

# Psychopharmacologie: Troubles anxieux

Faculté de médecine

Université   
de Montréal **et du monde.**

**Catherine Julien, B. Pharm., M. Sc.  
Pharmacienne, CISSS de la Gaspésie-Hôpital de Maria**

**En collaboration avec le comité  
d'enseignement en santé mentale  
Mise à jour: 18 mai 2018**





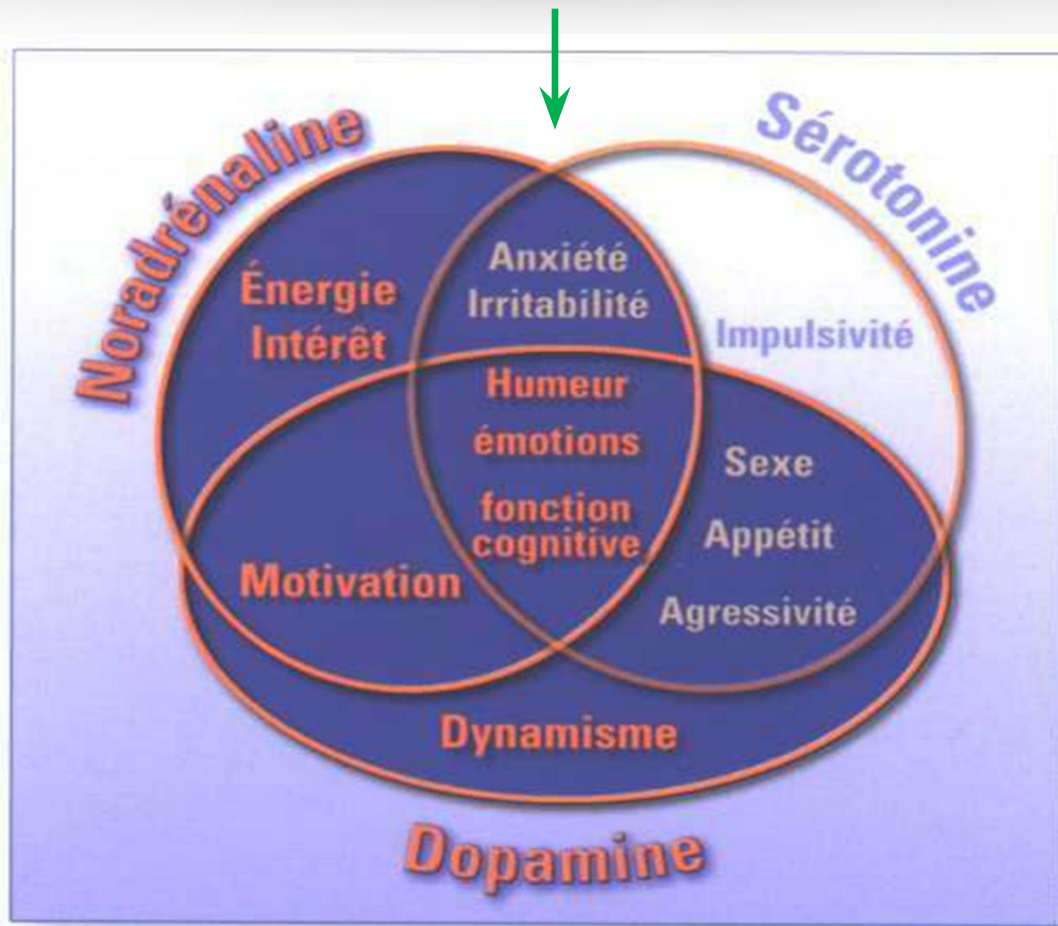
# Psychopharmacologie – Troubles anxieux

Catherine Julien, B. Pharm., M. Sc.  
Pharmacienne  
CISSS de la Gaspésie-Hôpital de Maria  
En collaboration avec  
le comité d'enseignement en santé mentale  
Mise à jour: 8 mars 2018

# Plan de la présentation

- Physiopathologie des troubles anxieux
- Traitement pharmacologique des troubles anxieux
  - Trouble d'anxiété généralisée (TAG)
  - Trouble panique
  - Anxiété sociale généralisée
  - Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)
- Traitement d'appoint de l'anxiété

