirole est un substrat du CYP1A2 (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3*).

### Précautions particulières

- Une échographie cardiaque est recommandée avant l'instauration d'un traitement par la bromocriptine; à répéter régulièrement par la suite.
- Un suivi rapproché s'impose en cas d'insuffisance rénale ou hépatique, et en cas de maladie de Raynaud.
- Bromocriptine: un suivi rapproché s'impose également en cas d'antécédents d'ulcère gastro-duodéal.
- Pramipexole et ropinirole: prudence chez les patients présentant des troubles psychiques ou une affection cardio-vasculaire sévère.
- Les dispositifs transdermiques à base de rotigotine contiennent de l'aluminium. En cas d'IRM, ils doivent être retirés de la zone à investiguer en raison du risque de brûlure cutanée [voir *Folia de septembre 2012*].

### 10.6.3. Inhibiteurs de la COMT

L'entacapone et la tolcapone sont des inhibiteurs de la catéchol-O-méthyl transférase (COMT); ils freinent le



métabolisme de la lévodopa et prolongent son action. La tolcapone n'est plus commercialisée depuis mai 2020.

### Positionnement

- Voir 10.6.
- Les inhibiteurs de la COMT n'exercent pas d'effet antiparkinsonien; ils n'ont un intérêt qu'en association avec la lévodopa pour diminuer l'akinésie de fin de dose, mais au risque de majorer les dyskinésies.

### Contre-indications

- Phéochromocytome.
- Antécédents de syndrome malin des antipsychotiques ou de rhabdomyolyse non traumatique.
- Insuffisance hépatique (RCP).

### Effets indésirables

- Augmentation des effets dopaminergiques (dyskinésies, nausées, anorexie, troubles du sommeil) en cas d'association à la lévodopa; la dose de lévodopa doit parfois être réduite.
- Troubles gastro-intestinaux, surtout de la diarrhée (colite lymphocytaire).
- Hypotension orthostatique.
- Syndrome malin des antipsychotiques en cas d'arrêt ou de réduction brutale de la dose (rare) (voir Intro.6.2.5.).
- Élévation des enzymes hépatiques (rare).

### Précautions particulières

- Une diminution de la dose de lévodopa ou d'autres antiparkinsoniens associés peut être nécessaire.

### 10.6.4. Inhibiteurs de la MAO-B

Le safinamide, la sélégiline et la rasagiline inhibent la monoamine oxydase B (MAO-B), en grande partie responsable de la dégradation centrale de la dopamine.

### Positionnement

- Voir 10.6.
- La sélégiline et la rasagiline sont utilisées dans la maladie de Parkinson soit en monothérapie pour postposer l'utilisation de lévodopa, soit en association à la lévodopa pour limiter les complications motrices dues à l'utilisation chronique de lévodopa.
- Le safinamide est uniquement utilisé en association à la lévodopa pour contrecarrer les complications motrices dues à l'utilisation chronique de lévodopa [voir Folia de mai 2016].

### Contre-indications

- Traitement concomitant avec d'autres inhibiteurs de la MAO.
- Rasagiline: rétinopathie.
- Sélégiline: traitement concomitant avec des SSRI, SNRI, antidépresseurs tricycliques et sympathicomimétiques; présence d'ulcère gastro-duodéal.
- Rasagiline et safinamide: insuffisance hépatique sévère (RCP).

### Effets indésirables

- Accentuation des effets indésirables de la lévodopa, avec exacerbation des dyskinésies préexistantes. Une diminution de la posologie de la lévodopa améliore ces effets secondaires.
- Effets centraux: céphalées, insomnie, agitation, hallucinations, tremblements.
- Hypotension.
- Précordialgies.
- Troubles gastro-intestinaux.



- Myopathie.
- Rash, sécheresse de la bouche, stomatite.
- Troubles mictionnels.
- Rasagiline: aussi leucopénie, conjonctivite.
- Safinamide: aussi cataracte et autres troubles oculaires.
- Sélégiline: aussi bradycardie; légère augmentation des enzymes hépatiques.

## Interactions

- Crises hypertensives en cas de prise d'aliments riches en tyramine et de sympathicomimétiques (rare).
- Syndrome sérotoninergique en cas d'association à des médicaments à effet sérotoninergique, surtout les ISRS (*voir Intro.6.2.4.*).
- La rasagiline est un substrat du CYP1A2 (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).

## Précautions particulières

- La prudence s'impose en cas d'hypertension, d'arythmie ou d'angine de poitrine, ainsi que chez les patients psychotiques et en cas d'antécédents d'ulcère gastro-duodéal.
- Mieux vaut éviter de prendre ces médicaments le soir.

### 10.6.5. Anticholinergiques

Seuls les anticholinergiques utilisés dans la maladie de Parkinson et dans les dystonies aiguës médicamenteuses sont repris ici. D'autres anticholinergiques sont décrits en 1.8.4.1. (*atropine*), 3.2. (*spasmolytiques*) et 7.1. (*médicaments de l'instabilité vésicale*).

## Positionnement

- *Voir 10.6.*
- Les anticholinergiques à action centrale sont encore parfois utilisés dans la maladie de Parkinson pour lutter contre les tremblements. En début de traitement, ils sont parfois utilisés seuls; en général, ils sont associés à la lévodopa.
- Les anticholinergiques sont aussi utilisés, par voie intramusculaire ou intraveineuse, dans le traitement des dystonies aiguës induites par des antipsychotiques ou des substances apparentées telles que le métopropramide et l'alizapride. Actuellement, aucun anticholinergique à usage parentéral n'est disponible en Belgique.
- Les anticholinergiques sont parfois utilisés par voie orale pour contrecarrer les effets indésirables extrapyramidaux des antipsychotiques utilisés de manière chronique; un usage systématique et prolongé est déconseillé étant donné qu'ils peuvent provoquer ou aggraver les dyskinésies tardives (*voir 10.2., rubrique "Effets indésirables"*).

## Contre-indications

- Celles des anticholinergiques (*voir Intro.6.2.3.*).

## Effets indésirables

- Les effets indésirables anticholinergiques classiques (*voir Intro.6.2.3.*).

## Interactions

- Risque accru d'effets indésirables anticholinergiques en cas d'association à d'autres médicaments à effet anticholinergique (*voir Intro.6.2.3.*).

## Précautions particulières

- Un usage abusif d'anticholinergiques dû à leurs propriétés hallucinogènes et euphorisantes à doses élevées a été décrit.



- La prudence s'impose chez les personnes âgées vu le risque accru de confusion et d'autres effets indésirables anticholinergiques.

### 10.6.6. Associations

#### Positionnement

- Voir 10.6.
- L'association à base de lévodopa, carbidopa et entacapone peut être utilisée dans la maladie de Parkinson en cas de complications motrices liées à l'utilisation chronique de lévodopa.

#### Contre-indications, effets indésirables, grossesse, allaitement, interactions et précautions particulières

- Ceux des constituants.
- Insuffisance hépatique sévère (RCP).

#### Posologie

- La posologie doit être adaptée en fonction de la dose nécessaire de lévodopa (voir 10.6.1.).

### 10.7. Antiépileptiques

Les antiépileptiques peuvent être classés en fonction de différents critères. Une classification appropriée d'un point de vue clinique est celle basée sur le spectre d'activité.

- Antiépileptiques avec un large spectre d'activité, efficaces dans plusieurs types de crises:
  - l'acide valproïque et le valproate
  - la lamotrigine
  - le lévétiracétam et le brivaracétam
  - le topiramate
  - le pérampandol
  - le zonisamide.
- Antiépileptiques avec un spectre d'activité étroit, par exemple efficaces dans les crises focales ou dans les crises tonico-cloniques sans myoclonies et sans absences:
  - la carbamazépine et l'oxcarbazépine
  - la gabapentine
  - la prégabaline
  - le phénéturide
  - le phénobarbital et la primidone
  - la phénytoïne
  - la tiagabine
  - le lacosamide
  - Le cénobamate.
- Antiépileptiques à usage limité:
  - l'éthosuximide
  - le felbamate
  - le rufinamide
  - le stiripentol
  - la vigabatrine
  - certaines benzodiazépines (voir 10.1.1.).

#### Positionnement

- *Epilepsie*



- La prise en charge de l'épilepsie comporte d'une part le traitement aigu des crises convulsives tonico-cloniques, et d'autre part l'instauration éventuelle d'un traitement préventif chronique. Le traitement des crises tonico-cloniques prolongées ou répétées repose en première intention sur l'administration d'une benzodiazépine (*voir 10.1.1. et Folia de septembre 2015*).
- Tous les antiépileptiques ont des effets indésirables potentiellement graves. La décision d'instaurer un traitement antiépileptique de longue durée ne doit être prise que si le diagnostic d'épilepsie est bien établi.
- Chez bon nombre de patients ayant présenté pour la première fois une crise épileptique, l'expectative semble justifiée: le fait de ne pas instaurer immédiatement un traitement antiépileptique chronique ne semble pas influencer négativement l'évolution de l'épilepsie à long terme. Un traitement antiépileptique chronique est cependant presque toujours indiqué dès que le diagnostic d'épilepsie a été établi.
- En principe, on débute le traitement antiépileptique de préférence par une monothérapie avec adaptation de la posologie, éventuellement en se basant sur les concentrations plasmatiques (dans le cas de l'acide valproïque, de la carbamazépine, du phénobarbital et de la phénytoïne). Dans certains syndromes épileptiques, un traitement faisant appel à plusieurs antiépileptiques sera nécessaire.
- Chez la femme, ce choix pose des problèmes spécifiques, entre autres en ce qui concerne le risque de tératogénéité (*voir la rubrique "Grossesse et allaitement"*).
- Il n'est pas établi à quel moment il convient d'arrêter un traitement antiépileptique chronique; cette décision doit être prise individuellement. La dose doit être réduite progressivement.
- Chez les personnes âgées, certaines sources privilégient la lamotrigine, le lévétiracétam et l'acide valproïque; la prégabaline et le topiramate sont un second choix.
- *Autres indications*
  - Douleurs neuropathiques chroniques: carbamazépine, gabapentine, prégabaline (*voir 8.1. et Fiche de Transparence "Douleurs neuropathiques"*).
  - Prévention des rechutes dans le cadre d'une dépendance à l'alcool: gabapentine (*off-label, voir 10.5.1.*).
  - Troubles bipolaires: carbamazépine, lamotrigine, acide valproïque et valproate (*voir 10.3.8.*).
  - Traitement préventif de la migraine: acide valproïque, valproate, topiramate (*voir 10.9.2.*).
  - Anxiété généralisée: la prégabaline a une place limitée chez l'adulte; les antidépresseurs sont les médicaments de première intention (*voir 10.3.*).

## Effets indésirables

- **Les antiépileptiques sont des médicaments avec une marge thérapeutique-toxique étroite.**
- Troubles hématologiques, troubles électrolytiques, troubles hépatiques, atteintes ostéo-articulaires et, surtout chez les personnes âgées, troubles cognitifs: fréquent.
- Troubles du comportement et de l'humeur, y compris des idées suicidaires.
- Troubles du rythme cardiaque ou de la conduction avec plusieurs antiépileptiques.
- Troubles oculaires sévères (restriction du champ visuel périphérique, glaucome) avec certains antiépileptiques, tels que la vigabatrine et le topiramate.
- Syndrome de Stevens-Johnson et syndrome de Lyell avec plusieurs antiépileptiques.
- *Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*-syndrome (Syndrome DRESS, *voir Intro.6.2.6.*), avec la carbamazépine, le phénobarbital, la phénytoïne et la lamotrigine, et rapporté avec le pérampanel et le cénobamate.

