

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] ANSM. Citalopram (Seropram® et génériques): allongement dose-dépendant de l'intervalle QT. Lettre aux professionnels de santé; 2011.
- [2] ANSM. Escitalopram (Seroplex®) et allongement dose-dépendant de l'intervalle QT. Lettre aux professionnels de santé; 2011.
- [3] Conort O, Bedouch P, Juste M, Augereau L, Charpiat B, Roubille R, et al. Validation d'un outil de codification des interventions de pharmacie clinique. *J Pharm Clin* 2004;23:141–7.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.320>

P131

Adjonction de séances de stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) à visée potentialisatrice de l'électroconvulsivothérapie (ECT) dans la dépression résistante : à propos de 2 cas

P. Quesada^{1,*}, V. Compère²

¹ Centre hospitalier du Rouvray, Sotteville-lès-Rouen, France

² CHU de Rouen, Rouen, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre.quesada@ch-lerouvray.fr (P. Quesada)

L'épisode dépressif majeur (EDM) : problème de santé publique majeur avec presque 121 millions de personnes affectées dans le monde et une prévalence vie entière de 5 à 15% [1]. Son évolution (20% de chronicisation et 30% de résistance aux anti-dépresseurs) ainsi que ses complications (suicide, dénutrition ou déshydratation) demeurent des enjeux majeurs pour les soignants. L'électroconvulsivothérapie (ECT) : un des traitements les plus efficaces de l'EDM, indiquée en cas de résistance médicamenteuse mais cette réponse est partielle avec 48% de rémission chez les patients présentant une dépression résistante [2]. La stimulation magnétique transcrânienne répétée haute fréquence (HF-rTMS) : thérapeutique instrumentale non invasive ayant prouvée son efficacité dans l'EDM [3]. Les ECT et l'HF-rTMS du cortex préfrontal dorsolatéral gauche (DLPFC) auraient un mode d'action commun. Nous nous sommes intéressés à la possibilité d'utiliser la rTMS afin de potentialiser les ECT.

Méthodes de stimulation La rTMS du DLPFC gauche a été réalisée à haute fréquence (20 Hz, 90% du seuil moteur, 20 trains de 2 secondes avec des intertrains de 60 secondes), de manière quotidienne, selon une méthode de repérage visuelle. Les ECT ont été réalisés de manière bitemporale. Une titration a été réalisée afin de définir individuellement le seuil épiléptogène de chaque patient.

Description des cas Méthode de repérage visuel « 10–20 ». Le patient 1 était une femme de 27 ans atteinte d'un trouble bipolaire de type 1 diagnostiqué à l'âge de 22 ans. Elle présentait un EDM évoluant depuis 9 mois. Elle était traitée par aripiprazole et lithium, après avoir reçu plusieurs thymorégulateurs et antidépresseurs. Les symptômes étaient un ralentissement psychomoteur majeur, une thymie triste avec pleurs, de l'anxiété et des idées suicidaires. Elle bénéficia de 10 séances de HF-rTMS du DLPFC gauche suivies d'ECT bitemporale. Les idéations suicidaires disparurent et la thymie s'améliora nettement après la troisième séance d'ECT. Initialement à 25 le score de Hamilton diminua à 2 après 5 ECT puis à 0 après 10 ECT. Le patient 2 était une femme de 39 ans souffrant d'une dépression chronique résistante, avec des antécédents de tentatives d'autolyses graves. Son traitement était composé de sertraline, lithium et loxapine. À son admission, elle présentait un ralentissement psychomoteur, une anhédonie, une anxiété, des troubles du sommeil ainsi que des idées suicidaires. Elle reçut

7 séances de HF-rTMS avant les ECT. La patiente fut sortante de l'hôpital après la sixième séance d'ECT. Initialement à 19 le score de Hamilton diminua à 3 après 5 ECT puis à 2 après 10 ECT. Pour les deux patientes, les crises électriques furent plus longues, avec des intensités de stimulation moindre et les améliorations cliniques plus rapides comparés aux autres patients présentant un état clinique et un traitement par ECT similaires, sans effet secondaire notable. Caractéristiques des crises électriques.