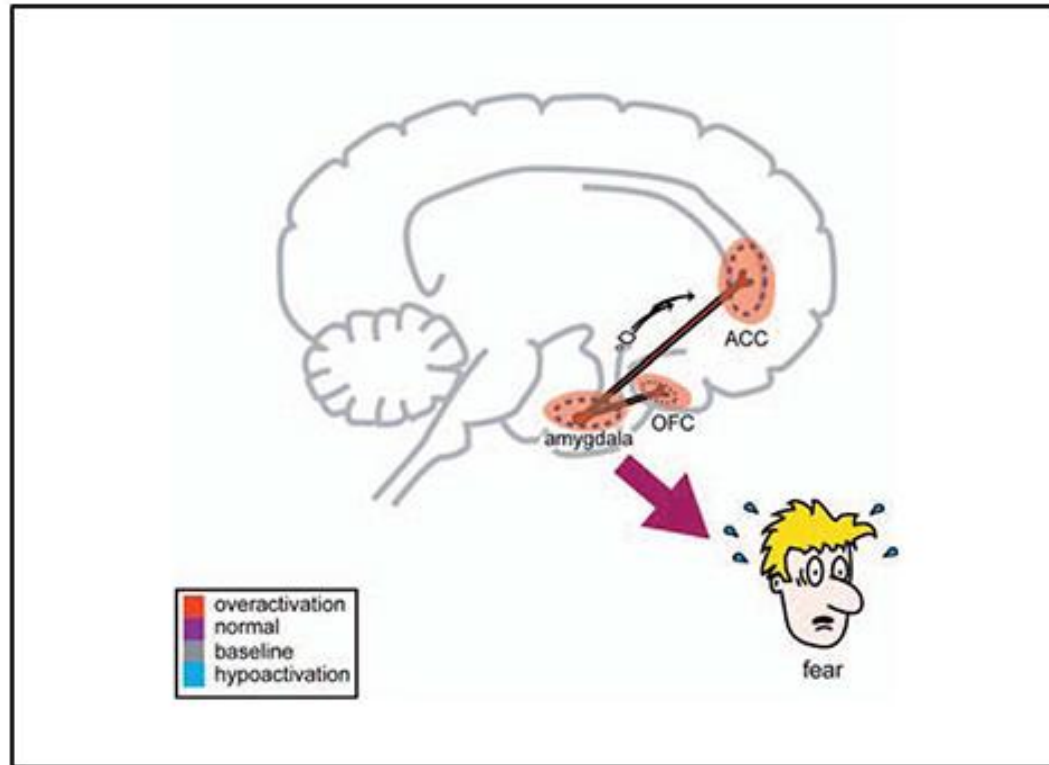
# Neurotransmetteurs impliqués



Adapté de Healy D et coll. J Psychopharmacol 1997;11(4 Suppl):S25-S31. † La portée clinique comparative n'a pas été établie.

