

Lumière sur la luminothérapie et le traitement de la dépression saisonnière

Au Canada, la prévalence de la dépression saisonnière varie entre 1,7 et 2,2 %¹. Certaines études ont établi une relation entre sa prévalence et la latitude où résident les populations étudiées. En fait, une étude menée sur des populations asiatiques a déterminé que l'intensité de la dépression était inversement proportionnelle au nombre quotidien d'heures d'exposition à la lumière du jour¹.

Rédigé par **Marie-Ange Meny**, B. Pharm.,
Pharmacie Samir Arbach.

Texte original soumis le 8 avril 2010.

Texte final remis le 9 juin 2010.

Révision : Nancy Desmarais, B. Pharm., et Julie
Martineau, B. Pharm.

Les femmes semblent plus touchées par la dépression saisonnière que les hommes avec un ratio de 1,6 pour 1¹. De plus, la prévalence de ce trouble diminue avec l'âge, jusqu'à la mi-cinquantaine, et est plutôt rare chez les personnes plus âgées¹. Les symptômes débutent en moyenne à l'âge de 23 ans². Une personne sur cinq souffrant de dépression saisonnière aurait également un trouble bipolaire³.

Origines de la dépression saisonnière

La dépression saisonnière semble être causée par une réponse exagérée aux changements saisonniers, un peu comme l'hibernation chez les animaux. Des études ont montré que les animaux utilisent la durée de la noirceur nocturne afin de savoir dans quelle saison ils se trouvent, et ainsi adapter leur comportement.

Étant donné l'importance du rôle de la mélatonine dans l'entraînement des rythmes biologiques chez les animaux, plusieurs études sur la dépression saisonnière ont étudié la relation existant entre la maladie et les niveaux de mélatonine des patients. Ces études n'ont pas établi de différence significative entre les niveaux de mélatonine des sujets atteints et des groupes témoins¹. Cependant, elles ont établi que les patients atteints avaient un décalage de leur cycle circadien^{1,3}. Ainsi, l'effet thérapeutique de la luminothérapie semble provenir d'un décalage correctif des rythmes

circadiens endogènes¹. La lumière intense décale la sécrétion nocturne de la mélatonine.

Cependant, la pathophysiologie de la dépression saisonnière semble être hétérogène. D'autres études ont montré une relation entre son incidence et les niveaux de sérotonine. En effet, il existe une différence importante entre les niveaux de sérotonine chez les sujets en bonne santé l'hiver et l'été³. Certains chercheurs se sont aussi penchés sur l'aspect génétique de ce trouble. Ainsi, certains gènes potentiellement impliqués ont été identifiés^{3,4}.

Symptômes

La forme la plus courante de dépression saisonnière débute l'automne, s'aggrave en janvier et en février, puis s'apaise le printemps venu⁵. Il s'agit donc d'un problème récurrent sur une base saisonnière. Les symptômes peuvent inclure une diminution d'énergie et de plaisir, de la difficulté à se concentrer, un besoin accru de sommeil, de l'irritabilité, des difficultés interpersonnelles (sentiment de rejet) et des envies incontrôlables de consommer des aliments riches en sucre et en hydrates de carbone (p. ex., pain, pâtes, pommes de terre)^{2,5,6}.

La vraie dépression saisonnière doit être différenciée du « blues de l'hiver ». En effet, certaines personnes ont des symptômes marqués, surtout des symptômes végétatifs (sommeil accru, gain de poids, fatigue, etc.), mais elles ne répondent pas aux critères diagnostiques de la dépression saisonnière¹. Ces personnes peuvent toutefois profiter de la luminothérapie tout autant.

Le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual – Revision 4*) décrit la dépression saisonnière non pas comme un trouble mental distinct, mais plutôt comme un type de dépression majeure². Il faut donc qu'un trouble dépressif majeur soit d'abord diagnostiqué.