## Grossesse et allaitement

- **Beaucoup d'antiépileptiques présentent un risque de tératogénéité.** Dans bon nombre de cas, ce risque ne justifie pas l'arrêt du traitement étant donné que ce risque doit être mis en balance avec le risque de crises épileptiques chez la mère pour le fœtus. Il n'est pas clairement établi dans quelle mesure l'épilepsie elle-même augmente le risque de malformations congénitales majeures: si ce risque existe, on estime qu'il est très faible.



- **L'acide valproïque doit être évité pendant toute la grossesse et ne doit pas être prescrit aux femmes en âge de procréer, sauf s'il n'existe aucune alternative.** Il est associé à un risque **plus important** de malformations congénitales (en particulier anomalies du tube neural) **par rapport aux autres antiépileptiques** [voir *Folia de décembre 2014* et *Folia de mars 2015*] et provoque par la suite des problèmes cognitifs et comportementaux chez l'enfant (voir 10.7.1.1.).
- Avec la **carbamazépine, l'éthosuximide, le phénobarbital, la phénytoïne et le topiramate**, il existe aussi des données indiquant clairement un risque accru de malformations congénitales. La **primidone** se transforme dans l'organisme en phénobarbital. Un risque accru de malformations congénitales, similaire à celui observé avec le phénobarbital, ne peut être exclu pour la primidone.
- Concernant les antiépileptiques plus récents, les risques liés à leur utilisation pendant la grossesse ne sont pas ou insuffisamment connus, les données étant trop limitées (lacosamide, brivaracétam, tiagabine, pérampanel, felbamate, rufinamide, zonisamide, cénobamate) ou équivoques (gabapentine, prégabaline).
- Sur base des données actuelles, la lamotrigine à faible dose et le lévétiracétam paraissent moins toxiques pour le fœtus que les autres antiépileptiques.
- Des effets à long terme sur le cerveau et le comportement de l'enfant sont décrits avec certains antiépileptiques (surtout l'acide valproïque, le phénobarbital et la phénytoïne); le risque paraît le plus élevé avec l'acide valproïque.
- Chez les femmes en âge de procréer prenant des antiépileptiques et sans désir de grossesse, une contraception efficace est nécessaire, en tenant compte des interactions potentielles avec les contraceptifs. Chez les femmes en âge de procréer prenant des antiépileptiques et ayant un désir de grossesse, il importe d'évaluer le traitement, en concertation avec la patiente et de préférence suffisamment longtemps avant la conception. Lorsque le traitement antiépileptique est poursuivi chez une femme enceinte, il convient d'opter si possible pour un seul antiépileptique, à la plus faible dose possible.
- La prescription de l'**acide valproïque** aux femmes en âge de procréer est soumise à des conditions spécifiques [voir *Folia de juin 2018*].
- Lors d'un traitement antiépileptique, un supplément de 0,4 mg d'acide folique par jour doit être prescrit dès l'arrêt de la contraception et certainement dès la période périconceptionnelle (voir 14.2.2.6.). Des doses plus élevées (4 mg) ne sont plus systématiquement recommandées chez les femmes épileptiques, mais peuvent être prescrites en cas d'antécédents d'anomalies du tube neural lors d'une grossesse précédente.

## Interactions

- Sédation accrue en cas d'association à d'autres médicaments à effet sédatif ou à l'alcool.
- Diminution des concentrations plasmatiques de certains antiépileptiques (phénytoïne, phénobarbital, primidone, peut-être aussi carbamazépine et phénétyruride) lors de la prise de doses élevées d'acide folique (5 à 15 mg par jour).
- De nombreux antiépileptiques sont de puissants inducteurs enzymatiques (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3.*), ce qui peut entraîner de nombreuses interactions avec d'autres médicaments (notamment les antagonistes de la vitamine K), avec la vitamine D et avec d'autres antiépileptiques. Parmi les interactions importantes, notons la perte d'efficacité des contraceptifs hormonaux (oraux, transdermiques, vaginaux, implants) et de la contraception hormonale d'urgence par voie orale [voir les *Folia de novembre 2021*, proposant notamment des mesures pour éviter cette interaction].
- D'autres antiépileptiques sont des inhibiteurs (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).

## Précautions particulières

- L'interruption brutale ou la réduction trop rapide de la dose peut provoquer une crise épileptique voire un état de mal épileptique; la diminution de la dose doit être progressive, en particulier pour le phénobarbital, la primidone, la vigabatrine et les benzodiazépines.





## Posologie

- La posologie utilisée dans l'épilepsie n'est mentionnée ici que pour les antiépileptiques les plus couramment utilisés. Une posologie est aussi donnée pour certaines autres indications des antiépileptiques, p.ex. les douleurs neuropathiques, la névralgie du trijumeau, la migraine.
- Les posologies mentionnées ne sont données qu'à titre indicatif et doivent être adaptées individuellement. Aucune posologie n'est mentionnée pour les enfants.

### 10.7.1. Antiépileptiques avec un large spectre d'activité

#### 10.7.1.1. Acide valproïque et valproate

##### Positionnement

- Voir 10.7.
- L'acide valproïque/valproate est le premier choix (sauf chez les filles et les femmes en âge de procréer ayant un désir de grossesse possible) dans de nombreuses formes d'épilepsie généralisée idiopathique, se manifestant par des absences, des myoclonies et/ou des crises tonico-cloniques généralisées. C'est aussi un premier choix dans les crises focales avec ou sans généralisation secondaire, ainsi que dans certains syndromes chez l'enfant.
- L'acide valproïque/valproate est aussi utilisé dans le traitement prophylactique de la migraine (voir 10.9.2.), mais cette indication ne figure pas dans le RCP.
- L'acide valproïque/valproate est également utilisé dans les troubles bipolaires (voir 10.3.8.) et en intraveineux dans l'état de mal épileptique ne répondant pas aux benzodiazépines, mais ces indications ne figurent pas dans tous les RCP.
- L'acide valproïque est contre-indiqué chez les femmes enceintes. Chez les filles et les femmes en âge de procréer, l'acide valproïque ne doit être utilisé que si des mesures de précaution strictes faisant partie d'un programme de prévention de la grossesse ont été prises [voir Folia de juin 2018 et le symbole ▼ au niveau des spécialités].

##### Indications (synthèse du RCP)

- Épilepsie généralisée idiopathique.
- Crise focale avec ou sans généralisation secondaire.
- Traitement d'un épisode maniaque de trouble bipolaire lorsque le lithium est contre-indiqué ou non toléré (pas tous les RCP).

##### Contre-indications

- **Grossesse.**
- Risque accru d'hémorragie et troubles hémorragiques.
- Certaines maladies mitochondriales; ne pas utiliser dès lors chez des jeunes enfants avec des troubles du développement d'étiologie inconnue.
- Insuffisance hépatique (RCP).

##### Effets indésirables

- Voir 10.7.
- Troubles gastro-intestinaux tels que nausées, vomissements et diarrhée: fréquent. Pancréatite.
- Prise de poids: fréquent.
- Perte de cheveux (réversible).
- Effets néfastes sur la vigilance et les fonctions cognitives, tremblements, vertiges.
- Insuffisance hépatique aiguë, surtout chez les très jeunes enfants atteints d'une épilepsie sévère et sous polymédication (surtout en cas de prise concomitante de phénytoïne), et le plus souvent au cours des



premières semaines de traitement.

- Thrombopénie avec des troubles de la coagulation et de l'hémostase.
- Menstruations irrégulières chez les adolescentes.
- Encéphalopathie en cas d'augmentation brutale de la dose.
- Manifestation clinique ou aggravation de certaines maladies mitochondriales congénitales.

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.7. et Folia de juin 2018
- **La grossesse est une contre-indication. L'acide valproïque est associé à un risque plus important de malformations congénitales par rapport aux autres antiépileptiques avec entre autres des anomalies au niveau du tube neural (telles que *spina bifida*) en cas d'utilisation pendant le premier trimestre.**
- **Thrombopénie, perturbation de l'agrégation plaquettaire, diminution du fibrinogène et hépatotoxicité chez le fœtus et le nouveau-né en cas d'utilisation par la mère.**
- **L'exposition in utero à l'acide valproïque peut influencer négativement les fonctions cognitives des enfants et augmenter le risque de troubles du comportement et d'autisme.**
- L'acide valproïque/valproate ne passe pas dans le lait maternel.

## Interactions

- Voir 10.7.
- Diminution des concentrations plasmatiques d'acide valproïque/valproate en cas d'association à des carbapénèmes.
- Augmentation des concentrations plasmatiques de la lamotrigine et du phénobarbital en cas d'association à l'acide valproïque/valproate.
- Augmentation du risque d'encéphalopathie en association à la phénytoïne, au phénobarbital ou au topiramate.
- L'acide valproïque est un substrat du CYP2C9 et du CYP2C19 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

## Précautions particulières

- Voir 10.7.
- Les transaminases, les lipases et l'hémostase (plaquettes, coagulation) doivent être mesurées avant d'instaurer le traitement, et contrôlées tous les 3 mois lors de la première année de traitement, puis une fois par an; chez l'enfant, chaque mois pendant les 6 premiers mois.
- En cas d'hypoalbuminémie et chez les personnes âgées, utiliser des doses plus faibles, et ce en fonction de l'effet clinique.

## Posologie

- Les concentrations plasmatiques thérapeutiques sont comprises entre 40 et 100 µg/ml.

### 10.7.1.2. Lamotrigine

#### Positionnement

- Voir 10.7.
- La lamotrigine est également utilisée pour prévenir les épisodes dépressifs dans les troubles bipolaires (voir 10.3.8.).

#### Indications (synthèse du RCP)

- Chez les enfants âgés de 2 à 12 ans: comme traitement adjuvant (*add-on*) pour le traitement des crises d'épilepsie focales ou généralisées et du syndrome de Lennox-Gastaut, et en monothérapie pour le traitement des absences.
- Chez les patients âgés de plus de 12 ans: en monothérapie ou comme traitement adjuvant (*add-on*) dans



le traitement des crises d'épilepsie généralisées ou focales et du syndrome de Lennox-Gastaut.

- Prévention des épisodes dépressifs dans les troubles bipolaires.

## Effets indésirables

- *Voir 10.7.*
- Rash (très fréquent); risque majoré en cas d'augmentation trop rapide de la dose ou en association avec l'acide valproïque/valproate. Rarement autres lésions cutanées, telles que syndrome de Stevens-Johnson, nécrolyse épidermique toxique, DRESS (*voir Intro.6.2.6.*).
- Nausées, céphalées, somnolence, insomnie, agitation, vertiges, ataxie, tremblements, diplopie et rarement méningite aseptique.
- Aggravation de certains types de myoclonies et de certains syndromes épileptiques.
- Arythmies (rare).

## Grossesse et allaitement

- *Voir 10.7.*
- Grossesse: selon les données actuelles, la lamotrigine à faible dose et le lévétiracétam semblent moins toxiques pour le fœtus que les autres antiépileptiques.
- Pendant la grossesse, les taux plasmatiques de lamotrigine peuvent considérablement baisser de sorte qu'une adaptation de la posologie peut être nécessaire. Une surveillance mensuelle des concentrations sériques (cible 2,5 – 15 mg/l) pendant la grossesse et les deux premières semaines du post-partum est recommandée.
- Allaitement: la lamotrigine passe dans le lait maternel; elle peut provoquer de la somnolence chez l'enfant.

## Interactions

- *Voir 10.7.*
- Risque accru de rash en cas de traitement concomitant par l'acide valproïque/valproate.
- Diminution des concentrations plasmatiques de lamotrigine en cas d'association à des inducteurs de l'UDP-glucuronyltransférase (entre autres carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital, primidone, rifampicine).
- Les contraceptifs oraux peuvent diminuer les concentrations plasmatiques de lamotrigine, ce qui peut entraîner, durant la semaine sans prise de pilule, une augmentation des taux de lamotrigine, avec risque de toxicité. Des cas de grossesse ont été rapportés chez des femmes sous contraception hormonale orale et prenant de la lamotrigine (aucune donnée n'est disponible pour les contraceptifs hormonaux administrés par d'autres voies). *Voir aussi Folia de novembre 2021.*
- Augmentation des concentrations plasmatiques de lamotrigine en cas d'association à l'acide valproïque/valproate.