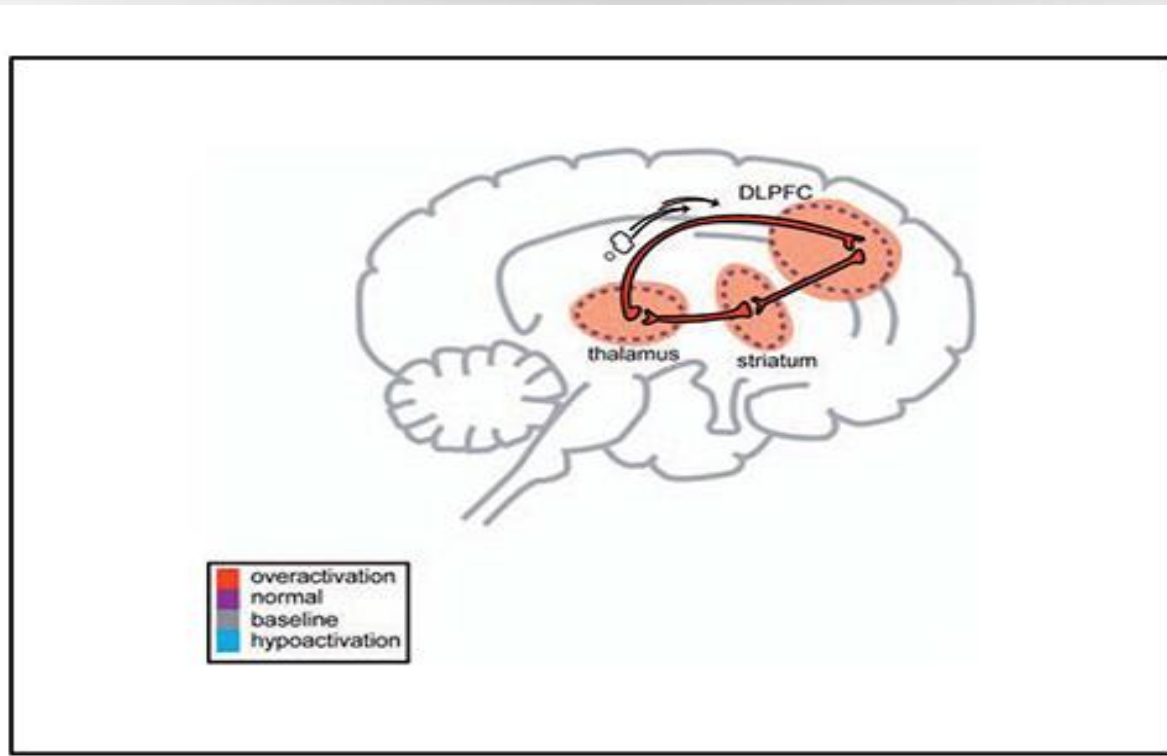


# L'amygdale et le sentiment de peur



Stahl's essential psychopharmacology online-Stress and Anxiety

# Inquiétudes et obsessions



Stahl's essential psychopharmacology online-Stress and Anxiety

# Objectifs de traitement généraux

- Diminution de l'intensité
- Diminution de la durée
- Diminution de la fréquence
- Réduction des récives
- Soulagement des comorbidités
- Amélioration de la qualité de vie

Réponse au traitement=  
diminution de  
25-50% des  
symptômes  
**Viser la rémission**

# Troubles anxieux- Principes généraux

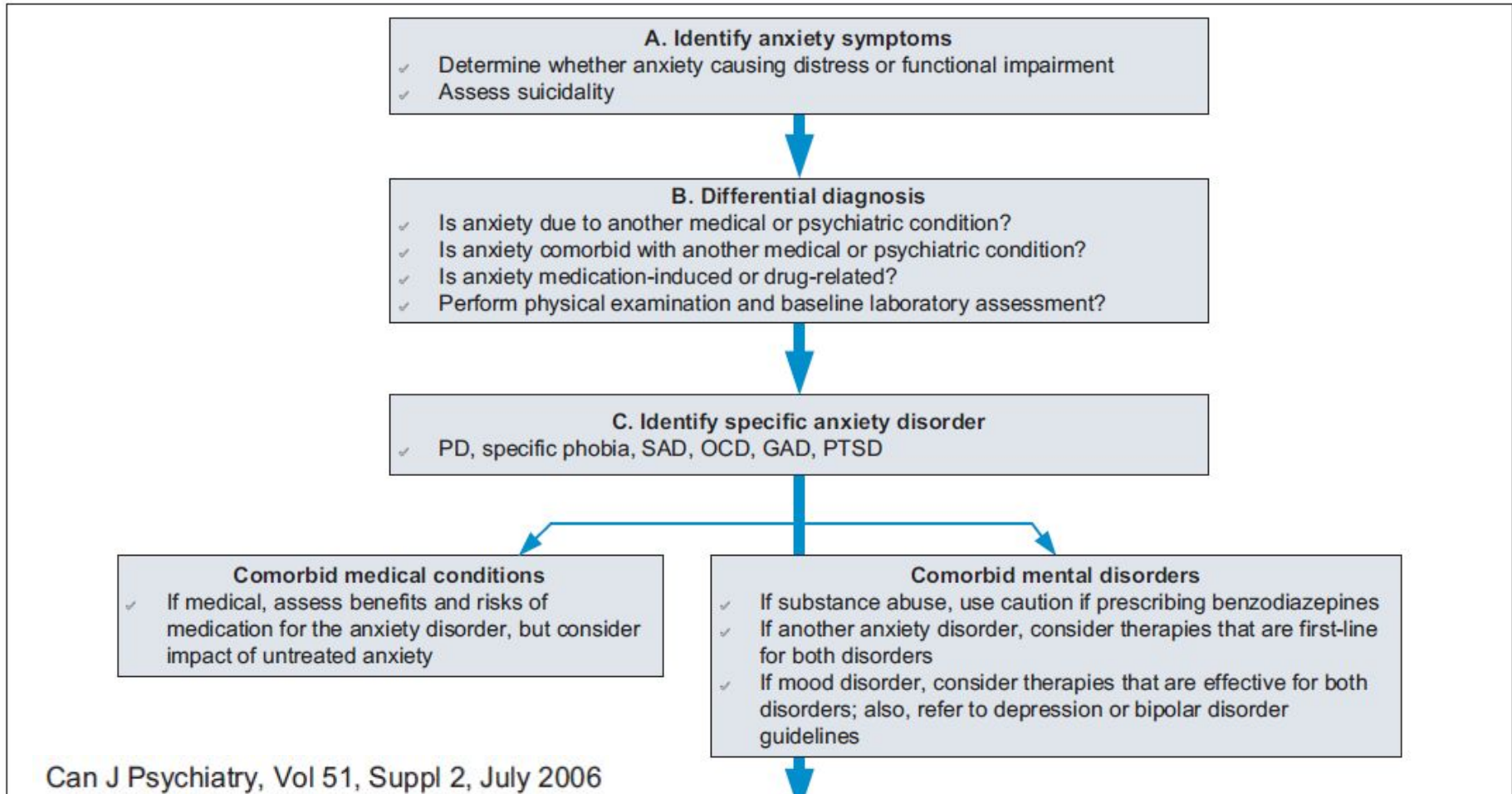
- Traitement: combinaison d'une approche psychologique + sociale + pharmacologique
- Benzodiazépines: utilisation dans les débuts de traitement + en traitement d'appoint
- Antidépresseurs utilisés: ISRS et IRSN surtout