Plus spécifiquement, les critères du DSM-IV devant être réunis pour qu'un diagnostic de dépression saisonnière soit posé sont² :

Tableau I Patients nécessitant un examen ophtalmologique de base avant d'entreprendre la luminothérapie¹

- Ceux ayant une pathologie de l'œil ou de la rétine préexistante : glaucome, détachement de la rétine, cataracte, dégénérescence maculaire...
- Patients ayant une maladie systémique qui affecte leur rétine (le diabète, par exemple)
- Patients ayant récemment subi une opération de la cataracte
- Patients prenant des médicaments ou des produits naturels photosensibilisants (quétiapine, halopéridol, oxoralen, millepertuis...)
- Personnes âgées plus susceptibles de souffrir de dégénérescence maculaire

*On note une rechute et une reprise des symptômes
une semaine après l'arrêt du traitement de luminothérapie.
Pour cette raison, il est recommandé de poursuivre le traitement
durant tout l'hiver, d'octobre à avril^{1,6}.*

- a) l'existence d'une relation temporelle entre le début des symptômes et un moment particulier de l'année;
- b) une rémission complète des symptômes à une période spécifique de l'année (ou sinon le passage d'un épisode de dépression à un épisode de manie ou d'hypomanie);
- c) deux épisodes de dépression répondant aux critères a) et b) durant les deux dernières années et aucun épisode de dépression non saisonnière durant la même période;
- d) les épisodes de dépression saisonnière doivent être plus nombreux que les épisodes de dépression non saisonnière durant la vie du patient.

Paramètres de la luminothérapie

On utilise en général quatre paramètres afin de décrire la luminothérapie. Il s'agit de l'intensité, de la longueur d'onde, de la durée d'exposition et du moment de l'exposition¹.

L'intensité est exprimée en lux. Les premières études réalisées afin de déterminer l'intensité et la durée optimale de l'exposition à la luminothérapie ont testé différentes associations. La plupart ont été menées avec des sources de 2500 lux administrées pendant deux à six heures ou de 10 000 lux administrées pendant 30 minutes¹. Étant donné que les résultats étaient comparables avec ces deux protocoles, et que l'observance des patients était supérieure avec des durées d'exposition réduites, les sources de lumière de 10 000 lux sont devenues la norme de pratique^{1,2}. À titre comparatif, une lumière intense dans un bureau

varie entre 300 et 500 lux, celle durant une journée nuageuse est d'environ 1000 à 5000 lux, et celle à midi durant une journée ensoleillée peut dépasser les 50 000 lux¹.

Pour ce qui est de la longueur d'onde utilisée, il s'agit du spectre lumineux solaire, mais sans les infrarouges et les ultraviolets considérés comme nuisibles pour la peau et les yeux¹.

Une exposition matinale à la luminothérapie est recommandée. En effet, une exposition tard en soirée pourrait entraîner de l'insomnie¹. En général, on peut s'attendre à une amélioration des symptômes après seulement une semaine de traitement par la luminothérapie³. Cependant, chez certains patients, deux à quatre semaines de traitement sont nécessaires³. De même, on note une rechute et une reprise des symptômes une semaine après l'arrêt du traitement¹. Pour cette raison, il est recommandé de poursuivre le traitement durant tout l'hiver, d'octobre à avril^{1,6}. La plupart des patients auront une rémission spontanée au début de mai⁷. On pourra alors interrompre le traitement de façon abrupte à cette période de l'année⁷.

Les patients peuvent enfin être impliqués dans l'ajustement de leur traitement, en ajustant par exemple la durée du traitement ou le moment où il est administré en fonction de leurs besoins¹.

La luminothérapie est efficace chez environ les deux tiers des patients⁶. Les symptômes sont alors réduits de 50 à 80 %⁶.

Contre-indications, précautions et effets secondaires

Il n'y a pas de contre-indication absolue à

l'utilisation de la luminothérapie¹. Cependant, tous les patients qui envisagent un traitement par la luminothérapie devraient être interrogés quant à la présence de troubles oculaires préexistants⁸. Le **tableau I** énumère les conditions nécessitant un examen ophtalmologique de base.

Les effets secondaires les plus courants avec la luminothérapie sont les maux de tête, la fatigue oculaire, l'irritabilité, l'agitation et la sensation d'être hyperstimulé¹. Ils sont généralement mineurs et parfois reliés à l'intensité de la lumière utilisée. On peut donc tenter de réduire la « dose » de luminothérapie, en diminuant, par exemple, la durée des séances, en éloignant la distance de la source lumineuse ou en faisant des pauses durant la séance².