## Précautions particulières

- *Voir 10.7.*

### 10.7.1.3. Lévétiracétam et brivaracétam

#### Positionnement

- *Voir 10.7.*
- Le brivaracetam ne semble pas plus efficace que son analogue, le lévétiracétam. Leur profil d'innocuité est similaire [*voir Folia de novembre 2018*].

#### Indications (synthèse du RCP)

- Lévétiracétam



- En monothérapie dans le traitement des crises d'épilepsie focales avec ou sans généralisation secondaire à partir de l'âge de 16 ans.
- Comme traitement adjuvant (*add-on*) dans l'épilepsie focale à partir de l'âge de 1 mois, et dans les crises tonico-cloniques et l'épilepsie avec myoclonies à partir de l'âge de 12 ans.
- Brivaracétam
  - Comme traitement adjuvant (*add-on*) dans le traitement des crises d'épilepsie focales avec ou sans généralisation secondaires chez les adultes, les adolescents et les enfants à partir de 2 ans.

### Effets indésirables

- Voir 10.7.
- Somnolence, fatigue, vertiges et irritabilité (fréquent).
- Idées et comportement suicidaires survenant plus fréquemment chez l'adolescent; troubles du comportement chez l'enfant [voir *Folia de novembre 2018*].
- Céphalées, troubles gastro-intestinaux.
- Lévétiracétam: aussi rash, diplopie et thrombopénie (rare).
- Brivaracétam: aussi syndrome grippal et infections respiratoires, neutropénie.

### Grossesse et allaitement

- Voir 10.7.
- Grossesse: selon les données actuelles, la lamotrigine à faible dose et le lévétiracétam semblent moins toxiques pour le fœtus que les autres antiépileptiques.

### Interactions

- Voir 10.7.
- Il n'y a pas d'interactions pharmacocinétiques décrites pour le lévétiracétam.
- Le brivaracétam est un substrat du CYP2C19 (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3.*), mais le risque d'interactions semble limité et concerne surtout l'usage concomitant de rifampicine, carbamazépine, phénobarbital ou phénytoïne.

### Précautions particulières

- Voir 10.7.

### 10.7.1.4. Topiramate

#### Positionnement

- Voir 10.7.

#### Indications (synthèse du RCP)

- En monothérapie à partir de 6 ans ou comme traitement adjuvant (*add-on*) à partir de 2 ans dans les crises d'épilepsie focales (avec ou sans généralisation secondaire) ou dans les crises tonico-cloniques, et dans les formes réfractaires du syndrome de Lennox-Gastaut.
- Traitement prophylactique de la migraine chez l'adulte (voir 10.9.2).

#### Contre-indications

- **Grossesse, surtout en cas d'utilisation comme traitement prophylactique de la migraine compte tenu des alternatives.**

#### Effets indésirables

- Voir 10.7.
- Surtout ralentissement des fonctions cognitives (p.ex. difficultés à trouver les mots), somnolence, fatigue,



paresthésies, dépression, tremblements, ataxie, vertiges, céphalées, perte de poids, nausées, diarrhée, rhinopharyngite, lithiase rénale; rares: glaucome aigu et acidose métabolique.

- Chez l'enfant en particulier, risque de déshydratation et de coup de chaleur.

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.7. (entre autres concernant l'administration périconceptionnelle d'acide folique).
- **La grossesse est une contre-indication absolue en cas d'utilisation de topiramate comme traitement prophylactique de la migraine. En cas d'épilepsie, il doit être évité durant la grossesse dans la mesure du possible. Il existe des données indiquant clairement un effet tératogène (en particulier fente labiale/palatine, également mort fœtale).** Le topiramate à fortes doses (> 200 mg/j) diminue l'action des contraceptifs oraux (risque d'échec de la contraception).
- Allaitement: le topiramate est excrété dans le lait maternel; des diarrhées, de la somnolence, une irritabilité et une prise de poids insuffisante peuvent survenir chez le nourrisson.

## Interactions

- Voir 10.7.
- Le topiramate à fortes doses (> 200 mg/j) pourrait augmenter la toxicité du lithium.
- Le topiramate est un inhibiteur du CYP2C19 et un substrat du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- À fortes doses (à partir de 200 mg par jour ou plus), le topiramate est un inducteur du CYP3A4: une interaction importante est la perte d'efficacité des contraceptifs hormonaux (oraux, transdermiques, vaginaux, implants) et de la contraception hormonale d'urgence par voie orale [voir Folia de novembre 2021, proposant notamment des mesures pour éviter cette interaction].

## Précautions particulières

- Voir 10.7.
- Chez les patients ayant des antécédents de lithiase rénale, le risque de formation de lithiase est élevé.

### 10.7.1.5. Pérampanel

## Positionnement

- Voir 10.7.

## Indications (synthèse du RCP)

- Patients âgés de plus de 12 ans: comme traitement adjuvant (*add-on*) pour le traitement des crises d'épilepsie focales (avec ou sans généralisation secondaire) ou généralisées.

## Effets indésirables

- Voir 10.7.
- Troubles neurologiques: vertiges, somnolence, irritabilité, agressivité, troubles de la coordination avec risque de chute surtout chez les personnes âgées.
- Troubles psychotiques, surtout lors de l'induction du traitement.
- Prise de poids.

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.7.
- Le pérampanel diminue l'efficacité des contraceptifs contenant un progestatif, voir rubrique "Interactions".

## Interactions

- Voir 10.7.
- Diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux contenant un progestatif; il est recommandé d'utiliser



une méthode de contraception non hormonale complémentaire.

- Le pérampanel est un substrat du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

## Précautions particulières

- Voir 10.7.

### 10.7.1.6. Zonisamide

#### Positionnement

- Voir 10.7.
- Le zonisamide n'a pas de plus-value par rapport au vaste choix d'antiépileptiques disponibles et ne peut être utilisé qu'après échec ou intolérance aux traitements de première intention [voir Folia de mars 2019].

#### Indications (synthèse du RCP)

- Adulte: en monothérapie pour le traitement des crises d'épilepsie focales (avec ou sans généralisation secondaire).
- Adulte et enfant à partir de 6 ans: comme traitement adjuvant (*add-on*) pour le traitement des crises d'épilepsie focales (avec ou sans généralisation secondaire).

#### Contre-indications

- Allergie à l'arachide ou au soja.
- Hypersensibilité aux sulfamidés.

#### Effets indésirables

- Voir 10.7.
- Troubles neurologiques: perte d'appétit, vertiges, somnolence, irritabilité, agressivité, troubles de la coordination, de la mémoire, confusion; diplopie.
- Risque accru de lithiase rénale, surtout chez les patients prédisposés.
- Perte de poids, troubles gastro-intestinaux.
- Réactions cutanées parfois graves (syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de Lyell, syndrome de DRESS (voir Intro.6.2.6.)).
- Chez l'enfant en particulier, risque de déshydratation et de coup de chaleur.

#### Grossesse et allaitement

- Voir 10.7.
- Allaitement: le zonisamide est sécrété dans le lait maternel. L'utilisation du zonisamide est déconseillée.

#### Interactions

- Voir 10.7.
- Le zonisamide est un substrat du CYP2C19 et du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

## Précautions particulières

- Voir 10.7.
- Chez l'enfant, il est conseillé de surveiller le poids, les taux de bicarbonate et de prévenir le risque de déshydratation et de coup de chaleur.



## 10.7.2. Antiépileptiques avec un spectre d'activité étroit

### 10.7.2.1. Carbamazépine et oxcarbazépine

#### Positionnement

- Voir 10.7.
- La carbamazépine est un des médicaments de premier choix dans les crises épileptiques focales avec ou sans généralisation secondaire.
- La carbamazépine n'est pas indiquée dans les absences, les crises atoniques et les crises myocloniques vu le risque d'aggravation.
- La carbamazépine est aussi utilisée dans les troubles bipolaires (voir 10.3.8.) et les douleurs neuropathiques (voir 8.1.), entre autres dans la névralgie du trijumeau et la névralgie glossopharyngienne.
- L'oxcarbazépine est un dérivé de la carbamazépine donnant lieu à moins d'interactions.

#### Indications (synthèse du RCP)

- Carbamazépine
  - Crises épileptiques focales avec ou sans généralisation secondaire.
  - Troubles bipolaires.
  - Névralgie du trijumeau, névralgie glossopharyngienne.
- Oxcarbazépine: crises épileptiques focales avec ou sans généralisation secondaire.

#### Contre-indications

- Bloc auriculo-ventriculaire.
- Antécédents de dépression médullaire.
- Utilisation concomitante d'un inhibiteur des MAO.

#### Effets indésirables

- Voir 10.7.
- Aggravation, allant parfois jusqu'à l'état de mal épileptique myoclonique ou non convulsif, dans certaines formes d'épilepsies généralisées, comme l'épilepsie avec absences.
- Réactions allergiques fréquentes et parfois graves; entre autres des réactions cutanées graves telles que le syndrome de Stevens-Johnson. Le risque semble plus élevé chez les patients porteurs de l'allèle HLA-B\*1502. 25 à 30% des patients allergiques à la carbamazépine le sont aussi à l'oxcarbazépine. Allergie croisée avec la phénytoïne.
- Vertiges, ataxie, somnolence, fatigue, diplopie, céphalées.
- Anémie aplasique, leucopénie et thrombopénie.
- Troubles de la fonction hépatique, dyslipidémie, ostéoporose.
- Hyponatrémie, plus marquée avec l'oxcarbazépine et plus fréquente chez les personnes âgées.

#### Grossesse et allaitement

- Voir 10.7. (**entre autres concernant l'acide folique dès la période périconceptionnelle**).
- **Forte suspicion d'effet tératogène de la carbamazépine.** Les données sur l'oxcarbazépine sont limitées; un risque tératogène ne peut être exclu.
- La carbamazépine peut diminuer l'efficacité des contraceptifs estroprogestatifs (par induction du CYP3A4).
- L'utilisation de la carbamazépine (au cours des 4 dernières semaines) diminue l'efficacité de la contraception d'urgence contenant du lévonorgestrel.



## Interactions

- Voir 10.7.
- La carbamazépine est un substrat du CYP3A4 et du CYP2C8, et un inducteur du CYP1A2, du CYP2B6, du CYP2C9, du CYP3A4 et de la P-gp (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3. et Tableau Id. dans Intro.6.3.*), avec entre autres diminution de l'effet des antagonistes de la vitamine K et de certains antibiotiques.
- L'oxcarbazépine a également un effet inducteur du CYP3A4, moins puissant toutefois que celui de la carbamazépine.
- Parmi les interactions importantes dues à l'induction enzymatique, notons la perte d'efficacité des contraceptifs hormonaux (oraux, transdermiques, vaginaux, implants) et de la contraception hormonale d'urgence par voie orale [voir *Folia de novembre 2021*, proposant notamment des mesures pour éviter cette interaction].
- Au début du traitement, la carbamazépine induit aussi son propre métabolisme, avec pour conséquence des variations importantes des concentrations plasmatiques (voir "Précautions particulières").
- Diminution de la concentration plasmatique de la carbamazépine en cas de consommation alcoolique chronique exagérée.