# Choix psychothérapie vs pharmacothérapie

- Facteurs décisionnels:
  - Préférence du patient et motivation
  - Capacité du patient à s'impliquer dans son traitement
  - Accessibilité à la psychothérapie
  - Sévérité de la maladie
  - Histoire de réponse antérieure
  - Comorbidités (médicales ou psychiatriques)

Figure 2.1 Key decision points in the management of anxiety disorders



**D. Consider psychological and pharmacologic treatment**

- ✓ Patient preference and motivation extremely important when choosing treatment modality
- ✓ If formal psychological treatment not applied, all patients should receive education and support to encourage them to face their fears

**Psychological treatment**

- ✓ Consider treatments that have been most thoroughly evaluated first
- ✓ If response inadequate, adapt treatment to the individual

**Pharmacologic treatment**

- ✓ Refer to section for diagnosed disorder for specific medication choices
- ✓ Consider short-term benzodiazepines if severe anxiety or agitation or acute functional impairment

**Step 1: First-line agent**  
Optimize dosage and duration

↓

**Step 2: If inadequate response or side effects, switch to alternate first-line agent**  
If partial response, adding another agent may be preferred over switching

↓

**Step 3: Consider referral to specialist, or consider combination treatment, or switch to second- or third-line agents**

**Potential combinations**

- ✓ Psychological treatment + pharmacologic treatment
- ✓ SSRI-SNRI + benzodiazepines (short-term)
- ✓ SSRI-SNRI + anticonvulsant or atypical antipsychotic
- ✓ Refer to section for disorder for augmenting agents

**Contraindicated combinations**

- ✓ SSRI-SNRI-TCA + MAOI
- ✓ Buspirone + MAOI

**E. Follow-up**

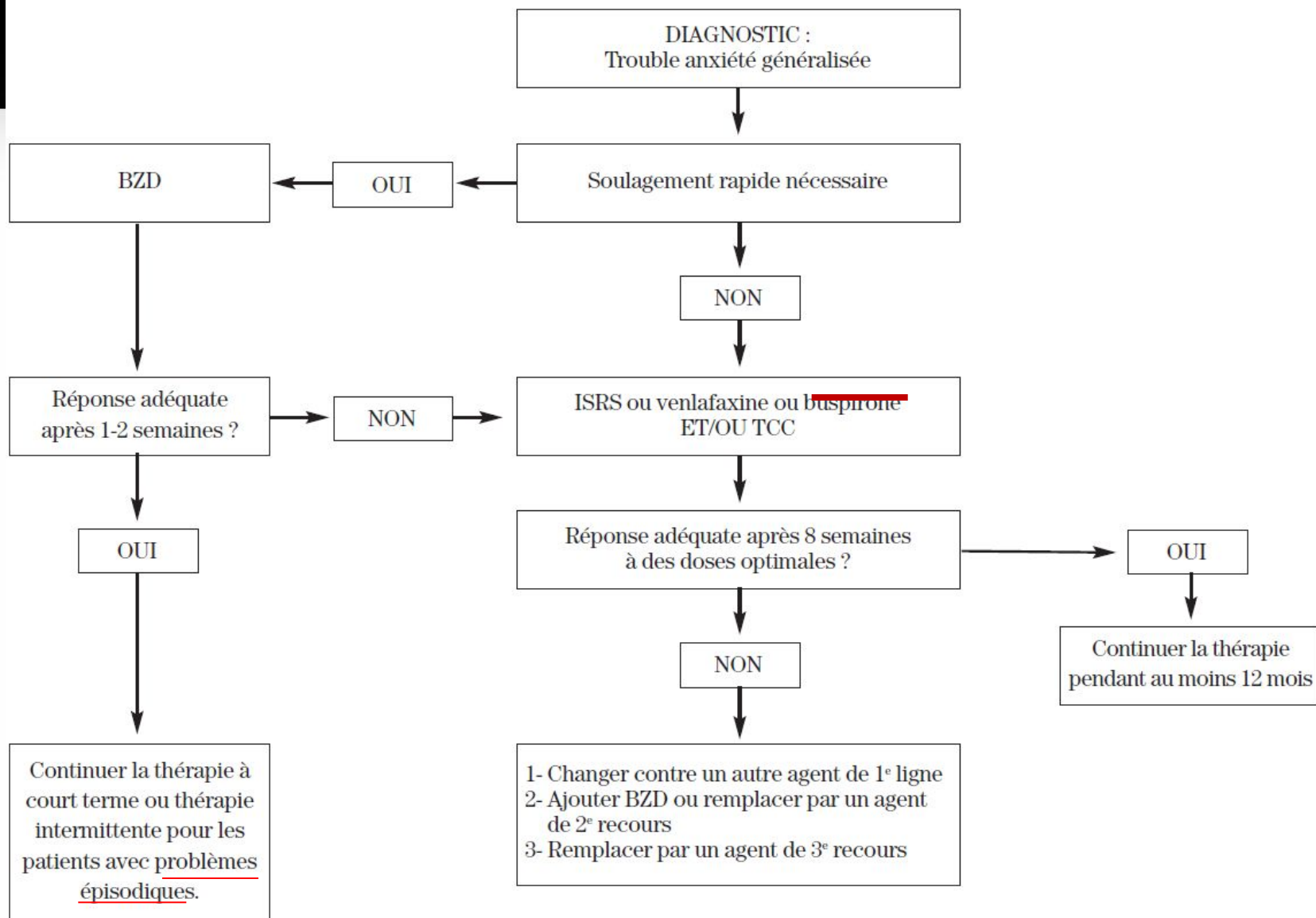
- ✓ Response may take 8 to 12 weeks
- ✓ Pharmacotherapy may be needed for 1 to 2 years or longer