Discussion La neuro-excitabilité corticale a été étudiée chez des patients présentant un EDM. Plusieurs études ont retrouvé une diminution de l'ICI (inhibition intracorticale) et du CSP (période de silence corticale) au décours de l'EDM, impliquant un rôle probable du système GABAergique dans son ensemble. De plus, la normalisation du taux de GABA préfrontal est associée à la rémission dans l'EDM. L'ensemble de ces résultats est en faveur d'une diminution de la transmission synaptique GABAergique dans la dépression. Des auteurs ont retrouvé une augmentation du taux de GABA cérébral ainsi que de l'activité GABA-B après un traitement par ECT chez l'homme. La rTMS augmente également le CSP et les patients déprimés répondant à l'HF-rTMS du DLPFC gauche (20 Hz) ont un CSP et une ICI augmentées. Les modifications de l'ICI sont corrélées avec l'amélioration du score de HAMD (Hamilton Rating Scale for Depression). Les travaux d'Otis et Mody [4] indiquent que les changements du CSP ne sont détectables qu'après une importante activation de interneurones inhibiteurs, suggérant que l'activation des récepteurs GABA_B nécessite une exposition prolongée au GABA ou une forte concentration de GABA. La HF-rTMS du DLPFC gauche et les ECT sembleraient donc avoir une activité GABAergique corticale commune avec une majoration du taux cérébral de GABA et des modifications de neuro-excitabilité. On peut s'attendre que la HF-rTMS du DLPFC gauche expose de manière répétée les récepteurs GABA à leur substrat et aurait un rôle d'amorce avant la réalisation d'ECT, permettant une meilleure efficacité du traitement par ECT comme dans le cas de nos deux patients.

Mots clés Dépression ; Pharmacorésistance ; Add on ; Electroconvulsivothérapie ; rTMS

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] WHO. Data and statistics [Internet]; 2014. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicablediseases/mental-health/data-and-statistics>. Accessed on 16th July.
- [2] Heijnen WT, Birkenhäger TK, Wierdsma AI, et al. Antidepressant pharmacotherapy failure and response to subsequent electroconvulsive therapy: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2010;30(5):616–9.
- [3] George MS, Lisanby SH, Avery D, et al. Daily left prefrontal transcranial magnetic stimulation therapy for major depressive disorder: a sham-controlled randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2010;76:507–16.
- [4] Otis TS, Mody I. Differential activation of GABA_A and GABA_B receptors by spontaneously released transmitter. *J Neurophysiol* 1992;67(1):227–35.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.321>

P132

Prise en charge pharmacologique du syndrome catatonique dans le trouble du spectre autistique : à propos de trois cas cliniques

J. Madigand^{1,2,*}, P. Lebain¹, P. Ellul³, W. Choucha³, H. Charignon^{1,2,3}, S. Dollfus^{1,2}

¹ CHU de Caen, département de psychiatrie, Caen, France

² Université de Caen Basse Normandie, CNRS, UMR 6301 ISTCT, ISTS, GIP CYCERON, Caen, France

³ Hôpitaux universitaires La Pitié-Salpêtrière, département de psychiatrie, Paris, MAS d'Épouville, fondation John-Bost, Épouville, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jeremy78.5@msn.com (J. Madigand)

Introduction En 2013 et 2015, Wachtel et al. [1,2] soulignaient l'intérêt de l'électroconvulsivothérapie en tant que traitement de référence du syndrome catatonique dans le trouble du spectre autistique (TSA). Cependant, les risques de cette thérapeutique nous encouragent, en l'absence de critère de malignité, à l'utilisation en première et deuxième lignes d'un traitement pharmacologique, notamment en cas d'échec des benzodiazépines ou de comportements hétéro-agressifs associés.

Observations Nous rapportons les cas de syndromes catatoniques résolutifs sous traitement pharmacologique chez 3 patients atteints de TSA. Le 1^{er} cas fut résolutif dès 1,25 mg/j de lorazépam. Après échec du lorazépam, les 2 autres le furent respectivement sous amantadine 300 mg/j et quétiapine 100 mg/j. Notre 3^e cas présentait des comportements hétéro-agressifs non imputables à une cause organique.

Discussion Ces cas illustrent l'intérêt du lorazépam dans la prise en charge de la catatonie dans les TSA et celui de l'amantadine en cas d'échec des benzodiazépines. De même, la présence concomitante de comportements hétéro-agressifs, malgré un bilan organique normal, peut parfois conduire à l'emploi d'un traitement antipsychotique, mais avec la nécessité de précautions particulières dans le syndrome catatonique [3]. En l'absence d'étude sur le sujet, les quelques données recueillies dans le trouble du spectre schizophrénique [4,5] ainsi que notre 3^e cas nous incitent à préconiser l'emploi, dans ces situations, d'un nombre restreint d'antipsychotiques atypiques comme la quétiapine [4] et la clozapine [5].

Conclusion Le traitement pharmacologique, tel que le lorazépam, l'amantadine et certains antipsychotiques atypiques, présentent un réel intérêt dans le traitement de 1^{re} et 2^e lignes du syndrome catatonique dans le trouble du spectre autistique. L'électroconvulsivothérapie reste le traitement de référence à utiliser en cas de critère de malignité ou d'échec de ces traitements.