## Précautions particulières

- Voir 10.7.
- Suivi régulier des fonctions hématologiques, rénales et hépatiques et de la natrémie lors de l'instauration et pendant l'utilisation.
- L'évaluation périodique des concentrations plasmatiques est utile en cas d'épilepsie non contrôlée, de changements de traitement, pour surveiller l'observance, en cas de grossesse, chez les enfants ou adolescents, et en cas de suspicion d'effets indésirables.
- Les patients d'origine asiatique doivent être testés pour la présence de l'allèle HLA-B\*1502 avant le traitement. Chez les patients porteurs de cet allèle, la carbamazépine ne doit pas être utilisée en raison du risque de réactions cutanées graves.
- Comme la carbamazépine induit son propre métabolisme, les taux plasmatiques ne sont fiables qu'après quelques semaines. Il peut être nécessaire d'ajuster la dose après quelques semaines.

## Posologie

- Il est recommandé d'augmenter progressivement les doses au début du traitement.
- Les concentrations plasmatiques thérapeutiques de la carbamazépine se situent entre 4 et 11 µg/ml et celles de l'oxcarbazépine entre 7 et 35 µg/ml.
- Les formes à libération prolongée/modifiée avec des taux plasmatiques plus stables sont à préférer dans l'épilepsie.

### 10.7.2.2. Gabapentine

#### Positionnement

- Voir 10.7.
- La gabapentine est aussi utilisée dans les douleurs neuropathiques (voir 8.1.). La gabapentine est parfois utilisée *off-label* dans les douleurs lombaires chroniques ou les douleurs radiculaires; elle présente un rapport bénéfice/risque défavorable dans ces indications [voir *Folia de février 2018*].
- La gabapentine est parfois utilisée *off-label* en prévention des rechutes dans le cadre d'une dépendance à l'alcool (voir 10.5.1.).

#### Indications (synthèse du RCP)

- Crises épileptiques focales avec ou sans généralisation secondaire (comme traitement adjuvant, ou éventuellement en monothérapie).





- Douleurs neuropathiques.

### **Effets indésirables**

- *Voir 10.7.*
- Surtout vertiges, somnolence, ataxie, dysarthrie, nystagmus, paresthésie, convulsions, fatigue, céphalées, tremblements, troubles visuels, prurit, myalgies, douleurs articulaires, impuissance, troubles de l'érection, prise de poids, œdème périphérique, troubles gastro-intestinaux, gingivite, syndrome grippal et hypertension.

### **Grossesse et allaitement**

- *Voir 10.7.*

### **Interactions**

- *Voir 10.7.*
- La gabapentine renforce l'effet euphorique des opioïdes, la sédation et la dépression respiratoire.

### **Précautions particulières**

- *Voir 10.7. et Folia de février 2020.*
- Prudence chez les personnes âgées.
- Des cas d'abus et de dépendance ont été signalés; la prudence est de rigueur en cas d'antécédents d'abus de drogues et de médicaments.

### **10.7.2.3. Prégabaline**

#### **Positionnement**

- *Voir 10.7.*
- La prégabaline est aussi utilisée dans les douleurs neuropathiques (*voir 8.1.*) et dans l'anxiété généralisée chez l'adulte (*voir 10.1.*). La prégabaline est parfois utilisée *off label* dans les douleurs lombaires chroniques ou les douleurs radiculaires; elle présente un rapport bénéfice/risque défavorable dans ces indications [*voir Folia de février 2018 et Folia de février 2020*].

#### **Indications (synthèse du RCP)**

- Crises épileptiques focales avec ou sans généralisation secondaire (toujours comme traitement adjuvant).
- Douleurs neuropathiques.
- Anxiété généralisée chez l'adulte.

#### **Effets indésirables**

- *Voir 10.7.*
- Surtout prise de poids, œdème périphérique, vertiges, somnolence, ataxie, tremblements, fatigue, céphalées, douleur articulaire, impuissance, troubles visuels.
- Risque accru de dépression respiratoire et de troubles du rythme cardiaque.
- Augmentation des idées suicidaires, suicide, accidents de la route, agressivité.

#### **Grossesse et allaitement**

- *Voir 10.7. (entre autres concernant la prescription d'acide folique dès la période périconceptionnelle).*

#### **Interactions**

- *Voir 10.7.*
- La prégabaline renforce l'effet euphorique des opioïdes, la sédation et la dépression respiratoire.



## Précautions particulières

- Voir 10.7.
- Prudence chez les personnes âgées et en cas d'insuffisance cardiaque connue.
- Des cas d'abus et de dépendance ont été signalés; la prudence est de rigueur en cas d'antécédents d'abus de drogues et de médicaments.

### 10.7.2.4. Phénobarbital et primidone

La primidone est transformée partiellement en phénobarbital.

#### Positionnement

- Voir 10.7.
- La place du phénobarbital et de la primidone dans le traitement de l'épilepsie est très limitée. Vu leurs effets indésirables, ce ne sont pour aucune forme d'épilepsie, des médicaments de premier choix.
- La primidone, à faible dose, est efficace dans le traitement du tremblement essentiel (indication non reprise dans le RCP).

#### Indications (synthèse du RCP)

- Crises tonico-cloniques généralisées, crises épileptiques focales avec ou sans généralisation secondaire.
- Phénobarbital par voie intraveineuse: état de mal épileptique si les benzodiazépines et/ou la phénytoïne n'ont pas l'effet escompté.

#### Contre-indications

- **Grossesse.**
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Phénobarbital: insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique sévère (RCP).

#### Effets indésirables

- Voir 10.7.
- Sédation, ataxie, diplopie; agitation paradoxale chez l'enfant.
- Effet néfaste à long terme sur le comportement (notamment augmentation du risque suicidaire) et les facultés cognitives, surtout chez les enfants et les personnes âgées.
- Ostéoporose, troubles musculosquelettiques.
- Anémie mégaloblastique par antagonisme de l'acide folique.
- Manifestations de sevrage sévères pouvant être fatales en cas d'arrêt brutal.
- Syndrome de Stevens-Johnson, nécrolyse épidermique toxique, dermatite exfoliatrice, lupus érythémateux systémique.
- Forme intraveineuse: hypotension, choc, apnée; importantes nécroses tissulaires en cas d'injection sous-cutanée ou extra-vasculaire.

#### Grossesse et allaitement

- Voir 10.7. (entre autres concernant la prescription d'acide folique dès la période périconceptionnelle).
- **Il existe des preuves évidentes d'un effet tératogène.**
- **Il y a de plus en plus d'indications qu'une exposition in utero ou durant les premières années de la vie au phénobarbital puisse influencer négativement le développement cognitif de l'enfant et puisse augmenter le risque de troubles du comportement et le risque d'autisme.**
- La primidone se transforme dans l'organisme en phénobarbital. Un risque accru de malformations congénitales, similaire à celui observé avec le phénobarbital, ne peut être exclu pour la primidone.
- Le phénobarbital et la primidone peuvent diminuer l'efficacité des contraceptifs estroprogestatifs par induction du CYP3A4.



- Allaitement: le phénobarbital et la primidone sont excrétés dans le lait maternel. Leur utilisation doit être évitée.

## Interactions

- Voir 10.7.
- Le phénobarbital et la primidone sont des inducteurs du CYP1A2, du CYP2C9 et du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.), avec entre autres diminution de l'effet des antagonistes de la vitamine K. Parmi les interactions importantes dues à l'induction enzymatique, notons la perte d'efficacité des contraceptifs hormonaux (oraux, transdermiques, vaginaux, implants) et de la contraception hormonale d'urgence par voie orale [voir Folia de novembre 2021, proposant notamment des mesures pour éviter cette interaction].
- Le phénobarbital est également un substrat du CYP2C19 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

## Précautions particulières

- Voir 10.7.
- L'utilisation du phénobarbital ou de la primidone chez les personnes de plus de 65 ans peut comporter des risques en raison de leurs multiples interactions, d'une dépendance physique et des risques en cas de surdosage.

## Posologie

- Les concentrations plasmatiques thérapeutiques du phénobarbital en monothérapie se situent entre 12 et 30 µg/ml, plus bas chez les personnes âgées.

### 10.7.2.5. Phénytoïne

## Positionnement

- Voir 10.7.
- La phénytoïne (syn. diphénylhydantoïne) est parfois utilisée dans les crises tonico-cloniques généralisées et dans les crises épileptiques focales avec ou sans généralisation secondaire, mais ce n'est pas un premier choix. La phénytoïne ne doit pas être utilisée pour traiter les absences.
- La phénytoïne est aussi parfois utilisée comme antiarythmique (voir 1.8.2.).
- La phénytoïne par voie intraveineuse est retirée du marché depuis novembre 2019.

## Indications (synthèse du RCP)

- Crises tonico-cloniques généralisées et crises épileptiques focales avec ou sans généralisation secondaire.
- Etat de mal épileptique (en intraveineux).
- Certaines arythmies (en intraveineux).

## Contre-indications

- **Grossesse.**
- Troubles du rythme cardiaque.
- Insuffisance rénale (RCP).

## Effets indésirables

- Voir 10.7.
- Troubles vestibulaires et cérébelleux avec ataxie, nystagmus et dysarthrie. Ces symptômes peuvent être associés chez certains patients à des tremblements et de la nervosité, ou à une sensation d'ébriété et de fatigue.
- Hyperplasie gingivale, dysmorphie faciale et hypertrichose en cas d'utilisation prolongée, surtout chez les jeunes.



- Macrocytose et anémie mégaloblastique par antagonisme de l'acide folique.
- Réactions allergiques cutanées, pouvant aller jusqu'au syndrome de Stevens-Johnson, en particulier chez les porteurs de l'allèle HLA-B\*1502 (personnes d'origine asiatique). Allergie croisée avec la carbamazépine.
- Syndrome DRESS (voir Intro.6.2.6.).
- En cas d'administration intraveineuse: aussi risque de troubles de la conduction cardiaque et hypotension; nécrose tissulaire importante en cas d'extravasation.

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.7. (entre autres concernant la prescription d'acide folique dès la période périconceptionnelle).
- **Il existe des preuves évidentes d'un effet tératogène.**
- **Il existe des soupçons qu'une exposition in utero à la phénytoïne puisse influencer négativement le développement cognitif de l'enfant et puisse augmenter le risque de troubles du comportement et le risque d'autisme.**
- La phénytoïne peut diminuer l'efficacité des contraceptifs estroprogestatifs par induction du CYP3A4.

## Interactions

- Voir 10.7.
- Diminution de la concentration plasmatique en cas de consommation chronique et exagérée d'alcool.
- La phénytoïne est un substrat du CYP2C9 et du CYP2C19, et un inducteur du CYP1A2, du CYP2C9 et du CYP3A4 (voir Tableau 1c. dans Intro.6.3.), avec entre autres augmentation ou diminution de l'effet des antagonistes de la vitamine K. Parmi les interactions importantes dues à l'induction enzymatique, notons la perte d'efficacité des contraceptifs hormonaux (oraux, transdermiques, vaginaux, implants) et de la contraception hormonale d'urgence par voie orale [voir Folia de novembre 2021, proposant notamment des mesures pour éviter cette interaction].

## Précautions particulières

- Voir 10.7.
- L'augmentation de la dose doit se faire très progressivement, vu la cinétique non linéaire.
- Chez les patients atteints de diabète sucré, la phénytoïne peut augmenter la glycémie.

## Posologie

- En cas d'administrations répétées, l'état de pseudo-équilibre (*steady-state*) n'est atteint qu'après une semaine environ, étant donné la longue demi-vie (environ 20 heures).
- Les concentrations plasmatiques thérapeutiques se situent chez l'adulte entre 10 et 20 µg/ml, chez les personnes âgées entre 5 et 15 µg/ml.

### 10.7.2.6. Tiagabine

## Positionnement

- Voir 10.7.

## Indications (synthèse du RCP)

- Traitement adjuvant (*add-on*) dans les crises épileptiques focales avec ou sans généralisation secondaire à partir de l'âge de 12 ans.

## Contre-indications

- Insuffisance hépatique sévère (RCP).



## Effets indésirables

- Voir 10.7.
- Vertiges, fatigue et somnolence.
- Plus rarement tremblements, troubles de la concentration, diarrhée, labilité émotionnelle, ecchymoses et troubles visuels.