# Trouble d'anxiété généralisée (TAG)

- Pierre angulaire du traitement:  
Antidépresseur à effet serotoninergique
  - ISRS
  - IRSN
  - ATC
- Débuter à faible dose et titrer lentement
  - Exacerbation des symptômes anxieux en début de traitement

**Figure 1 :** *Algorithme du traitement du trouble d'anxiété généralisée*  
 (adapté de Rynn et Brawman-Mintzer<sup>12</sup>)



**LÉGENDE**

ISRS : Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

BZD : Benzodiazépines

# TAG

**Table 24 Recommendations for pharmacotherapy for GAD**

<b>First-line</b>	<del>Agomelatine</del> , duloxetine, escitalopram, paroxetine, paroxetine CR, pregabalin, sertraline, venlafaxine XR
<b>Second-line</b>	Alprazolam*, bromazepam*, bupropion XL*, buspirone, diazepam*, hydroxyzine, imipramine, lorazepam*, quetiapine XR*, vortioxetine
<b>Third-line</b>	Citalopram, divalproex chrono, fluoxetine, mirtazapine, trazodone
<b>Adjunctive therapy</b>	<b>Second-line:</b> pregabalin <b>Third-line:</b> aripiprazole, olanzapine, quetiapine, quetiapine XR, risperidone <b>Not recommended:</b> ziprasidone
<b>Not recommended</b>	Beta blockers (propranolol), <del>pexacerfont, tiagabine</del>

Katzman et al. *BMC Psychiatry* 2014, **14**(Suppl 1):S1



# TAG- premières lignes

- ISRS avec plus d'évidences:
  - Paroxetine (Paxil)
  - Escitalopram (Cipralex)
  - Sertraline (Zoloft)
  - **Effet de classe probable**
- IRSN
  - Intéressant en TAG avec dépression associée
  - Venlafaxine efficace dès dose de 75 mg (75-225 mg)
  - Duloxétine possède l'indication officielle en TAG
- Délai d'action: 4-6 semaines

