



Item72- Prescription et surveillance des psychotropes (voir item 326).

Objectifs CNCI		
- Prescrire et surveiller un médicament appartenant aux principales classes de psychotropes.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Lettre Prescripteurs AFSSAPS : Clonazepam - Polycopié national: Prescription et surveillance des psychotropes	- AD : ↑ progressive / ≥ 6M / sevrage- InfoP: délai d'action / attendre ≥ 6S - IRS si EDM modéré ou CI aux triC - TriC si EDM sévère et pas de CI ++ - ES antiCh / cardio-vasc. / neuropsych - TR : TSH / ECG / iono-créat / ECBU - Lithium / valproate / carbamazépine - Lithiémie 1x/5J: 3 ok / cible: 0.8-1.2 - EduP: carnet / carte / régime / CAT - BZD : CI si IRespC / SAOS / EH ++ - Dépendance / sevrage progressif - Durée: 12S (anxiété) / 2S (insomnie) - clonazépam (Rivotril®) : seulement dans l'épilepsie ! - NL : 1ère G / atypiques / sédatifs (2) - ES: extra-pyramidal / antiCh / ↑ QT - Sd malin des NL (4) / Réa-dantrolène - Clozapine: ES / traitement correcteur anti-Ch	- Levée d'inhibition- Virage maniaque - DDR / hCG / contraception - BZD = durée limitée, clonazepam (Rivotril®) seulement dans l'épilepsie - NL = surveiller la température

Antidépresseurs

Généralités

- **Indications des antidépresseurs**
 - **Troubles de l'humeur**: EDM d'intensité modérée à sévère (cf Troubles anxieux: trouble panique / TAG / TOC / phobies / ESPT (cf Autres: douleurs neuropathiques (amitriptyline) / énurésie chez l'enfant
- **Modalités de prescription communes +++**
 - Débuter à faible posologie et augmentation progressive par paliers
 - Prévention du risque suicidaire lors de la **levée d'inhibition** (J2-3) (**A savoir !**)
 - Délai d'action de 2-3S (information) / remise en cause pas avant **6 semaines**
 - Traitement d'entretien à dose efficace ≥ 6 mois (**1an** ++) après disparition des symptômes
 - Arrêt progressif avec diminution par paliers (risque de rebond)
- **CAT si absence de réponse à un traitement antidépresseur**
 - 1. Vérifier observance +/- ajuster la posologie
 - 2. Si inefficacité > **6 semaines** → changer de classe (ISRS / IRSNa / tricycliques)
 - 3. Si échec (= résistance): associer 2 classes différentes ou lithium ou ECT

Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)

- **Indications**
 - En 1ère intention si EDM modéré (meilleure tolérance que tricycliques)
 - En cas de contre-indication aux tricycliques dans les EDM sévères (mélancoliques)
- **Spécialités**
 - **Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)**
 - **paroxétine** (Déroxat®) / fluoxétine (Prozac®)
 - citalopram (Séropram®) / sertaline (Zoloft®)
 - **Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline (IRSNa)**
 - **venlafaxine** (Effexor®) / minalcipran (Ixel®)
 - duloxétine (Cymbalta®) / mirtazapine (Norset®: NASSA)

- **Contre-indications**
 - **Absolue:** association aux IMAO non sélectifs
 - **Relatives**
 - AVK / BB / lithium, etc: cf effet inducteur enzymatique
 - Grossesse / enfant < 15ans (sauf sertaline) / allergie connue
- **Effets secondaires**
 - **2 essentiels +++ :** **virage** maniaque / **levée** d'inhibition: risque suicidaire (**A savoir !**)
 - **Troubles métaboliques:** **hyponatrémie** par SIADH / prise de poids / surdose AVK
 - **ES bénins et transitoires:** céphalées / nausée / sueurs / troubles de la **libido** (!! 60%)
 - **Intoxication = toxidrome sérotoninergique** (cf **hyperthermie / myoclonies / tachycardie / hyper-réflexie / hypersudation**)
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - **Clinique:** recherche prises médicamenteuses
 - **Paraclinique:** **rien** de systématique: selon terrain (iono à +1S chez le sujet âgé)