L'hypomanie et la manie ont également été rapportées en tant qu'effets secondaires rares mais sévères^{1,7}. Étant donné que ces deux manifestations sont plus communes chez les patients bipolaires, ce type de patients devrait être suivi de près si la luminothérapie est envisagée⁷.

Luminothérapie versus traitements pharmacologiques

La luminothérapie est présentement considérée comme le traitement de premier choix pour la dépression saisonnière^{1,9,10}. Le taux de réponse rapide, les effets secondaires légers et l'efficacité importante par rapport aux traitements pharmacologiques font que la luminothérapie mérite d'être considérée en premier lieu, avant les antidépresseurs.

Tableau II
Facteurs à considérer pour le choix d'un traitement¹

Luminothérapie	Médicaments
Dépression moins sévère	Dépression plus sévère (idées suicidaires)
Symptômes de dépression atypiques	Plus de symptômes mélancoliques
Bonne observance de la luminothérapie (ou volonté de l'utiliser)	Faible motivation à utiliser la luminothérapie
Contre-indications relatives aux antidépresseurs conventionnels (insuffisance hépatique ou rénale...)	Contre-indications relatives à la luminothérapie (problème de rétine préexistant...)
Intolérance aux effets secondaires des antidépresseurs conventionnels	Intolérance aux effets secondaires de la luminothérapie
Coûts : utilisation de médicaments non couverts par les assurances	Coûts : achat d'une lampe non couvert par les assurances

Adapté de : Lam RW, Levitt AJ. Canadian Consensus Guidelines for the Treatment of Seasonal Affective Disorder. Clinical & Academic Publishing, 1999: 160 pages.

En exclusivité sur votre portail ProfessionSanté.ca

BLOGUES

Lisez les blogues de vos collègues pharmaciens qui n'hésitent pas à prendre position sur des sujets qui vous tiennent à cœur.



Hélène Blanchette



Marc Parent



Georges-Étienne Gagnon



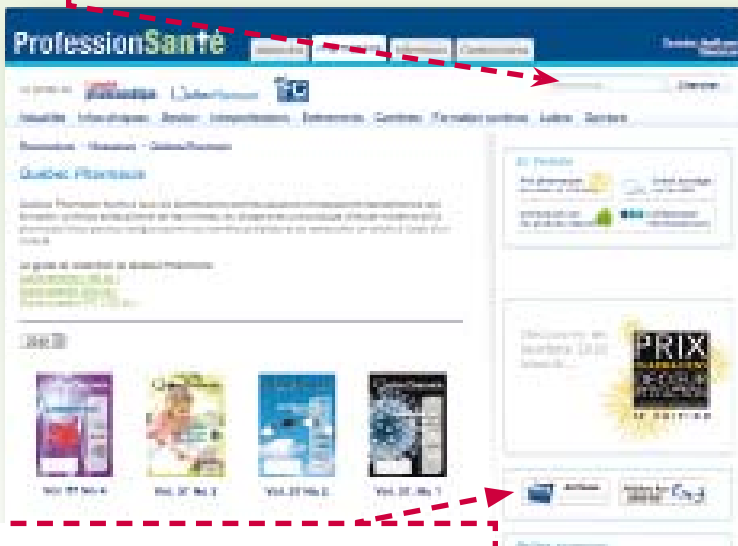
Lisez aussi le blogue du journaliste Christian Leduc.



Consultez également le blogue de Nicolas Dugré, étudiant au Pharm. D., qui aborde différents thèmes liés à sa future profession.

MOTEUR DE RECHERCHE

Un puissant moteur de recherche vous permet, grâce à un ou des mots-clés, de trouver les articles qui vous intéressent dans la version papier de *Québec Pharmacie* ou encore des articles exclusifs au portail ProfessionSanté.ca.



ARCHIVES

Les numéros de *Québec Pharmacie* sont accessibles sous l'onglet Archives, à droite de votre écran.