Mots clés Syndrome catatonique ; Trouble du spectre autistique ; Lorazépam ; Amantadine ; Quétiapine ; Antipsychotique

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Wachtel 2013.
- [2] Wachtel 2015.
- [3] Belaizi 2012.
- [4] Yoshimura 2013.
- [5] England 2011.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.322>

P133

Interventions pharmaceutiques dans un centre hospitalier spécialisé en santé mentale : impact sur la prise en charge médicamenteuse

A. Leclere*, A. Egron, C. Caty-Villa, L. Parneix-Sédiéy
Service pharmacie, centre hospitalier de Cadillac, 89, rue Cazeaux-Cazalet, Cadillac, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : amelie.leclere@free.fr (A. Leclere)

L'équipe pharmaceutique analyse et valide quotidiennement les prescriptions médicales. Elle rédige à l'attention des prescripteurs des interventions pharmaceutiques (IPs) codifiées selon la classification de la Société française de pharmacie clinique [1–3]. L'objectif de l'étude est de mesurer l'impact de la validation pharmaceutique sur la prise en charge médicamenteuse des patients tant sur le

plan psychiatrique que somatique. Une analyse rétrospective des IPs entre octobre 2014 et avril 2015 a permis de recenser et de comparer les différents types d'interventions (traitements psychiatriques et somatiques) et de suivre leur devenir (acceptation/refus, choix thérapeutiques). Sur la période considérée, 2194 IPs sur les 8745 prescriptions médicales analysées ont été relevées : 56 % concernant la prise en charge somatique et 44 % les médicaments à visée psychiatrique. Le taux d'acceptation des IPs ciblant les médicaments somatiques et psychiatriques s'est élevé de façon similaire à près de 70 %, entraînant majoritairement une modification de la prescription. L'analyse du type d'IP révèle que la proposition de substitution d'un médicament hors livret thérapeutique prédomine (somatique : 43 %, psychiatrique : 31 %), suivie de la demande d'optimisation des modalités d'administrations (14 % versus 18 %). La différence apparaît sur le troisième item : réévaluation d'une durée de prescription trop longue pour les médicaments somatiques (12 %) et adaptation de posologies supra thérapeutiques (10 %) pour les médicaments psychiatriques. L'analyse détaillée du type d'IPs et de leur devenir permet de proposer aux prescripteurs des outils d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse, psychiatrique et somatique, et aux pharmaciens de privilégier certains axes de communication, comme la diffusion de fiches d'équivalences thérapeutiques. Elle conforte le rôle d'expert du pharmacien auprès du prescripteur, renforce la prévention des erreurs médicamenteuses et nourrit la réflexion sur l'efficacité des prescriptions. Une communication annuelle du bilan des IPs aux médecins valorise l'intérêt de cette collaboration.

Mots clés Intervention pharmaceutique ; Efficience ; Prescriptions médicales ; Validation pharmaceutique

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Conort O, Bedouch P, Juste M, Augereau L, Charpiat B, Roubille R, et al. Validation d'un outil de codification des interventions de pharmacie clinique. *J Pharm Clin* 2004;23:141–7.
- [2] Algorithme de validation de l'ordonnance. Calop J, Limat S, Fernandez B, editors. *Pharmacie clinique et thérapeutique*. 3^e ed. Paris: Elsevier Masson; 2008.
- [3] Société française de pharmacie clinique. Recommandation de bonne pratique en pharmacie clinique; 2015. <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/432-sfpc-recommandation-bpp-pharmacie-clinique-analyse-ordonnances-sept12/0.html>. (Consulté le 31/07/2015).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.323>

P134

Difference effect between the psychotherapeutic and chemotherapeutic treatment in treating the panic disorder

O. Benelmouloud^{1,*}, M. Benabbas²

¹ EHS de psychiatrie, faculté de médecine, université de Constantine 3, Constantine, Algeria

² HMRUC/5^e RM, Constantine, Algeria

* Corresponding author.

E-mail address: benelmouloudouafia@gmail.com (O. Benelmouloud)

Objectives The use of CBT remains the recent techniques in Algeria and its introduction in the therapeutic arsenal field; already insufficient, finds resistances from the part of some practitioners. It is about the study showing the interest of cognitive and behavioural treatment in the panic disorder with agoraphobia.

Methodology It is about the comparative study of the two types of the population presenting the diagnosis of a panic disorder with agoraphobia. The first group will be treated by antidepressors and the others by the cognitive behavioural treatment. The first population estimated to 50 patients receive only the antidepressors