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.7.

## Interactions

- Voir 10.7.
- La tiagabine est un substrat du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

## Précautions particulières

- Voir 10.7.

### 10.7.2.7. Lacosamide

## Positionnement

- Voir 10.7.

## Indications (synthèse du RCP)

- Traitement des crises épileptiques focales avec ou sans généralisation secondaire chez les adultes, les adolescents et les enfants à partir de 2 ans présentant une épilepsie (*add-on*).

## Contre-indications

- Bloc auriculo-ventriculaire du deuxième ou troisième degré.

## Effets indésirables

- Voir 10.7.
- Surtout vertiges, céphalées, diplopie et nausées.
- Troubles de la conduction auriculo-ventriculaire avec risque d'arythmies et de syncopes.
- Syndrome DRESS (voir Intro.6.2.6.).

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.7.

## Interactions

- Voir 10.7.
- Risque accru de troubles de la conduction auriculo-ventriculaire lors de l'association à d'autres médicaments qui influencent la conduction (p.ex. carbamazépine, lamotrigine, phénytoïne, prégabaline et certains antiarythmiques).

### 10.7.2.8. Cénobamate

## Positionnement

- Voir 10.7.

## Indications (synthèse du RCP)

- Traitement adjuvant de l'épilepsie focale avec ou sans généralisation chez l'adulte insuffisamment



contrôlé par au moins deux traitements.

## Contre-indications

- Syndrome du QT court congénital.

## Effets indésirables

- Voir 10.7.

## Grossesse et allaitement

- Voir 10.7.

## Interactions

- Le cénobamate est un inducteur du CYP2B6 et du CYP3A4 et un inhibiteur du CYP2C19 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

## 10.7.3. Antiépileptiques à usage limité

### 10.7.3.1. Éthosuximide

#### Positionnement

- Voir 10.7.
- L'éthosuximide est utilisé dans le traitement des absences chez l'enfant et l'adolescent en cas d'efficacité insuffisante ou de contre-indication d'autres antiépileptiques. Il n'est pas efficace dans les autres types de crises.

#### Effets indésirables

- Voir 10.7.
- Anémie aplasique.
- Irritation du tractus gastro-intestinal.
- Ataxie, céphalées, vertiges, insomnie.
- Agressivité, psychose paranoïde aiguë.
- Rash érythémateux, urticaire, syndrome de Stevens-Johnson, syndrome DRESS (voir Intro.6.2.6.).

#### Grossesse et allaitement

- Voir 10.7. (entre autres concernant la prescription d'acide folique dès la période périconceptionnelle).
- **Grossesse: forte suspicion d'effet tératogène.**
- **L'allaitement est déconseillé.** L'éthosuximide passe dans le lait maternel; de la somnolence et des troubles de la succion ont notamment été décrits chez l'enfant.

#### Interactions

- Voir 10.7.
- L'éthosuximide est un substrat du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

#### Précautions particulières

- Voir 10.7.

### 10.7.3.2. Felbamate

#### Positionnement

- Voir 10.7.



- Le felbamate est réservé au traitement des formes réfractaires du syndrome de Lennox-Gastaut en raison d'effets indésirables potentiellement graves.

### **Contre-indications**

- Antécédents de troubles hématologiques.

### **Effets indésirables**

- Voir 10.7.
- Anémie aplasique.
- Hépatotoxicité.
- Troubles gastro-intestinaux.
- Troubles du sommeil, vertiges, céphalées, troubles visuels.

### **Grossesse et allaitement**

- Voir 10.7.

### **Interactions**

- Voir 10.7.
- Le felbamate pourrait réduire l'efficacité des contraceptifs oraux contenant du gestodène [voir *Folia de novembre 2021*, proposant notamment des mesures pour éviter cette interaction].

### **Précautions particulières**

- Voir 10.7.
- Contrôle régulier des fonctions hématologiques et hépatiques, surtout pendant les premiers mois du traitement.

### **10.7.3.3. Rufinamide**

#### **Positionnement**

- Voir 10.7.
- Le rufinamide est proposé comme traitement adjuvant (*add-on*) dans les crises d'épilepsie associées au syndrome de Lennox-Gastaut.

#### **Effets indésirables**

- Voir 10.7.
- Apparition d'un état de mal épileptique.
- Surtout somnolence, vertiges, ataxie, troubles visuels, céphalées.
- Vomissements.

#### **Grossesse**

- Voir 10.7.

#### **Interactions**

- Voir 10.7.
- Le rufinamide est un inducteur du CYP3A4 (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3.*). Comme interaction importante, notons la perte d'efficacité des contraceptifs hormonaux (oraux, transdermiques, vaginaux, implants) et de la contraception hormonale d'urgence par voie orale [voir *Folia de novembre 2021*, proposant notamment des mesures pour éviter cette interaction].



#### 10.7.3.4. Stiripentol

##### Positionnement

- Voir 10.7.
- Le stiripentol est réservé au traitement de l'épilepsie myoclonique sévère du nourrisson (syndrome de Dravet), en association au clobazam et au valproate.

##### Contre-indications

- Antécédents de délire ou de psychose.

##### Effets indésirables

- Anorexie, perte de poids, insomnie, somnolence.
- Ataxie, hypotonie, dystonie, diplopie.
- Neutropénie réversible, rash.

##### Interactions

- Le stiripentol est un inhibiteur du CYP1A2, du CYP2C9, du CYP2C19, du CYP2D6, et du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

#### 10.7.3.5. Vigabatrine

##### Positionnement

- Voir 10.7.
- Traitement adjuvant (*add-on*) dans les crises épileptiques focales résistantes avec ou sans généralisation secondaire, et en monothérapie dans le traitement des spasmes épileptiques infantiles (syndrome de West).
- La place de la vigabatrine est très limitée en raison de ses effets indésirables graves.

##### Contre-indications

- Anomalies du champ visuel.

##### Effets indésirables

- Voir 10.7.
- Surtout somnolence, nervosité, agressivité, réactions paranoïdes, symptômes dépressifs, troubles de la concentration et de la mémoire, confusion, vertiges, troubles visuels et céphalées, paresthésies, alopecie, nausées, vomissements, prise de poids.
- Lésions irréversibles de la rétine avec rétrécissement concentrique du champ visuel.
- Psychoses et prise pondérale en cas de traitement prolongé.

##### Grossesse et allaitement

- Voir 10.7.

##### Interactions

- Voir 10.7.

##### Précautions particulières

- Voir 10.7.
- Contrôle du champ visuel au moins une fois par an.





## 10.8. Médicaments de la spasticité musculaire

### Positionnement

- L'effet de ces médicaments dans les états spastiques est globalement faible et n'est souvent obtenu qu'à des doses provoquant de nombreux effets indésirables.
- L'efficacité de ces médicaments doit être cliniquement évaluée après  $\pm$  2 mois afin de décider, en fonction du rapport bénéfice/risque, de sa poursuite ou de son arrêt.
- Les benzodiazépines (*voir 10.1.1.*) exercent un effet sur la spasticité mais, en pratique, elles ne sont utilisées que pour la spasticité nocturne vu leurs propriétés sédatives.
- Le baclofène et la tizanidine ont un effet favorable sur la spasticité liée à des troubles vasculaires cérébraux, à la sclérose en plaques, ou à la sclérose latérale amyotrophique.
- Le baclofène est parfois utilisé par voie intrathécale, au moyen d'une pompe implantée, en cas de spasticité diffuse et réfractaire aux traitements oraux. Il est aussi utilisé *off label* dans le sevrage alcoolique (*voir 10.5.1.*).
- Le *dantrolène* n'est disponible qu'en injection et est uniquement utilisé dans le traitement de l'hyperthermie maligne.
- Des injections de toxine botulique sont utilisées dans les cas de spasticité focale, affectant les muscles lisses ou striés, comme par exemple la spasticité focale de la cheville ou du pied ou celle du poignet ou de la main (chez les patients en post-AVC ou infirmes moteurs cérébraux), la dystonie cervicale, ou l'hyperactivité vésicale (*voir 7.1.*). La toxine botulique est aussi utilisée dans d'autres situations, comme par exemple l'hyperhydrose axillaire, l'hypersalivation, le blépharospasme, et la migraine chronique (*voir 10.9.2.*).
- Des extraits de cannabis (cannabinoïdes) permettent, en complément d'autres traitements antispastiques, d'améliorer la spasticité modérée à sévère due à la sclérose en plaques (*voir 10.14.*). Cette amélioration est limitée et ne concerne qu'une minorité de patients [*voir Folia de septembre 2015; Folia d'avril 2016 et Folia de décembre 2019*].
- La *fampridine* (syn. 4-aminopyridine), un dérivé de la pyridine, est utilisée pour limiter les troubles de la marche d'origine spastique chez les patients atteints de sclérose en plaques. Son efficacité est minime et son rapport bénéfice/risque est incertain [*voir Folia de juin 2017*].

### Contre-indications

- Baclofène par voie intrathécale: infection locale ou systémique.
- Toxine botulique: maladies musculaires telles que la myasthénie grave; infection au site d'injection; rétention urinaire aigüe dans le traitement des troubles de la vessie.
- Cannabinoïdes: antécédents de troubles psychiatriques, période d'allaitement.
- Dantrolène: spasmes musculaires aigus, insuffisance hépatique (RCP).
- Fampridine: antécédents d'épilepsie, insuffisance rénale (RCP).
- Tizanidine: insuffisance hépatique sévère (RCP).

### Effets indésirables

- Baclofène et tizanidine: nausées, sédation, hypotension, confusion, hallucinations, vertiges, tremblements, épilepsie.
- Toxine botulique, en fonction de la localisation de l'injection: faiblesse musculaire à distance du site d'injection, blépharoptose, dysphagie. Rarement, réactions anaphylactiques; très rarement mais pouvant être fatal: arythmies, infarctus du myocarde et pneumonie par aspiration.
- Cannabinoïdes: anorexie, troubles gastro-intestinaux, fatigue, somnolence, vertiges, syncope, troubles de l'attention et de la mémoire, confusion, hallucinations, anxiété, dépression, troubles de l'humeur, idées suicidaires, délire.
- Dantrolène: sédation, diarrhée, nausées, faiblesse musculaire, troubles hépatiques graves pouvant se



manifestent tardivement.

- Fampridine: troubles gastro-intestinaux, infections urinaires, anxiété, insomnie, vertiges. Des crises d'épilepsie et des arythmies cardiaques ont été observées à doses élevées.

## Grossesse et allaitement

- Baclofène: en cas de prise orale de 80 mg par jour de baclofène pendant la grossesse, des manifestations de sevrage (convulsions) peuvent apparaître chez l'enfant à naître.
- Les cannabinoïdes sont contre-indiqués pendant la grossesse et la période d'allaitement.

## Interactions

- Baclofène, cannabinoïdes, dantrolène et tizanidine: sédation accrue en cas d'association à d'autres médicaments à effet sédatif ou à l'alcool.
- La tizanidine est un substrat du CYP1A2 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- Le cannabidiol est un substrat du CYP2C19 et du CYP3A4 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.). Le tétrahydrocannabinol est un substrat du CYP2C9 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- Fampridine: risque de crises d'épilepsie en association à des médicaments susceptibles d'abaisser le seuil épileptogène (voir Intro.6.2.8.).
- Le cannabidiol peut augmenter les concentrations plasmatiques des inhibiteurs de la calcineurine (ciclosporine et tacrolimus) et des inhibiteurs de mTOR (évérolimus, sirolimus et temsirolimus).