À VOTRE SERVICE SANS ORDONNANCE

Plusieurs études et quelques méta-analyses appuient son efficacité¹. Une des plus récentes méta-analyses sur le sujet, publiée en 2005 et demandée par l'Association américaine de psychiatrie, repose sur l'examen de 50 études randomisées contrôlées, menées de 1973 à 2003³. Parmi ces études, huit répondaient à des critères méthodologiques adéquats et ont été incluses dans la méta-analyse³. L'exercice a permis de conclure que la luminothérapie est efficace pour réduire les symptômes de la dépression saisonnière et que l'effet de taille des études existantes est équivalent à celui des études menées sur les antidépresseurs pharmacologiques³.

La luminothérapie a également été comparée à la fluoxétine lors d'une étude randomisée à double insu publiée en 2006. Les patients recrutés lors de cette étude souffraient tous de dépression majeure selon les critères du DSM-IV¹¹. Ils étaient assignés à recevoir soit : a) 10 000 lux pendant 30 minutes et une capsule de placebo, soit b) 100 lux pendant 30 minutes et une capsule de fluoxétine (Prozac^{MD}) 20 mg par jour, et ce, pendant huit semaines¹¹. Il n'y a pas eu de différence significative entre les taux de réponse des deux traitements¹¹. Les patients sous luminothérapie optimale avaient une plus grande amélioration des symptômes une semaine après le début du traitement, mais les résultats étaient similaires à ceux de la fluoxétine aux autres moments du traitement¹¹.

Bien qu'elle ait été menée sur un échantillon relativement petit (96 individus au total), cette étude suggère donc que les deux traitements sont aussi efficaces et que d'autres facteurs, incluant les préférences du patient, devraient être pris en considération dans le choix de l'option idéale¹¹. Par exemple, chez un patient atteint d'une dépression plus sévère, la médication seule ou combinée à la luminothérapie est recommandée¹. De cette façon, en associant les deux traitements, une amélioration plus rapide des symptômes peut être espérée et le traitement par un antidépresseur conventionnel n'est pas retardé¹. Il faut quand même tenir compte du fait qu'un patient très dépressif risque d'être moins motivé à chercher une lampe de luminothérapie et à l'utiliser pendant 30 minutes à chaque jour.

Le **tableau II** tiré des *Canadian Consensus Guidelines for the Treatment of Seasonal Affective Disorder* reprend les facteurs à prendre en considération avant d'opter pour la luminothérapie ou pour les antidépresseurs pharmacologiques¹.

Enfin, il est à noter que même si, dans cet article, les traitements somatiques et psychosociaux de la dépression saisonnière ne sont pas abordés, ils demeurent des options possi-

*Il ne faut pas que les patients regardent directement la source de lumière.
Cependant, les patients ne doivent pas tourner le dos aux lampes
qu'ils ont choisies parce que leur efficacité est prouvée
lorsqu'il y a une exposition indirecte des yeux, et non de la peau.*

bles. Par exemple, le fait de faire plus d'exercice peut également aider³.

Comment choisir sa lampe

Outre l'intensité lumineuse, les lampes de luminothérapie varient quant à la grandeur, à la forme, au spectre de lumière utilisé et à la technologie employée⁶. Tel que mentionné plus haut, vu que la plupart des études ont été menées avec des lampes d'au moins 2500 lux, il s'agit de la limite inférieure d'intensité lumineuse à rechercher lors de l'achat d'une telle lampe. L'intensité devrait aussi être spécifiée en fonction de la distance de la source lumineuse.

Il ne faut pas que les patients regardent directement la source de lumière¹. Celle-ci peut donc prendre la forme d'un lampadaire ou être déposée sur une table. Cependant, les patients ne doivent pas tourner le dos aux lampes qu'ils ont choisies parce que leur efficacité est prouvée lorsqu'il y a une exposition indirecte des yeux, et non de la peau¹. Les patients peuvent se traiter tout en faisant des activités quotidiennes telles que lire, déjeuner ou se coiffer.

D'autres études ont été faites sur des visières lumineuses que l'on place sur la tête, mais leur efficacité est moins bien établie¹. Il en est de même des simulateurs d'aube¹. Il s'agit d'appareils qui simulent le lever du soleil en augmentant progressivement l'intensité de la lumière pendant que le patient dort. Ils doivent être programmés en fonction de l'heure habituelle de réveil de chaque individu³. Le *Canadian Consensus Guidelines for the Treatment of Seasonal Affective Disorder* ne recommande donc pas officiellement l'emploi de ces deux types d'appareils parce qu'ils ont fait l'objet de peu d'études. On y mentionne toutefois que certains patients pourraient tirer des bénéfices de leur utilisation, particulièrement ceux qui ont besoin d'appareils plus portatifs¹.