Tricycliques

- **Indications**
 - !! restent les AD de référence mais CI/ES nombreux (chez le patient âgé ++)
 - → en 2nde intention si patient fragile ou symptomatologie non sévère
- **Spécialités**
 - Clomipramine (Anafranil®) (75-150mg/j)
 - Amitriptyline (Laroxyl®)
 - Imipramine (Tofranil®)
- **Contre-indications**
 - **absolues**
 - **HBP** symptomatique ou atcd de RAU (cf Glaucome aigu par fermeture de l'angle (cf Cardiopathie: IDM récent (< 3M) / TdR / TdC (BAV) / IC
 - Association aux IMAO non sélectifs / Allergie
 - **relatives**
 - Grossesse / dysthyroïdie / épilepsie
 - Insuffisance hépatique ou rénale
- **Effets secondaires (4)**
 - **ES psychiatriques +++ :** virage maniaque / levée d'inhibition: risque suicidaire (**A savoir !**)
 - **ES anti-cholinergiques:** RAU-dysurie / sécheresse buccale / constipation / mydriase
 - **ES cardiovasculaires:** hypotension orthostatique ++ / tachycardie / ESM-TdR-QT
 - **ES neurologiques:** somnolence / tremblements / convulsions / confusion (vieux ++)
 - **Intoxication = toxidrome atropinique** (cf **mydriase / hypoTA / sécheresse / RAU / absence de BHA / !! ESM**)
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - **Clinique:** recherche atcd de [RAU / GFA / HBP / cardiopathie] (**A savoir !**)
 - **Paraclinique:** **ECG** (!! calculer le QTc) / iono-créatinine / BHC / **TSH** / hCG

Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)

- **Indications**
 - historiquement les premiers anti-dépresseurs
 - peu utilisés désormais car nombreux ES et CI
- **Spécialités**
 - IMAO non-sélectifs: iproniazide (Marsilid®)
 - IMAO sélectifs: moclobémide (Moclamine®)
- **Contre-indications**
 - **IMAO non-sélectifs:** cardiopathie / HTA / AVC / alimentation (fromage, foie..)
 - **IMAO sélectifs:** manie et délire / grossesse / association avec sérotoninergiques, etc.
- **Effets secondaires**
 - **IMAO non-sélectifs:** HTA / Sd sérotoninergique / hépatite / dépendance
 - **IMAO sélectifs:** Sd sérotoninergique / effet tératogène non écarté
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - Clinique: prises médicamenteuses / liste des Mdts et aliments interdits !
 - Paraclinique: ECG / β-HCG / bilan hépatique et rénal

Nouvelles molécules

- Miansérine (Athytil®): antagoniste des récepteurs sérotoninergiques
- Tianeptine (Stablon®): sélective serotonin re-uptake enhancer

Thymorégulateurs

Sels de Lithium

- **Indications**
 - **Troubles de l'humeur**: accès maniaque / trouble bipolaire (cf **Pancréatite aiguë**.)
 - **Autres**: EDM résistant (« potentialisation ») / trouble schizo-affectif
- **Spécialités**
 - Carbonate de lithium (Téralithe® +/- LP)
 - Gluconate de lithium (Neurolithium®)
- **Contre-indications**
 - **Absolues**
 - **Grossesse** (T1) et allaitement