## Précautions particulières

- Risque de manifestations de sevrage à l'arrêt de la plupart des myorelaxants.
- Baclofène et tizanidine: commencer à faible dose et augmenter progressivement jusqu'à l'obtention d'un effet thérapeutique optimal; prudence en cas d'insuffisance hépatique; risque de chute chez les patients post-AVC et chez les patients âgés en raison d'une hypersédation; risque de confusion plus élevé en cas d'insuffisance rénale chronique.
- Toxine botulique: pour les différentes spécialités, les unités ne sont pas les mêmes, et les indications et conditions de remboursement sont différentes.
- Cannabinoïdes: prudence en cas d'affections cardio-vasculaires graves et chez les patients ayant des antécédents d'abus de médicaments ou de substances. La conduite d'un véhicule lors d'un traitement par cannabinoïdes peut constituer une infraction au code de la route.
- Fampridine: prudence chez les patients avec des troubles du rythme cardiaque.

## 10.9. Antimigraineux

### 10.9.1. Médicaments de la crise migraineuse aiguë

#### Positionnement

- Le traitement médicamenteux de la migraine nécessite un diagnostic exact. Il est important d'éviter les facteurs déclenchants ou aggravants.
- Dans le traitement de la crise migraineuse, il est important d'administrer un médicament dès les premiers symptômes. Le choix du traitement dépend de la gravité de la crise et de la réponse individuelle. En cas de crise légère, des analgésiques non opioïdes (p.ex. paracétamol, acide acétylsalicylique) ou un AINS (p.ex. ibuprofène, naproxène ou diclofénac), éventuellement en association à un gastroprokinétique (p.ex. alizapride, dompéridone ou métoclopramide), suffisent. En cas de crise plus sévère, ou en cas d'effet insuffisant d'un analgésique non opioïde ou d'un AINS, des antimigraineux spécifiques sont recommandés (p.ex. les triptans).
- Les triptans: il n'est pas prouvé que les faibles différences d'efficacité et d'effets indésirables observées entre les triptans par voie orale aient un impact clinique. Les différences de durée d'action et de



pharmacocinétique peuvent toutefois influencer le choix.

- En cas de vomissements incoercibles, ou d'effet insuffisant de triptans oraux lors d'épisodes précédents, l'administration de sumatriptan en auto-injection (sous-cutanée) peut être indiquée.
- Les dérivés de l'ergot ont un rapport bénéfice/risque négatif en raison du manque d'études rigoureuses, de leur effet imprévisible et de leurs effets indésirables. La forme nasale et la forme injectable de la dihydroergotamine, ainsi que la forme orale de l'ergotamine en monopréparation, ont été retirées du marché. Seule l'ergotamine orale en association avec la caféine est encore disponible (*voir 10.9.1.2*); cette association n'est pas recommandée.
- Le rimégépant, un antagoniste du récepteur du peptide relié au gène de la calcitonine (CGRP), est autorisé pour le traitement des crises de migraine avec ou sans aura et en prophylaxie de la migraine épisodique chez les adultes qui présentent au moins quatre crises de migraine par mois (*voir 10.9.2*). Il n'y a pas de données d'efficacité spécifiquement chez des patients répondant insuffisamment aux triptans et les preuves sont insuffisantes chez les patients présentant une contre-indication aux triptans. Le manque de données permettant d'évaluer l'efficacité et la sécurité d'une utilisation en aigu chez des patients sous régime prophylactique est à déplorer, ainsi que le manque d'études comparatives avec d'autres antimigraineux.
- Enfants et adolescents: la migraine est également fréquente chez les enfants et les adolescents. L'ibuprofène est efficace en cas de crise migraineuse aiguë chez l'enfant. Plusieurs triptans ont été étudiés chez les enfants et les adolescents, mais ces études ont montré un effet placebo très important et seulement un faible bénéfice du médicament. L'utilisation chez les enfants et les adolescents ne figure pas dans les RCP, sauf pour le sumatriptan 10 mg intranasal, qui est autorisé à partir de l'âge de 12 ans. L'association d'un gastroprocinétique, tel que le métoclopramide ou la dompéridone, n'est pas indiquée en pratique ambulatoire chez les enfants de moins de 12 ans en raison du manque de preuves.
- Céphalées médicamenteuses: l'utilisation prolongée et trop fréquente d'antimigraineux (triptans, dérivés de l'ergot) ou d'analgésiques (paracétamol, acide acétylsalicylique, ou associations avec de la caféine par exemple) peut augmenter la fréquence des céphalées et induire des céphalées médicamenteuses. C'est une cause fréquente de céphalées chroniques. Les céphalées médicamenteuses s'installent plus rapidement avec les triptans et les dérivés de l'ergot qu'avec les analgésiques. Un arrêt brutal des médicaments surconsommés est possible mais peut entraîner une aggravation temporaire des céphalées et provoquer des symptômes de sevrage tels que nausées, vomissements, hypotension, tachycardie, anxiété et agitation [*voir Folia de février 2006*].
- Ni les triptans ni les dérivés de l'ergot ne peuvent être utilisés en prophylaxie.
- Il n'est pas clair si la migraine menstruelle nécessite une approche spécifique. Des études de bonne qualité méthodologique font défaut pour les analgésiques de première ligne tels que l'acide acétylsalicylique, le paracétamol et les AINS; seuls quelques triptans ont été étudiés de manière limitée et se sont révélés plus efficaces qu'un placebo.

### 10.9.1.1. Triptans

#### Positionnement

- *Voir 10.9.1.*

#### Contre-indications

- Coronaropathie, antécédents de maladies vasculaires cérébrales, artériopathie périphérique et hypertension artérielle non contrôlée.
- Migraine avec aura prolongée, migraine avec aura du tronc cérébral, migraine hémiplégique et neuropathie ophtalmoplégique douloureuse récurrente (anciennement appelée migraine ophtalmoplégique).
- Les triptans ne peuvent pas être administrés si des dérivés de l'ergot sont déjà utilisés.
- Eléptritan, rizatriptan: insuffisance rénale sévère (RCP).



- Zolmitriptan: troubles du rythme cardiaque, syndrome de Wolff-Parkinson-White.
- Almotriptan, életriptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan: insuffisance hépatique sévère (RCP).

## Effets indésirables

- Sensation de lourdeur et d'oppression dans la poitrine; il peut s'agir dans de rares cas de spasmes coronariens, mais ce risque est faible en l'absence d'une affection coronarienne ou d'une hypertension artérielle non contrôlée; palpitations.
- Nausées, vomissements, somnolence et vertiges.
- Induction de céphalées médicamenteuses en cas d'utilisation chronique excessive (*voir 10.9.1.*).

## Grossesse et allaitement

- Grossesse: le sumatriptan bénéficie du plus long recul d'utilisation, les données étant rassurantes en ce qui concerne une utilisation occasionnelle, en particulier durant le premier trimestre de la grossesse. L'utilisation du sumatriptan au cours du deuxième et du troisième trimestre est moins bien documentée. Avec certains triptans, des effets embryotoxiques ont été observés chez l'animal.
- Allaitement: le sumatriptan et l'életriptan sont probablement sans danger pendant la période d'allaitement.

## Interactions

- Risque accru de spasmes coronariens lors de l'usage concomitant de triptans et de dérivés de l'ergot; il convient de respecter un intervalle d'au moins 24 heures entre la prise des deux médicaments après la prise d'un dérivé de l'ergot, et d'au moins 6 heures après la prise d'un triptan.
- Un risque de syndrome sérotoninergique (*voir Intro.6.2.4.*) a été suggéré en cas d'association à d'autres médicaments à effet sérotoninergique, mais les preuves sont faibles.
- Rizatriptan: risque de forte augmentation des concentrations plasmatiques en cas d'administration concomitante de propranolol.
- Le rizatriptan, le sumatriptan et, dans une moindre mesure, le zolmitriptan: le moclobémide inhibe leur métabolisation, avec comme conséquence un risque accru d'effets indésirables.
- L'almotriptan et l'életriptan sont des substrats du CYP3A4 (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.*). L'almotriptan est aussi un substrat du CYP2D6 (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.*). L'életriptan est de plus un substrat de la P-gp (*voir Tableau Id. dans Intro.6.3.*).
- Le frovatriptan est un substrat du CYP1A2 (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).
- Le zolmitriptan est un substrat du CYP1A2 (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).

## Précautions particulières

- Les triptans ne peuvent pas être utilisés de manière répétitive (pas plus de 10 jours par mois).

## Posologie

- Il est déconseillé d'administrer une deuxième dose de triptan pendant une même crise migraineuse si aucune réponse n'est obtenue après la première dose. Dans ce cas, il est recommandé d'utiliser un analgésique non opioïde ou un AINS.
- Si la première dose a apporté un soulagement, mais que les symptômes réapparaissent, une 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> dose peut être prise sur une période de 24 heures.
- En cas d'administration orale ou nasale, un intervalle d'au moins 2 heures doit être respecté entre les doses (intervalle de 4 heures pour le naratriptan). La dose maximale par 24 heures doit être respectée.
- En cas d'injection sous-cutanée, un intervalle d'au moins 1 heure doit être respecté entre deux injections.



### 10.9.1.2. Dérivés de l'ergot dans des associations

#### Positionnement

- Voir 10.9.1.
- Seule l'ergotamine associée à la caféine est encore disponible; cette association n'est pas à recommander.

#### Contre-indications

- Coronaropathie, antécédents de maladies vasculaires cérébrales, artériopathie périphérique et hypertension artérielle non contrôlée.
- Migraine avec aura prolongé, migraine avec aura cérébrale, migraine hémiplégique et neuropathie ophtalmoplégique douloureuse récurrente (anciennement appelée migraine ophtalmoplégique).
- **Grossesse et allaitement.**
- Insuffisance rénale, insuffisance hépatique (RCP).

#### Effets indésirables

- Nausées, vomissements, douleurs épigastriques, diarrhée, paresthésies, extrémités froides, rarement claudication intermittente et angor.
- Nécrose tissulaire (ergotisme) consécutive à des spasmes vasculaires en cas de surdosage, d'utilisation prolongée ou d'hypersensibilité.
- Réactions inflammatoires fibrotiques telles que pleurésie, péricardite et/ou fibrose rétropéritonéale, ainsi que des valvulopathies en cas d'utilisation chronique de certains dérivés de l'ergot.
- Induction de céphalées dues aux médicaments en cas d'utilisation trop fréquente (voir 10.9.1.).

#### Grossesse et allaitement

- **Les dérivés de l'ergot sont contre-indiqués pendant la grossesse (déclenchement de contractions utérines, risque d'hypoxie fœtale) et pendant la période d'allaitement.**

#### Interactions

- Risque accru de spasmes vasculaires et de nécrose tissulaire en cas d'association à des inhibiteurs du CYP3A4, d'autres dérivés de l'ergot, des  $\beta$ -bloquants, des héparines, des triptans ou des sympathicomimétiques.
- Risque accru de spasmes coronariens lors de l'usage concomitant de triptans et de dérivés de l'ergot; il convient de respecter un intervalle d'au moins 24 heures entre la prise des deux médicaments après la prise d'un dérivé de l'ergot, et d'au moins 6 heures après la prise d'un triptan.
- Syndrome sérotoninergique en cas d'association à d'autres substances à effet sérotoninergique (voir Intro.6.2.4.).
- L'ergotamine et la dihydroergotamine sont des substrats du CYP3A4 (voir Tableau 1c. dans Intro.6.3.).

#### Précautions particulières

- Les dérivés de l'ergot ne doivent pas être utilisés à titre prophylactique ni pris trop fréquemment (pas plus de 10 jours par mois).

### 10.9.1.3. Antagonistes du récepteur du CGRP

#### Positionnement

- Voir 10.9.1.
- Voir 10.9.2.

#### Indications (synthèse du RCP)

- Traitement des crises de migraine avec ou sans aura chez les adultes.



- Prophylaxie de la migraine épisodique chez les adultes qui présentent au moins quatre crises de migraine par mois.

## Effets indésirables

- Nausées.
- Réactions d'hypersensibilité, y compris dyspnée et rash sévère.