Les résultats d'une méta-analyse publiée en 1997 ont suggéré que ce sont les longueurs d'ondes courtes à moyennes (bleu, vert, jaune) qui sont essentielles à l'effet thérapeutique de la luminothérapie¹². Les longueurs d'ondes rouges et ultraviolettes (UV) se sont révélées relativement inefficaces¹². Ainsi, en

plus d'être nocives pour la peau et les yeux, ces longueurs d'ondes sont inutiles. C'est pourquoi toutes les lampes de luminothérapie devraient au moins avoir un filtre à ultraviolets.

Bien que, traditionnellement, les lampes de luminothérapie utilisent la lumière blanche (soit une combinaison de toutes les longueurs d'ondes visibles moins les UV et les infrarouges), l'entrée sur le marché des lampes à diode électroluminescente (DEL) a permis de fabriquer des appareils plus petits, moins énergivores, et de tester des longueurs d'ondes plus spécifiques⁵. Ainsi, la lumière bleue, qui se situe entre 455 et 492 nanomètres (nm) semble être plus efficace que la lumière blanche selon quelques études seulement, mais cette supériorité n'a pas été clairement démontrée. Ainsi, son utilisation ne fait pas encore l'unanimité et elle n'est donc pas privilégiée. De plus, certains experts ne recommandent pas l'utilisation de longueurs d'ondes inférieures à 450 nm, distance à laquelle la lumière bleue devient violette, car elle est associée à un plus grand risque de dommages à la rétine⁵.

Aucune organisation médicale reconnue ne recommande une lampe de luminothérapie d'une marque particulière. Cependant, il est intéressant de savoir que le Centre de thérapies environnementales, organisme à but non lucratif dont l'un des objectifs est d'éduquer le public et les professionnels de la santé sur l'utilisation des thérapies environnementales, a retenu les critères suivants pour le choix d'une lampe de luminothérapie¹⁰:

► Toute boîte lumineuse offerte sur le marché doit avoir été testée avec succès dans

le cadre d'essais cliniques révisés par un conseil de médecins.

- La boîte doit fournir une illumination de 10 000 lux à la personne assise à une distance confortable. Les spécifications du produit sont souvent manquantes ou non vérifiées.
- Les lampes fluorescentes doivent être munies d'un écran à diffusion homogène qui filtre les rayons ultraviolets. Les UV sont nocifs pour les yeux et la peau.
- Les lampes doivent fournir une lumière blanche plutôt que colorée. Les lampes à spectre complet et les lampes bleues (ou tirant sur le bleu) ne fournissent aucun avantage thérapeutique clairement établi.
- La lumière doit être projetée vers le bas en direction des yeux dans un angle qui réduit l'éblouissement et l'aveuglement.
- Une plus petite boîte n'est pas forcément un meilleur choix. Avec une boîte lumineuse compacte, même de très infimes mouvements de la tête décaleront les yeux hors de la portée thérapeutique de la lumière.

Le **tableau III** résume les principaux conseils à donner à un patient entamant un traitement de luminothérapie.

Conclusion

L'efficacité de la luminothérapie pour traiter la dépression saisonnière est clairement démontrée par plusieurs études. Certains paramètres concernant son utilisation restent encore à préciser, tels que la longueur d'onde optimale. Des études rigoureuses (menées sur des échantillons de taille adéquate, selon des

Tableau III
Aide-mémoire rapide pour les conseils au patient^{1,10}

- Recommander une lumière de 10 000 lux avec filtre pour les ultraviolets.
- Recommander une durée d'exposition de 30 minutes. Le patient peut commencer par 10 à 15 minutes d'exposition, puis augmenter graduellement la durée.
- L'exposition est préférable le matin, au réveil.
- Il faut placer la source de lumière à la distance recommandée par le fabricant.
- Un début d'action se fait sentir généralement après une semaine de traitement.
- Les yeux doivent être exposés à la lumière, et non la peau.
- Le traitement devrait être commencé dès l'automne.