 - Dysthyroïdie non équilibrée
 - Insuffisance rénale ou cardiaque sévère
 - Hyponatrémie / régime sans sel / dyskaliémie
 - **Relatives**
 - Insuffisance rénale ou cardiaque modérée
 - Association avec diurétiques / AINS / IEC / carbamazépine
- **Effets secondaires (5+1)**
 - **ES à doses thérapeutiques**
 - **Neurologiques**: tremblements ++ / syndrome extra-pyramidal
 - **Digestifs**: prise de poids ++ / diarrhée / nausées-vomissements
 - **Néphrotoxicité**: DI néphrogénique / NTI / hypercalcémie / **hyponatrémie**
 - **Dysthyroïdie**: hypothyroïdie / goitre euthyroïdien
 - **Téatogénéicité**: !! contraception indispensable pour toute femme jeune (**A savoir !**)
 - **!! Signes de surdosage = syndrome sérotoninergique** (cf **Principales intoxications aiguës**.)
 - Majoration des tremblements / fasciculations / hypotonie
 - Ataxie / trouble de l'équilibre / dysarthrie / vertige
 - Troubles de la vigilance / coma hyper-réflexique (lithémie > 2mM)
 - Effet stabilisant de membrane (**ESM**): **ECG** en urgence (**A savoir !**)
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - **Clinique**
 - Prises médicamenteuses (diurétiques / AINS / IEC)
 - Examen neuro / PA / **poids**-tour de taille / date des dernières règles
 - **Paraclinique**
 - **Iono**-créatinine / ECBU / **ECG / TSH / hCG** plasmatiques (**A savoir !**)
 - NFS-P / glycémie / EAL / bilan hépatique / EEG si atcd d'épilepsie
- **Modalités de prescription**
 - **Dosage de la lithémie**
 - Tous les 5 jours jusqu'à lithémie efficace non toxique sur 3 dosages successifs
 - Puis **1x/3 mois** au long cours ou à +J5 de toute modification
 - **Lithémie cible**: 0.5-0.8mM (0.8-1.2 pour le Téralithe® LP)
 - **Information et éducation du patient (7) +++**
 - InfoP sur les **ES** fréquents: prise de poids / polyurie / diarrhée..
 - Port d'une **carte / carnet** de surveillance des lithémies
 - Connaître les signes de **surdosage** et CAT en urgence
 - Liste des **médicaments** interdits / pas d'automédication (AINS)
 - Pas de régime sans **sel** strict / pas de restriction hydrique
 - Importance de l'**observance** quotidienne / ne jamais arrêter
 - **Contraception** efficace indispensable chez la femme (**A savoir !**)
- **CAT devant un surdosage en Lithium**
 - **REA / arrêt** immédiat du lithium / dosage de la **lithémie** en urgence
 - **Traitement symptomatique**: celui d'une crise épileptique / d'une déshydratation..
 - **Traitement curatif**: diurèse alcaline ou épuration extra-rénale selon lithémie
 - **Traitement étiologique**: recherche et traitement du facteur déclenchant (AINS ++) (**A savoir !**)
 - **Mesures associées**: déclaration à la **pharmacovigilance**
 - **Au décours**: reprendre **éducation** du patient sous lithium +++