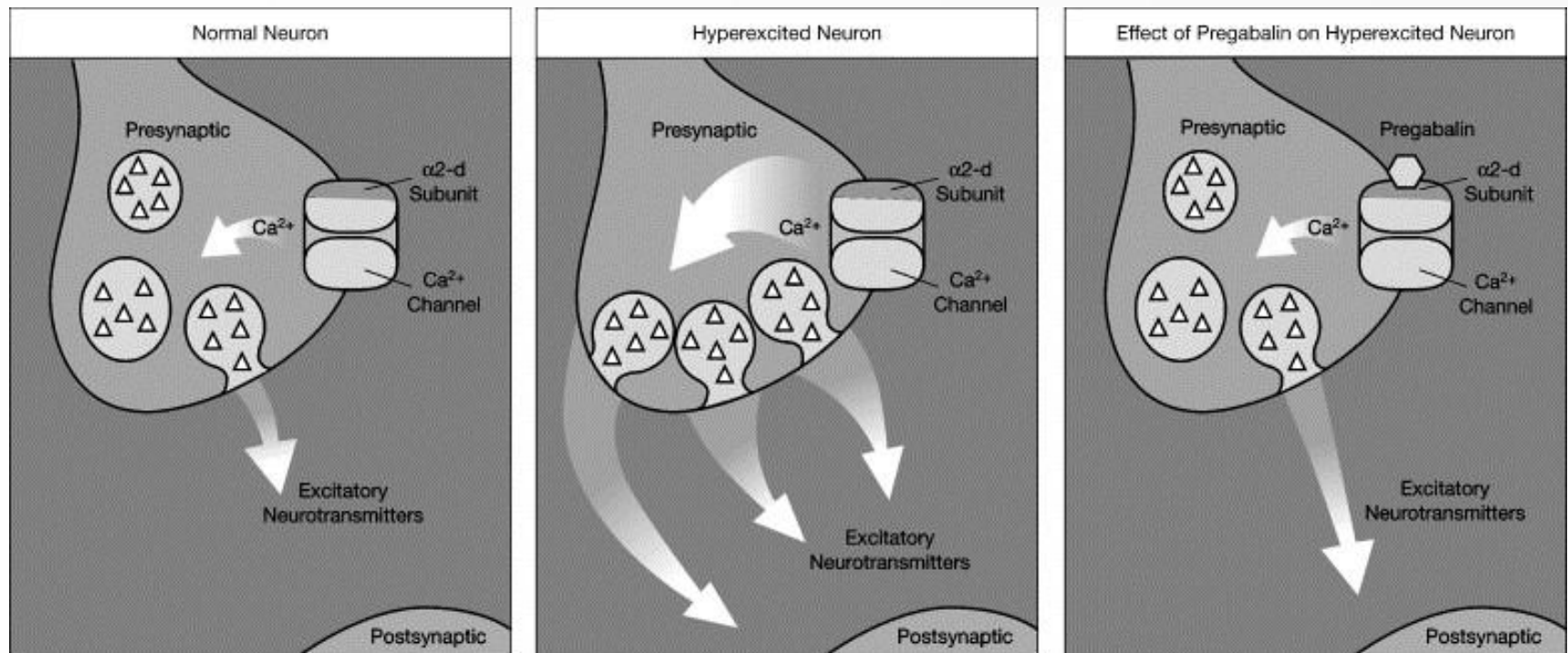
# ISRS/ IRSN

Rx	Dose de départ (TAG)	Rythme d'augmentation usuel†	Dose cible	Dose maximale
Citalopram (Celexa)	5-10 mg	q1-2 sem	20-40 mg	40 mg PA: 20 mg
Escitalopram (Cipralex)*	5 mg	q1-2 sem	10-20 mg	20 mg
Fluoxetine (Prozac)	5-10 mg	q mois	20-40 mg	80 mg
Fluvoxamine (Luvox)	25 mg	q1sem	100-200 mg	300 mg
Paroxetine (Paxil)*	5-10 mg	q 1-2 sem	20-40 mg 10-40 mg en gériatrie	80 mg
Sertraline (Zoloft)	25 mg	q 1-2 sem	50-150 mg	200 mg
Venlafaxine (Effexor)*	37,5 mg	q4-7 jours	75-225 mg	225 mg
Duloxétine (Cymbalta)*	30 mg	Q1-2 sem	60-120 mg	120 mg

† Il peut être nécessaire d'augmenter les doses plus lentement dans le TAG, selon la tolérance du patient

# TAG 1<sup>ère</sup> ligne: Prégabaline (Lyrica)

- Mécanisme: Analogue du GABA et modulateur des canaux calciques





# Prégabaline (Lyrica)

- Doses: 150-600 mg/jr (prise B-TID)
- Pic sérique: 0,7-1,5h □ effet anxiolytique
- Réponse rapide: < 1 semaine
- Profil d'effets indésirables: Somnolence, étourdissements, bouche sèche, maux de têtes, incoordination, gain de poids
- Pas de symptômes de retrait à l'arrêt vs BZD
- Risque moindre d'addiction vs BZD
- Possible en monothérapie et en association

# Prégabaline (Lyrica)

- Données démontrent son efficacité en phase aiguë/long terme (au moins 8 RCT double-aveugle (n=2942) et une méta-analyse
  - 6 études en phase aiguë (4-6 semaines) chez les adultes.
  - 1 étude de 8 semaines chez la personne âgée
  - 1 étude de 8 mois en prévention des rechutes chez l'adulte
  - 5 études avec contrôle actif (lorazépam, alprazolam ou venlafaxine)
  - Toutes en intention de traiter