À VOTRE SERVICE SANS ORDONNANCE

protocoles randomisés, avec groupes témoins) sont encore nécessaires pour standardiser davantage les sources de lumière recommandées¹³.

De plus, l'utilité de la luminothérapie en psychiatrie est en train de s'élargir pour traiter des troubles non saisonniers, tels que

la dépression non saisonnière, la boulimie nerveuse et certains troubles du sommeil¹⁷. Sa facilité d'utilisation, son profil d'effets secondaires avantageux et sa rapidité d'action en font une option intéressante pour plusieurs patients. ■

Références

1. **Lam RW, Levitt AJ.** Canadian Consensus Guidelines for the Treatment of Seasonal Affective Disorder. *Clinical & Academic Publishing*, 1999: 160 pages.
2. **Saeed SA, Bruce TJ.** Seasonal Affective Disorders. *Am Fam Physician* 1998; 57: 1340-6, 1351-2.
3. **Westrin A, Lam R.** Seasonal affective disorder : A clinical update. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 19: 239-46.
4. **McClung CA.** Circadian genes, rhythms and the biology of mood disorders. *Pharmacol Ther* 2007; 114: 222-232.
5. **Harvard Health Publications.** 2009. New Treatment Options for Seasonal Affective Disorder. [En ligne. Page consultée le 8 avril 2010.] www.chro-notherapeutics.org/docs/press/streat/Harvard_MSN_Health_2009.pdf
6. **Calvé J, René de Cotret, L.** (2008, mai) « Luminothérapie ». Passeport Santé [En ligne. Page consultée le 5 avril 2010.] www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=luminothérapie_th
7. **Terman M, Terman JS.** Light therapy for seasonal and nonseasonal depression : efficacy, protocol, safety, and side effects. *CNS Spectr* 2005; 10: 647-63.
8. **Gallin PF, Terman M, Remé CE, et coll.** Ophthalmologic examination of patients with seasonal affective disorder, before and after bright light therapy. *Am J Ophthalmol* 1995; 119: 202-10.
9. **Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, et coll.** (2001). Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders : Medications and Other Biological Treatments. [En ligne. Page consultée le 8 avril 2010.] www1.cpa-apc.org/Publications/Clinical_Guidelines/depression/clinicalGuidelinesDepression.asp.
10. **Centre de thérapies environnementales.** « S.d. Critères pour le choix d'une lampe de luminothérapie ». Centre de thérapies environnementales. [En ligne. Page consultée le 8 avril 2010.] www.cet.org/fr/index.html
11. **Lam R, Levitt A, Levitan R, et coll.** The Can-SAD Study : A randomized controlled trial of the effectiveness of light therapy and fluoxetine in patients with winter seasonal affective disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 805-812.
12. **Lee TM, Chan CC, Paterson JG, et coll.** Spectral properties of phototherapy for seasonal affective disorder : A meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 96: 117-21.
13. **Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, et coll.** The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders : A review and meta-analysis of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2005; 162(4): 656-62.

QUESTIONS DE FORMATION CONTINUE

- 13) Parmi les énoncés suivants, lequel est faux ?**
- A. Il n'y a pas de contre-indication absolue à l'usage de la luminothérapie.
 - B. Les personnes de plus de 65 ans ont plus de risques de souffrir de dépression saisonnière.
 - C. Parmi les symptômes de la dépression saisonnière, on note des envies incontrôlables de consommer des aliments riches en sucre et en hydrates de carbone.
 - D. Les patients prenant du millepertuis devraient subir un examen ophtalmologique de base avant d'amorcer un traitement par la luminothérapie.
 - E. L'exercice physique peut aider à diminuer les symptômes de la dépression saisonnière.
- 14) Parmi les énoncés suivants, lequel est vrai ?**
- A. Une lampe de luminothérapie doit être de dimension convenable, soit au moins 40 x 40 cm.
 - B. L'utilisation de longueurs d'ondes plus petites que 450 nm est fortement recommandée.
 - C. Il faut être assis lorsqu'on utilise une lampe de luminothérapie.
 - D. Toutes les lampes de luminothérapie devraient être placées à 2,5 m du sujet qui l'utilise.
 - E. Les yeux doivent être exposés à la lumière dégagée, et non la peau.