Anti-épileptiques

- **Indications**
 - Episode maniaque et TBP: en 2nde intention si ES ou inefficacité du lithium
 - Carbamazépine: en particulier si états mixtes ou TBP à cycles rapides
- **Spécialités**
 - Valproate ++ (Dilvaproate: Dépakote® / Valpromide: Dépamide®)
 - Carbamazépine (Tégretol®) / Lamotrigine (Lamictal®)
- **Contre-indications**
 - **Valproate**: atcd d'hépatite / allergie / grossesse / allergie

- **Carbamazépine**: grossesse / TdR (BAV) / insuffisance hépatique ou rénale sévère
- **Effets secondaires**
 - **Valproate et valpromide**: hépatite et pancréatite / interactions mdtse
 - **Carbamazépine / lamotrigine**: Sd de **Lyell** / **neutropénie** / interactions
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - **Clinique**: complet / recherche atcd d'hépatite / prises médicamenteuses
 - **Paraclinique**: NFS-P / ECG / β-HCG / iono et créat / bilan hépatique
- **Modalités de prescription**
 - **Contraception** efficace indispensable chez la femme (**A savoir !**)
 - Surveillance paraclinique: NFS-P / bilan hépatique réguliers

Anxiolytiques

Benzodiazépines (BZD)

- **Généralités**
 - BZD = agonistes du système GABAergique
 - **Actions**: anxiolytique (+++) / sédatif / myorelaxant / anti-convulsivant
- **Indications**
 - **Troubles anxieux**: anxiété ponctuelle / attaque de panique / troubles adaptifs
 - **Crises d'épilepsie**: BZD d'action rapide devant tout EME (cf [Épilepsie de l'enfant et de l'adulte.](#))
 - **Sevrage alcoolique**: prévention et traitement du delirium tremens alcoolique
 - **Troubles du sommeil**: cf [Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte.](#)
- **Spécialités**
 - **1/2 vie courte**: alprazolam (Xanax®) / oxazépam (Séresta®) / lorazépam (Témesta®)
 - **1/2 vie moyenne**: clonazépam (Rivotril®) / bromazépam (Lexomil®)
 - **!!** clonazépam (Rivotril®) ne doit pas être utilisé dans d'autres indications que l'épilepsie (AFSSAPS 11)
 - **1/2 vie longue**: diazépam (Valium®) / clorazépate (Tranxène®) / prazépam (Lysanxia®)
- **Contre-indications**
 - **Absolues**
 - **Insuffisance respiratoire sévère**
 - Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (**SAOS**)
 - Insuffisance hépatique sévère (**EH**: !! dans le DT du cirrhotique)
 - Allergie aux BZD / Myasthénie (cf [Myasthénie.](#))
 - **Relatives**
 - Grossesse: tératogène en T1 / détresse respiratoire du NN si T3
 - Insuffisance hépatique / insuffisance rénale
 - Sujet âgé (risque de chute accru car sédatif) / enfant
 - Atcd de dépendance aux BZD (ou autres addictions)
- **Effets secondaires**
 - **Sédation**: somnolence / asthénie (!! pas de conduite ni d'alcool)
 - **Troubles cognitifs**: troubles mnésiques ++ / troubles de l'attention
 - **Réactions paradoxales**: agitation / agressivité / excitation (rares)
 - **Pharmacodépendance +++**
 - Accoutumance et tolérance: diminution de l'efficacité (d'où ↑ des doses)
 - Phénomène de rebond à l'arrêt (insomnie / anxiété)
 - **Syndrome de sevrage**: anxiété / sueurs / tremblements / insomnie / crises
 - **Intoxication = toxidrome de myorelaxation** (cf [Principales intoxications aiguës.](#))
 - hypotonie / hypo-réflexie / bradypnée / sans signe de localisation
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - **Clinique**: rechercher IRespC, SOAS, somnolence, atcd d'addiction
 - **Paraclinique**: rien de systématique: selon la clinique
- **Modalités de prescription**
 - Choix de la molécule selon la 1/2 vie voulue (en théorie: mêmes effets)
 - PO dans toutes les indications sauf crises épileptiques (IV: cf [Épilepsie de l'enfant et de l'adulte.](#))
 - Pour une durée toujours limitée: 12S max (!! JAMAIS au long cours: **A savoir !**)
 - Durée de prescription (**BZD - AFSSAPS**): **8-12S** si trouble anxieux / **2-3S** si insomnie
 - Surveiller les signes d'addiction / **arrêt progressif** sinon syndrome de sevrage
- **!! Sevrage d'une addiction aux BZD**
 - Remplacer par dose équivalente de BZD à 1/2 vie longue (prazépam: Lysanxia®)
 - Diminution progressive: diviser la dose par 2 tous les 2 à 3 jours / surveillance
 - **!! NPO** d'associer un anti-épileptique pendant le sevrage: valproate (Dépakine®)
 - Education du patient: information sur sevrage / pas d'automédication

Autres anxiolytiques

- **Anti-histaminiques H1**: hydroxyzine (Atarax®) / pas de dépendance mais **ES anti-Ch.**
- **Béta-bloquants**: agissent davantage sur les symptômes physiques de l'anxiété
- **Carbamates**: méprobamate (Equanil®) / risque de dépendance et surdosage +++
- **Agonistes 5-HT**: buspirone (Buspar®) / pas d'ES mais délai d'action trop long (15j)

Hypnotiques

- **Molécules** apparentées aux BZD mais dont l'action principale est sédatrice
- **Indications**: troubles du sommeil (insomnies, difficulté d'endormissement)
- **Modalités**: !! prescription limitée à **4 semaines** consécutives **maximum (A savoir !)**
- **Spécialités**: zolpidem (Stilnox®) / zopiclone (Imovane®)

Neuroleptiques

Généralités

- Neuroleptiques = anti-psychotiques
- Mode d'action = antagonistes du système dopaminergique
- **Actions**
 - **Principales**: sédatrice / anti-productive / désinhibitrice
 - **Accessoires**: hypnotique / anti-émétique

Indications

- **En aigu**: délire aigu (cf **Agitation et délire aigus.**) / épisode maniaque ou dépressif délirant
- **Au long cours**: psychoses dissociatives et non dissociatives (cf **Trouble délirant persistant.**)
- **Autres**: mouvements anormaux (Tourette, Huntington), psychose part-partum..