# TAG- deuxième ligne

- Antidépresseurs tricycliques:
  - Efficacité comparable aux agents de premier recours (Imipramine niveau 1)
  - Utilisation limitée par le profil d'effets indésirables
  - Toxique en surdose

# Antidépresseurs tricycliques (ATC)

Molécule	Dose de départ	T 1/2	Rythme d'augmentation	Dose cible (dépression)	Dose maximale
Amitriptyline (Elavil)	25 mg	10-46h	q3-7 jours	75-300 mg	150-300 mg PA: 150 mg
Clomipramine (Anafranil)	25-100 mg	17-37h	q3-7 jours	75-300 mg	250-300mg
Desipramine (Norpramin)	25-50 mg	12-76h	q3-7 jours	75-300 mg	300 mg PA: 150 mg
Doxépine (Sinequan)	25 mg	8-36h	q3-7 jours	75-300 mg	300 mg PA: 75 mg
<b>Imipramine (Tofranil)</b>	25-75 mg	4-34h	q3-7 jours	75-300 mg	200-300 mg PA: 150 mg
Nortriptyline (Aventyl)	25 mg	13-88h	q3-7 jours	40-200 mg	200 mg
Trimipramine (Surmontil)	25-75 mg	7-30h	q3-7 jours	75-300 mg	300 mg PA: 100 mg



# TAG-2<sup>ème</sup> ligne Quétiapine (Seroquel)

- Mécanisme: Antagonisme 5-HT<sub>2A</sub>, inhibition de la recapture de la NA
- Quétiapine= antipsychotique de 2<sup>ème</sup> génération avec le plus d'évidences en monothérapie
- Doses étudiées: 25-400 mg/jr (moyenne 150 mg/jr)
- Le profil sédatif peut s'avérer intéressant en début de traitement

# Quétiapine (Seroquel)

- Revue Cochrane de 2010
  - 5 études vs placebo
  - 2 études vs antidépresseurs (paroxétine, escitalopram)
  - Quétiapine plus efficace que le placebo et aussi efficace que les antidépresseurs testés
  - Plus d'arrêt de traitement dans les groupes quétiapine en raison d'effets indésirables (gain de poids, sédation, REP, etc.)

# Quétiapine (Seroquel)

- Profil d'effets indésirables potentiels à considérer
  - Sédation
  - Troubles métaboliques
  - Hypotension orthostatique

# TAG-Troisièmes lignes

- Mirtazapine (Remeron)
  - Moins de données que les premières lignes
- Trazodone (Desyrel)
  - Profil d'effets indésirables défavorable aux doses thérapeutiques
- Bupropion (Wellbutrin)
  - Favorise l'anxiété en début de traitement



# TAG- Durée de traitement

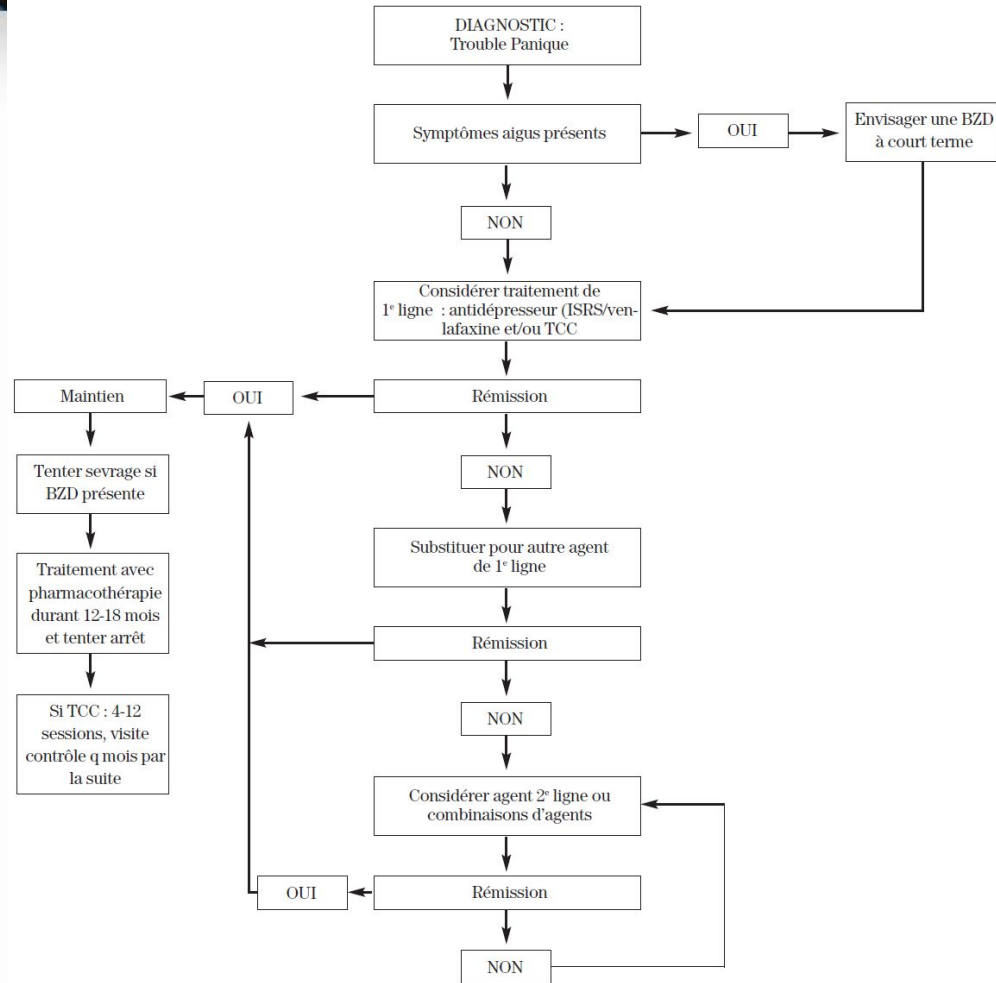
- Réponse à la médication: 8 semaines (6-12 semaines)
- Traitement de maintien: 12 mois minimum
- Traitement à long terme si récurrence des symptômes à la fin du traitement (souvent chronique)
- Le retrait du traitement antidépresseur peut s'échelonner sur plusieurs semaines/mois