## Interactions

- Le rimégépan est un substrat du CYP3A4 et de la P-gp (*voir Tableau Ic. et Tableau Id. dans Intro.6.3.*). Selon le RCP, l'administration concomitante avec des inhibiteurs puissants du CYP3A4 ou avec des inducteurs puissants ou modérés du CYP3A4 n'est pas recommandée. La prise d'une autre dose de rimégépan doit être évitée dans les 48 heures en cas d'utilisation concomitante d'inhibiteurs modérés du CYP3A4 ou d'inhibiteurs puissants de la P-gp.

## Grossesse et allaitement

- Il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi de rimégépan pendant la grossesse (données insuffisantes).

## Précautions particulières

- Les patients ayant certaines maladies cardiovasculaires sévères ont été exclus des études cliniques. Aucune donnée de sécurité n'est disponible chez ces patients.
- Le rimégépan n'est pas recommandé chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère.

## 10.9.2. Médicaments prophylactiques

Sont utilisés en prophylaxie:

- les  $\beta$ -bloquants (*voir 1.5.*): métoprolol et propranolol (RCP)
- les antiépileptiques: acide valproïque (*off-label*) et topiramate (RCP) (*voir 10.7.*)
- la flunarizine (RCP)
- l'amitriptyline (RCP) (*voir 10.3.*)
- l'érénumab, le frémanezumab et le galcanézumab (RCP)
- la toxine botulique dans la migraine chronique (RCP) (*voir 10.8.*).
- rimégépan (RCP) (*voir 10.9.1.3.*).

La place des médicaments suivants n'est pas claire:

- la riboflavine (en magistrale, 400 mg p.j.)
- le lisinopril (*off-label*) (*voir 1.7.1.*) ou le candésartan (*off-label*) (*voir 1.7.2.*)
- les ISRS (*off-label*) et la venlafaxine (*off-label*) (*voir 10.3.*).

## Positionnement

- Une prophylaxie antimigraineuse peut être envisagée chez les patients qui présentent deux crises ou plus par mois et en cas de crises invalidantes ne répondant pas au traitement aigu.
- Le traitement prophylactique diminue la gravité et la fréquence des crises, mais ne peut pas toujours les empêcher complètement. Une réduction de moitié du nombre de jours de migraine est considérée comme un succès.
- Les  $\beta$ -bloquants sans activité sympathicomimétique intrinsèque (surtout le métoprolol et le propranolol, indication figurant dans le RCP) ont, sur base des données disponibles, le meilleur rapport bénéfice/risque. Laténolol et le bisoprolol se sont également avérés efficaces (indication ne figurant pas dans le RCP).
- L'acide valproïque, le topiramate, l'amitriptyline et la flunarizine peuvent être utilisés lorsque les  $\beta$ -bloquants ne sont pas suffisamment efficaces ou sont mal tolérés. **L'acide valproïque et le topiramate sont contre-indiqués en prévention des crises de migraine pendant la grossesse et doivent donc être utilisés**



**avec la plus grande prudence chez les jeunes femmes.** Chez les enfants et les adolescents migraineux, ni l'amitriptyline, ni le topiramate ne sont apparus plus efficaces que le placebo; en outre, ils entraînent plus d'effets indésirables [voir *Folia de juin 2017*].

- Pour d'autres médicaments tels que la riboflavine, le lisinopril, le candésartan et la venlafaxine, les preuves d'efficacité sont limitées.
- L'effet d'un traitement prophylactique ne peut être évalué qu'après 2 à 3 mois, et seulement après 6 mois dans le cas de la toxine botulique. La nécessité d'un traitement prophylactique doit être réévaluée régulièrement avec le patient, par exemple au moyen d'un agenda des céphalées. L'arrêt progressif du traitement prophylactique peut être envisagé après 6 à 12 mois de traitement efficace.
- Dans les formes de migraine très invalidantes, plusieurs médicaments prophylactiques sont parfois associés, mais il n'existe pratiquement aucune étude contrôlée à ce sujet.
- Des injections de toxine botulique (voir 10.8.4.) ont un effet limité dans la migraine chronique, une forme très sévère mais rare de la migraine (céphalées pendant au moins 15 jours par mois dont au moins 8 jours avec migraine, pendant au moins 3 mois).
- L'érenumab est un anticorps monoclonal dirigé contre le récepteur du peptide relié au gène de la calcitonine (CGRP). Le galcanézumab et le frémanézumab sont des anticorps monoclonaux ciblant le neuropeptide CGRP, impliqué dans la physiopathologie de la migraine. Le rimégépant est un antagoniste du récepteur du CGRP (voir 10.9.1.3.). Ces médicaments sont autorisés en prophylaxie de la migraine chez l'adulte ayant au moins 4 jours de migraine par mois. Ils pourraient être une option pour les patients migraineux qui continuent à avoir des migraines très fréquentes ou invalidantes sous d'autres traitements préventifs. La place des anticorps monoclonaux [voir *Folia d'août 2021*] et des antagonistes du récepteur du CGRP au sein de l'arsenal thérapeutique prophylactique de la migraine est encore incertaine. Le rimégépant est aussi autorisé pour le traitement des crises de migraine (voir 10.9.1.). En ce qui concerne la prophylaxie, l'indication du rimégépant se limite à la migraine épisodique, et l'efficacité préventive sur le long terme n'est pas encore complètement établie.
- Des études de qualité sur la prévention de migraine menstruelle font défaut. La place des contraceptifs hormonaux et des traitements hormonaux de la ménopause dans la migraine sans aura n'est pas claire; dans la migraine avec aura, les contraceptifs hormonaux sont contre-indiqués en raison d'un risque accru d'AVC.

### 10.9.2.1. Flunarizine

#### Positionnement

- Voir 10.9.2.

#### Contre-indications

- Antécédents de dépression.

#### Effets indésirables

- Sédation.
- Dépression.
- Prise de poids.
- Symptômes extrapyramidaux.

#### Interactions

- Sédation accrue en cas d'association à d'autres médicaments à effet sédatif ou à l'alcool.



### 10.9.2.2. Anticorps monoclonaux dans la migraine

#### Positionnement

- Voir 10.9.2.

#### Indications (synthèse du RCP)

- La prophylaxie de la migraine chez l'adulte ayant au moins 4 jours de migraine par mois.

#### Effets indésirables

- Réactions au site d'injection.
- Constipation.
- Prurit.
- Aggravation du phénomène de Raynaud.
- Réactions d'hypersensibilité graves (œdème de Quincke, réactions anaphylactiques, urticaire,...) pouvant survenir quelques minutes jusqu'à un mois après l'administration.
- Érénumab: aussi spasmes musculaires.
- Frémanezumab: aussi vertiges, bronchite.
- Galcanézumab: aussi vertiges.

#### Grossesse et allaitement

- Aucun effet nocif direct ou indirect n'a été établi dans les études animales, mais par mesure de précaution, il est préférable d'éviter les anticorps monoclonaux pendant la grossesse.

#### Précautions particulières

- Les patients ayant certaines maladies cardiovasculaires sévères ont été exclus des études cliniques. Aucune donnée de sécurité n'est disponible chez ces patients.
- Les données de pharmacovigilance suggèrent un risque accru d'hypertension artérielle chez certains patients. Ce risque est surtout rapporté avec l'érénumab, mais ne peut être exclu avec le galcanézumab et le frémanezumab.
- Le traitement doit être instauré par un neurologue ou neuropsychiatre.

### 10.10. Inhibiteurs des cholinestérases

Ces médicaments inhibent l'hydrolyse enzymatique de l'acétylcholine, augmentant ainsi les effets de ce neurotransmetteur sur les muscles striés, les muscles lisses et au niveau du système nerveux central.

Pour les inhibiteurs des cholinestérases utilisés dans la maladie d'Alzheimer, voir 10.11. Les inhibiteurs des cholinestérases sont aussi utilisés par voie locale pour le traitement du glaucome (voir 16.5.1.).

La néostigmine n'est plus disponible depuis mai 2021.

#### Indications (synthèse du RCP)

- Antagonisme des curarisants non dépolarisants.
- Atonie intestinale et vésicale postopératoire.
- Myasthénie grave.

#### Contre-indications

- Asthme.
- Obstruction des voies urinaires.

#### Effets indésirables

- Effets indésirables de type cholinergique (nausées, vomissements, stimulation du système nerveux





central, bradycardie, bronchospasme); la plupart de ces effets peuvent être neutralisés par l'atropine (1 mg en i.v. lente) (voir 1.8.4.1.).

## Interactions

- Antagonisme réciproque en cas d'association d'inhibiteurs des cholinestérases à des médicaments à effet anticholinergique.
- Prolongation de l'effet des curarisants dépolarisants comme le suxaméthonium.
- Diminution de l'effet des curarisants non dépolarisants.

## 10.11. Médicaments de la maladie d'Alzheimer

Les médicaments suivants sont utilisés dans la maladie d'Alzheimer:

- les inhibiteurs des cholinestérases
- la mémantine
- le *Ginkgo biloba*.

Les médicaments utilisés dans les troubles vasculaires (voir 1.10.) n'ont pas de place dans la maladie d'Alzheimer.

### Positionnement

- Voir la Fiche de transparence "Démence", Folia de mai 2016 et Folia d'août 2018.
- La place de ces médicaments dans la maladie d'Alzheimer est limitée étant donné que leur effet est modeste et qu'ils présentent assez bien d'effets indésirables. Il n'y a pas d'arguments en faveur d'un effet neuroprotecteur ou d'un effet préventif sur le développement de la maladie d'Alzheimer, que ce soit dans la population générale ou chez des personnes présentant des troubles cognitifs légers.
- Il n'est pas clair dans quelle mesure les médicaments de la maladie d'Alzheimer améliorent la qualité de vie des patients et de leur entourage; ces médicaments ont été autorisés (enregistrés) sur la base de tests de la fonction cognitive et non sur la base d'études ayant comme critères d'évaluation le maintien du fonctionnement quotidien. Il n'est pas non plus démontré que ces médicaments peuvent retarder le placement en institution spécialisée.
- Les inhibiteurs des cholinestérases à action centrale ont un effet favorable modeste et temporaire sur les fonctions cognitives chez certains patients atteints d'une forme légère à modérément sévère de la maladie d'Alzheimer; on ne peut pas prédire quels sont les patients qui répondront au traitement. Les différents inhibiteurs des cholinestérases semblent comparables entre eux quant à leur efficacité.
- Avec les inhibiteurs des cholinestérases, un effet favorable modeste et temporaire a également été observé dans certaines études dans la démence liée à la maladie de Parkinson, dans la démence à corps de Lewy et dans la démence vasculaire. Dans la maladie de Parkinson, l'utilisation des inhibiteurs des cholinestérases peut être entravée par une aggravation des symptômes moteurs.
- La mémantine est proposée dans le traitement de la maladie d'Alzheimer avancée, mais le bénéfice observé semble douteux.
- L'aducanumab est un anticorps monoclonal dirigé contre la protéine  $\beta$ -amyloïde. L'aducanumab a été approuvé en 2021 comme médicament contre la maladie d'Alzheimer par l'Agence américaine des médicaments (FDA), mais pas par l'EMA. L'efficacité, l'innocuité et le rapport coût-efficacité de l'aducanumab n'ont pas été suffisamment démontrés [voir Folia de juillet 2021].
- L'utilité d'associer deux médicaments de la maladie d'Alzheimer est controversée. Il n'existe pas d'études contrôlées avec l'association de deux inhibiteurs des cholinestérases; avec l'association d'un inhibiteur des cholinestérases et de mémantine, les résultats sont contradictoires.
- L'extrait standardisé de *Ginkgo biloba* (EGb 761) n'a pas d'effet avéré chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les nombreux compléments alimentaires qui contiennent du *Ginkgo biloba* n'ont été que peu ou pas étudiés.
- Un grand nombre d'autres compléments alimentaires sont proposés, sans beaucoup de preuves, dans la prévention et le traitement de la maladie d'Alzheimer.