Spécialités

- **Neuroleptiques typiques (1ère génération)**
 - Halopéridol (Haldol®) / action anti-productive
 - Loxapine (Loxapac®) / action très sédatrice
 - Clozapine (Leponex®) / si psychose résistante (!! ES: agranulocytose)
- **Neuroleptiques atypiques (2nde génération)**
 - Olanzapine (Zyprexa®) (action mixte: antiproduitve / désinhibitrice)
 - Risperidone (Risperdal®)
- **Neuroleptiques d'action prolongée (« retard »)**
 - Si mauvaise compliance (toujours débiter par la molécule-mère)
 - Halopéridol (Haldol decanoas®) 1 injection en IM /1 mois
 - Risperidone (Risperdal consta®) 1 injection en IM /2 semaines
- **Autres molécules**
 - Cyamémazine (Tercian®): action sédatrice (évite une BZD ++)

Contre-indications

- **Absolues**
 - Antécédents de GFA / RAU ou **HBP** (cf ES anticholinergiques: phénothiazines ++)
 - Allongement du QT / TdC et TdR cardiaques / hypokaliémie
 - Atcd de syndrome malin des neuroleptiques
- **Relatives**
 - Insuffisances: rénale / hépatique / cardiaque / coronaire / respiratoire
 - Epilepsie / Maladie de Parkinson / Myasthénie / SEP
 - Grossesse et allaitement

Effets secondaires

- **Neurologiques**: syndrome **extra-pyramidal** +++ / dyskinésies ++ / crises comitiales
- **Anticholinergiques**: hyposialorrhée / constipation / RAU-dysurie / GAFA-accomodation
- **Cardiovasculaires**: allongement du QT (ESM) / hypotension orthostatique / athérosclérose
- **Endocriniens**: hyperprolactinémie / prise de poids-diabète-dyslipidémie: **Sd métabolique ++**
- **Psychiatriques**: somnolence / émoussement affectif / dépression / ralentissement
- **Syndrome malin des neuroleptiques**: cf infra

Bilan pré-thérapeutique

- **Clinique**: antécédents (GAFA / HBP / TdC) / DDR / prise de la **température (A savoir !)**
- **Paraclinique**: **ECG** / NFS-P / bilan hépatique / rénal / **lipidique** / hCG (**A savoir !**)

Modalités de prescription

- Choix selon clinique: anti-productif si délire / atypique si schizophrénie, etc
- Monothérapie en 1ère intention / augmentation progressive de la posologie
- Information et éducation du patient: signes de syndrome malin / CAT / ES
- Traitement correcteur anticholinergique (Lepticur®) si Sd extra-pyramidal / dyskinésies

- Surveillance: **température** / poids / conscience / **transit** / ECG réguliers
 - Arrêt très progressif (plusieurs semaines) avec suivi rapproché après arrêt
- Syndrome malin des neuroleptiques**
- **Diagnostic**
 - **Terrain**
 - Contexte d'introduction ou augmentation posologique de neuroleptiques
 - **Clinique = tétrade + + +**
 - **Hyperthermie**: maligne (> 40°C) d'installation rapide avec sueurs profuses
 - **Syndrome extra-pyramidal**: hypertonie plastique / dyskinésie / akinésie
 - **Troubles de la conscience**: obnubilation / hébétude / convulsion / coma
 - **Signes dysautonomiques**: tachycardie / HTA / hypoTA / collapsus
 - **Paraclinique**
 - Rhabdomyolyse: ↑ CPK / ↑ LDH / hyperkaliémie
 - Hyperleucocytose (par démargination) et cytolyse hépatique
 - Déshydratation: hémococoncentration et IRA fonctionnelle
 - **Traitement**
 - **Mise en condition**
 - Urgence / **REA** / Libération VAS / **scope** ECG / SpO2
 - **ARRÊT** immédiat des neuroleptiques (**A savoir !**)
 - **Traitement symptomatique**
 - Refroidir+ + + : dévêtir / perfusion de liquides froids, etc.
 - Ré-équilibrage hydro-électrolytique: selon iono (traitement d'une hyperK + +)
 - Traitement d'un choc si instabilité hémodynamique, etc.
 - **Traitement curatif**
 - Agoniste dopaminergique (bromocriptine) pour signes extra-pyramidaux
 - **Dantrolène**: myorelaxant inhibant le récepteur à la ryanodine
 - Le seul traitement spécifique des hyperthermies malignes (2mg/kg IV /5min)
 - **Mesures associées**
 - Signalement à la **pharmacovigilance** (**A savoir !**)
 - **Contre-indication** à vie de tous les neuroleptiques
 - **Surveillance**
 - **Clinique**: température / état de conscience / hydratation / ex. neuro
 - **Paraclinique**: ECG / iono-créatinine