Veillez reporter vos réponses dans le formulaire de la page 86 ►

PRISTIQ est indiqué dans le traitement symptomatique du trouble dépressif majeur. L'efficacité à court terme de PRISTIQ, comprimés de succinate de desvenlafaxine à libération prolongée, a été démontrée par des essais contrôlés par placebo d'une durée allant jusqu'à 8 semaines.

Les manifestations indésirables qui ont été observées le plus souvent chez les patients prenant PRISTIQ (incidence $\geq 5\%$ et au moins le double de celle obtenue avec le placebo) sont les nausées (22%), les étourdissements (13%), l'hyperhidrose (10%), la constipation (9%) et la diminution de l'appétit (5%).

PRISTIQ n'est pas indiqué chez les enfants de moins de 18 ans. PRISTIQ est contre-indiqué chez les patients qui prennent un inhibiteur de la monoamine oxydase (MAO), y compris le linézolide, un antibiotique) ou qui en ont pris un au cours des 14 derniers jours, car il existe un risque d'interaction médicamenteuse grave, parfois mortelle, entre les MAO et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) ou d'autres médicaments sérotoninergiques. Ces interactions se sont manifestées par les symptômes suivants : tremblements, myotonie, diarrhée, nausées, vomissements, bouffées de chaleur, étourdissements, hyperthermie aux caractéristiques évoquant le syndrome malin des neuroleptiques, crises convulsives, rigidité, instabilité neurovégétative accompagnée parfois de fluctuations rapides des signes vitaux, et changements d'état mental incluant une agitation extrême évoluant vers le délire et le coma. En raison de la demi-vie du succinate de desvenlafaxine, il faut attendre au moins 7 jours après l'arrêt de ce dernier avant de commencer un traitement par un MAO.

PRISTIQ est contre-indiqué chez les patients présentant une hypersensibilité au succinate de desvenlafaxine à libération prolongée, au chlorhydrate de venlafaxine ou à l'un des excipients de la préparation. L'administration concomitante de PRISTIQ avec un produit contenant de la venlafaxine n'est pas recommandée.

Des analyses récentes des bases de données sur l'innocuité recueillies dans le cadre d'essais cliniques contrôlés par placebo portant sur des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et d'autres antidépresseurs récents semblent indiquer que l'administration de ces médicaments à des patients de moins de 18 ans pourrait être associée à des changements comportementaux et émotionnels, y compris un risque accru d'idées et de comportements suicidaires, par comparaison avec un placebo.

Les petits dénominateurs des données d'essais cliniques, de même que la variabilité des taux liés au placebo, ne permettent pas de tirer des conclusions fiables sur les profils d'innocuité relative des médicaments appartenant à cette classe. Des rapports d'essais cliniques et de post-commercialisation ont décrit la survenue de manifestations sévères de type agitation chez des enfants et des adultes recevant des ISRS ou d'autres antidépresseurs récents. L'acathisie, l'agitation, la désinhibition, la labilité émotionnelle, l'hostilité, l'agressivité et la dépersonnalisation sont des manifestations de type agitation. Dans certains cas, ces manifestations sont apparues plusieurs semaines après le début du traitement.

Peu importe l'âge du patient, on recommande un suivi clinique rigoureux des idées suicidaires et des autres indices de comportements suicidaires possibles, y compris la surveillance des changements émotionnels et comportementaux de type agitation, surtout au début du traitement ou à l'occasion d'un changement de dose ou de schéma posologique.

Les patients qui prennent PRISTIQ NE DOIVENT PAS cesser brusquement le traitement en raison du risque d'apparition de symptômes liés à l'arrêt du traitement. Une fois prise la décision médicale de cesser l'utilisation d'un ISRS ou d'un autre antidépresseur récent, on recommande de réduire graduellement la dose au lieu d'arrêter soudainement le traitement.

Référence: 1. Wyeth Canada. Monographie de PRISTIQ, août 2009.

Monographie fournie sur demande.



PRISTIQ^{MD}
M.D. de Wyeth, désormais
une société de Pfizer Inc.

Wyeth

© 2010 Wyeth Canada
Montréal, Canada H4R 1J6

Comptez sur



pour un soulagement puissant
des symptômes