- Dans des cas exceptionnels, des antipsychotiques peuvent s'avérer nécessaires chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et présentant des troubles du comportement. En ce qui concerne l'usage des antipsychotiques dans les troubles du comportement liés à la démence, *voir 10.2.* Il n'est pas prouvé que les inhibiteurs des cholinestérases aient un effet favorable sur les troubles du comportement liés à la démence. Une prise en charge non médicamenteuse reste essentielle.
- Pour d'autres médicaments utilisés dans le traitement de la démence (tels les acides gras oméga-3, les préparations de vitamine B, la vitamine E, l'acide folique, le piracétam, la sélégiline, la nimodipine, le traitement hormonal de substitution, les AINS, les antiagrégants, les corticostéroïdes, les statines et le naftidrofuryl), aucun effet n'a été démontré.

### 10.11.1. Inhibiteurs des cholinestérases

#### Positionnement

- *Voir 10.11.*

#### Contre-indications

- Facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT (*voir Intro.6.2.2.*).
- Galantamine: insuffisance hépatique sévère (RCP).

#### Effets indésirables

- Nausées, vomissements, diarrhée, perte de poids, hypersalivation.
- Sudation profuse.
- Bradycardie, hypertension, bloc sino-auriculaire et auriculo-ventriculaire, troubles de la conduction supraventriculaire.
- Incontinence urinaire.
- Vertiges, céphalées, tremblements. Susceptibles d'induire ou d'exacerber des symptômes extrapyramidaux ou parkinsoniens.
- Agitation, confusion, anxiété, troubles du sommeil, convulsions.
- Donépézil et galantamine: aussi allongement de l'intervalle QT, avec risque de torsades de pointes (pour les facteurs de risque de torsades de pointes en général, *voir Intro.6.2.2.*).
- Galantamine: syndrome de Stevens-Johnson, pustulose exanthématique aiguë généralisée.

#### Interactions

- Risque accru d'effets indésirables extrapyramidaux en cas d'association à des antipsychotiques.
- Risque accru d'effets indésirables cardiaques (bradycardie, syncope, troubles de la conduction cardiaque, troubles du rythme) en cas d'association à d'autres médicaments à effet cardiaque (entre autres  $\beta$ -bloquants, vérapamil et diltiazem), et de médicaments pouvant provoquer des torsades de pointes (*voir Intro.6.2.2.*).
- Diminution de l'effet des curarisants non dépolarisants (*voir 18.1.3.*).
- Prolongation de l'effet des curarisants dépolarisants comme le suxaméthonium.
- Antagonisme réciproque en cas d'association d'inhibiteurs des cholinestérases à des médicaments à effet anticholinergique [*voir Folia de juin 2008*].
- Le donépézil et la galantamine sont des substrats du CYP3A4 et du CYP2D6 (*voir Tableau 1c. dans Intro.6.3.*).

#### Précautions particulières

- Certains dispositifs transdermiques à base de rivastigmine contiennent de l'aluminium (signalé au niveau des spécialités). En cas d'IRM, ils doivent être retirés de la zone à investiguer en raison du risque de brûlure cutanée [*voir Folia de septembre 2012*].



### 10.11.2. Mémantine

La mémantine est un antagoniste des récepteurs glutamatergiques (de type NMDA).

#### Positionnement

- Voir 10.11.

#### Effets indésirables

- Hallucinations, confusion, agitation, vertiges, céphalées, fatigue, bradycardie et bloc auriculo-ventriculaire.

#### Interactions

- Risque accru d'effets indésirables anticholinergiques en cas d'association à d'autres substances à effet anticholinergique (voir Intro.6.2.3.), et d'effets indésirables dopaminergiques en cas d'association à des médicaments dopaminergiques.

### 10.11.3. Ginkgo biloba

#### Positionnement

- Voir 10.11.

#### Effets indésirables

- Convulsions chez les personnes ayant des antécédents d'épilepsie [voir Folia d'août 2003].
- Risque d'hémorragie.

## 10.12. Médicaments de la maladie de Huntington

#### Positionnement

- La tétrabénazine a des effets antidopaminergiques. Elle est proposée dans le traitement symptomatique de la maladie de Huntington (chorée). Les antipsychotiques peuvent aussi être utilisés dans cette indication lorsque les mouvements choréiques sont très invalidants.

#### Contre-indications

- Parkinsonisme.
- Dépression, idées suicidaires.
- Utilisation concomitante d'inhibiteurs des MAO.
- Insuffisance hépatique (RCP).

#### Effets indésirables

- Hypotension.
- Vertiges, troubles extrapyramidaux.
- Asthénie, somnolence, confusion, insomnie.
- Anxiété, dépression parfois sévère.
- Troubles gastro-intestinaux.
- Syndrome malin des antipsychotiques (rare).

#### Interactions

- Diminution de l'effet de la lévodopa et des agonistes dopaminergiques.
- Sédation accrue en cas d'association à d'autres médicaments à effet sédatif et à l'alcool.
- La tétrabénazine est un substrat du CYP2D6 (voir Tableau 1c. dans Intro.6.3.).



## Précautions particulières

- La prudence s'impose en cas d'insuffisance hépatique.

## 10.13. Médicaments de la sclérose latérale amyotrophique (SLA)

### Positionnement

- Le riluzole ralentit légèrement la progression de la sclérose latérale amyotrophique (SLA), sans effet sur les symptômes ni sur la spasticité. La réponse au traitement est très variable d'un patient à l'autre, vraisemblablement en raison de l'hétérogénéité de la maladie.

### Contre-indications

- Insuffisance hépatique (RCP).

### Effets indésirables

- Asthénie, céphalées, vertiges, tachycardie, nausées, élévation des transaminases sériques, réactions anaphylactiques et œdème angio-neurotique.

### Interactions

- Le riluzole est un substrat du CYP1A2 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).

## Précautions particulières

- La prudence s'impose en cas d'insuffisance rénale.

## 10.14. Médicaments de la sclérose en plaques (SEP)

Les médicaments suivants sont utilisés dans la sclérose en plaques (SEP).

- Traitement de fond
  - Traitement de 1 ligne:
    - interférons  $\beta$ -1a et  $\beta$ -1b (voir 12.3.2.3.)
    - acétate de glatiramère (voir 12.3.2.4.4.)
    - tériflunomide (voir 12.3.2.4.7.)
    - fumarate de diméthyle (voir 12.3.2.4.3.)
    - ozanimod et ponésimod (voir 12.3.2.4.3.).
  - Traitement de 2 ligne:
    - fingolimod et siponimod (voir 12.3.2.4.6.)
    - natalizumab (voir 12.3.2.4.5.)
    - alemtuzumab (voir 12.3.2.4.1.)
    - cladribine (voir 13.1.2.2.)
    - ocrélizumab (voir 12.3.2.4.2.)
    - ofatumumab (voir 12.3.2.4.2.)
    - mitoxantrone (voir 13.1.3.1.).
- Prise en charge des spasmes musculaires
  - baclofène (voir 10.8.)
  - cannabis (voir 10.8.)
  - fampridine (voir 10.8.)
  - tizanidine (voir 10.8.)
  - toxine botulique (voir 10.8.).



## Positionnement

- La sclérose en plaques (SEP) se présente sous de nombreuses formes variant en fonction de l'évolution clinique. On distingue essentiellement trois formes.
  - Forme récurrente-rémittente, caractérisée par une alternance entre poussées et rémissions (*Relapsing-Remitting MS*).
  - Forme primaire progressive (*Primary-Progressive MS*).
  - Forme secondairement progressive (*Secondary-Progressive MS*).
- Le traitement de la SEP repose sur le traitement des exacerbations, un traitement de fond (prévention des exacerbations) et le traitement des symptômes chroniques.
- Traitement des exacerbations
  - Le traitement consiste généralement en l'administration intraveineuse d'un corticostéroïde (p.ex. méthylprednisolone). Parfois, des corticostéroïdes par voie orale sont utilisés.
- Prévention des exacerbations
  - Le traitement est personnalisé en fonction de certains paramètres individuels (comorbidités, désir de grossesse,...) ou de paramètres propres à la maladie (facteurs pronostiques,...), et en fonction des effets secondaires que le patient est prêt à accepter.
  - Les traitements actuels concernent principalement la forme rémittente-récurrente de sclérose en plaques.
    - Les interférons  $\beta$ , le glatiramère, l'ozanimod, le ponésimod, le tériflunomide [voir *Folia de décembre 2014*], et le fumarate de diméthyle, sont des traitements de première ligne pour les patients ambulatoires atteints de RRMS. Ils réduisent la fréquence des exacerbations et les nouvelles lésions vues à l'imagerie; ils pourraient avoir un effet bénéfique sur la progression de la maladie. Leurs effets à long terme ne sont pas suffisamment connus. Selon le RCP, l'ozanimod et le ponésimod ne peuvent être utilisés que chez les patients atteints de RRMS avec une maladie active.
    - L'alemtuzumab [voir *Folia de février 2015*], la cladribine, le fingolimod, le natalizumab [voir *Folia de janvier 2014*] et la mitoxantrone sont des traitements de deuxième ligne dans la RRMS (et ne peuvent être prescrits que par des experts en la matière). Ils sont généralement plus efficaces que les agents de première ligne mais donnent plus de risques d'effets indésirables graves.
    - L'ocrelizumab [voir *Folia d'avril 2018*], l'ofatumumab [voir *Folia d'octobre 2021*] et le siponimod [voir *Folia de décembre 2021*] sont également des traitements de 2 ligne. Leur place exacte n'est pas encore claire.
  - Le traitement de la SEP primaire progressive: l'ocrelizumab a cette indication dans le RCP [voir *Folia d'avril 2018*]. Son instauration précoce a montré un bénéfice, mais d'autres études sont nécessaires pour évaluer son bénéfice au long terme.
  - Le traitement de la SEP secondairement progressive: certains interférons  $\beta$  et le siponimod ont cette indication dans le RCP. Le rapport bénéfice/risque du siponimod n'est pas clair.
- Prise en charge des symptômes chroniques
  - Fatigue: l'amantadine (n'est plus disponible en Belgique) et certains psychostimulants (entre autres modafinil, voir 10.4.) sont utilisés, mais leurs preuves d'efficacité sont faibles.
  - Spasticité: les données disponibles les plus convaincantes concernent un traitement oral par le baclofène ou par la tizanidine (voir 10.8.). D'autres traitements tels que les benzodiazépines, ou les injections de dantrolène ou de toxine botulique, sont aussi utilisés. Les preuves concernant l'efficacité du cannabis [voir *Folia de septembre 2015* et *Folia de décembre 2019*] et de la fampridine [voir *Folia de juin 2017*] sont limitées.
  - Tremblements et ataxie: les  $\beta$ -bloquants, certains antiépileptiques (p.ex. la primidone; voir 10.7.) ou le clonazépam (voir 10.1.) peuvent être utiles dans certains cas mais leur emploi est limité en raison des effets indésirables.
  - La douleur dans la SEP est souvent d'origine neuropathique (voir 8.1. et Fiche de Transparence



*"Douleurs neuropathiques").*

- Névralgie du trijumeau: la carbamazépine (*voir 10.7.2.1.*) est le premier choix. En cas d'efficacité insuffisante, un autre antiépileptique (p.ex. la gabapentine) peut être utilisé.
- L'hyperactivité vésicale avec incontinence d'urgence est fréquente chez les patients atteints de SEP; des anticholinergiques, des injections de toxine botulique, ou, dans une moindre mesure le  $\beta$ -mimétique mirabégron, peuvent être utilisés (*voir 7.1.1. et Fiche de Transparence "Incontinence urinaire"*).