Anti-épileptiques

Dans le cadre d'une épilepsie

- **Indications**
 - Tout patient ayant fait **≥ 2 crises spontanées** avec diagnostic de certitude (**EEG**)
 - !! Pas de traitement au long cours pour une 1ère crise (sauf si étiologie non réversible)
- **Molécules**
 - **Anti-épileptiques de 1ère génération (spectre d'action)**
 - **Valproate** (acide valproïque): Dépakine® (toutes crises)
 - Phénytoïne: Di-Hydan® (toutes crises sauf myoclonies et absences)
 - Phénobarbital (barbiturique): Gardéнал® (toutes crises sauf absences)
 - Carbamazépine: Tégrétol® (toutes crises sauf myoclonies et absences ; CI si absences)
 - **Anti-épileptiques de 2nde génération (spectre d'action)**
 - Lamotrigine: Lamictal®
 - Gabapentine: Neurontin®
 - **Anti-épileptiques de 3ème génération**
 - Lévétiacétam: Keppra®
 - Prégabaline: Lyrica®
 - **BZD à action anti-convulsivante (pour couverture)**
 - Clonazéпам (Rivotril®) / clobazam (Urbanyl®) / diazépam (Valium®)
 - !! Ne sont prescrits que pour une courte durée: cf perte d'efficacité + +
- **Modalités**
 - Objectif = suppression des crises et qualité de vie optimale (traitement non curatif)
 - Débuter par **monothérapie / adaptée** au type de crise / ↑ posologique **progressive**
 - Prescription d'une **BZD de couverture** jusqu'à atteinte dose efficace (clonazéпам)
 - Exemples: valproate si crises généralisées / carbamazépine si crises partielles
 - Si échec: changement puis bithérapie après dosage plasmatique (contrôle observance)
 - Arrêt: si pas de crise depuis 2-5ans / sevrage progressif + + + / EEG de contrôle

Dans le cadre d'un trouble thymique

- **Indications**
 - Episode maniaque et TBP: en 2nde intention si ES ou inefficacité du lithium
 - Carbamazépine: en particulier si états mixtes ou TBP à cycles rapides
- **Spécialités**
 - Valproate ++ (Dilvaproate: Dépakote® / Valpromide: Dépamide®)
 - Carbamazépine (Tégretol®) / Lamotrigine (Lamictal®)
- **Contre-indications**
 - **Valproate**: atcd d'hépatite / allergie / grossesse / allergie
 - **Carbamazépine**: grossesse / TdR (BAV) / insuffisance hépatique ou rénale sévère
- **Effets secondaires**
 - **Valproate et valpromide**: hépatite et pancréatite / interactions médicamenteuses
 - **Carbamazépine / Lamotrigine**: Sd de **Lyell** / neutropénie / interactions mdtse
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - **Clinique**: complet / recherche atcd d'hépatite / prises médicamenteuses
 - **Paraclinique**: NFS-P / ECG / β -HCG / iono et créat / bilan hépatique
- **Modalités de prescription**
 - **Contraception** efficace indispensable chez la femme
 - Surveillance paraclinique: NFS-P / bilan hépatique réguliers

Dans le cadre de douleurs neuropathiques

- **Indication**
 - Douleurs paroxystiques ++ : algies de la face, douleurs post-zostériennes
- **Spécialités**
 - Carbamazépine (Tégretol®) / clonazépam (Rivotril®)
 - Gabapentine (Neurontin®) / prégabaline (Lyrica®)

Remarque sur l'électro-convulsivo-thérapie (ECT)

Aussi appelée « sismothérapie »

Principe = déclenchement de crises comitiales

Indications

- EDM ou BDA chez la femme enceinte
- EDM mélancolique ou accès maniaque avec risque auto ou hétéroagressif
- Psychose ou trouble bipolaire chronique résistant au traitement médicamenteux

Contre-indications

- **absolue +++**
 - Hypertension intra-crânienne (**HTIC**) +++
- **relatives**
 - Risque hémorragique (anévrisme / atcd récent d'hématome, AVK)
 - Risque anesthésique (lié au PDC / aux infections..)
 - Maladie emboligène (TVP / EP / AVC)
 - Processus expansif intra-crânien
 - Atcd de complications sous grave sous ECT
 - Anévrisme de l'aorte abdominale

Synthèse pour questions fermées

Quelles sont les 2 voies d'administration des neuroleptiques ?

- Per Os
- IM (jamais IV +++)

Pourquoi ne jamais débuter un traitement par neuroleptique par une forme retard ?

- Il faut auparavant évaluer la tolérance du neuroleptique
- Car si mauvaise tolérance, la forme retard est dangereuse car par définition le produit met un beaucoup de temps à s'éliminer