# Trouble panique

- Objectifs particuliers:
  - Diminuer la fréquence et la gravité des attaques de panique
  - Diminuer l'anxiété d'anticipation et l'évitement
  - Diminuer l'incapacité fonctionnelle secondaire
- 70-90% des patients auront une bonne réponse au traitement
- Pharmacothérapie + thérapie cognitivo-comportementale > l'un ou

# Trouble panique

Figure 2 : Algorithme du traitement du trouble panique (Adapté des références 4,5)



## LÉGENDE

BZD : Benzodiazépines

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

Agent 1<sup>er</sup> ligne : - ISRS (inhibiteurs sélectifs de recaptage de la sérotonine)

- Paroxyzéine
- Fluvoxamine
- Sertraline
- Citalopram
- Escitalopram

Agents 2<sup>e</sup> ligne : - IMAO (phenelzine)

- Mirtazapine
- antidépresseurs tricycliques

Agents potentialisateurs : - Pindolol et autres

# Trouble panique

- Utilisation des BZD:
  - en début de traitement avec un antidépresseurs
  - en adjuvant à un antidépresseur lors de crises aiguës (sur une base non-régulière)



# Troubles panique

**Table 15 Recommendations for pharmacotherapy for panic disorder**

<b>First-line</b>	Citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, paroxetine CR, sertraline, venlafaxine XR
<b>Second-line</b>	Alprazolam, clomipramine, clonazepam, diazepam, imipramine, lorazepam, mirtazapine, <del>reboxetine</del>
<b>Third-line</b>	Bupropion SR, divalproex, duloxetine, gabapentin, levetiracetam, <del>milnacipran</del> , moclobemide, olanzapine, phenelzine, quetiapine, risperidone, tranylcypromine
<b>Adjunctive therapy</b>	<b>Second-line:</b> alprazolam ODT, clonazepam <b>Third-line:</b> aripiprazole, divalproex, olanzapine, pindolol, risperidone
<b>Not recommended</b>	Buspirone, propranolol, <del>tiagabine</del> , trazodone

Katzman *et al.* *BMC Psychiatry* 2014, **14**(Suppl 1):S1

# Trouble panique

- Traitement de premier choix: ISRS ou IRSN
  - Viser le haut de l'intervalle thérapeutique
  - Patients avec TP sensibles aux effets indésirables □ Titration lente requise (q1-2 sem)
  - ISRS/IRSN:
    - Indication officielle= Sertraline, paroxetine et venlafaxine
    - Autres ISRS: Bon niveau d'évidence également

# Trouble panique

- Deuxième ligne:
  - ATC
    - Clomipramine et imipramine surtout
    - Limitation: effets indésirables
  - Mirtazapine
    - Moins d'évidences que les 1ères lignes
- 3<sup>ème</sup> ligne:
  - IMAO (phénelzine)
    - Résultats d'études parfois contradictoires
    - Utilisation limitée par les effets indésirables et le potentiel d'interaction

# Trouble panique –Durée de traitement

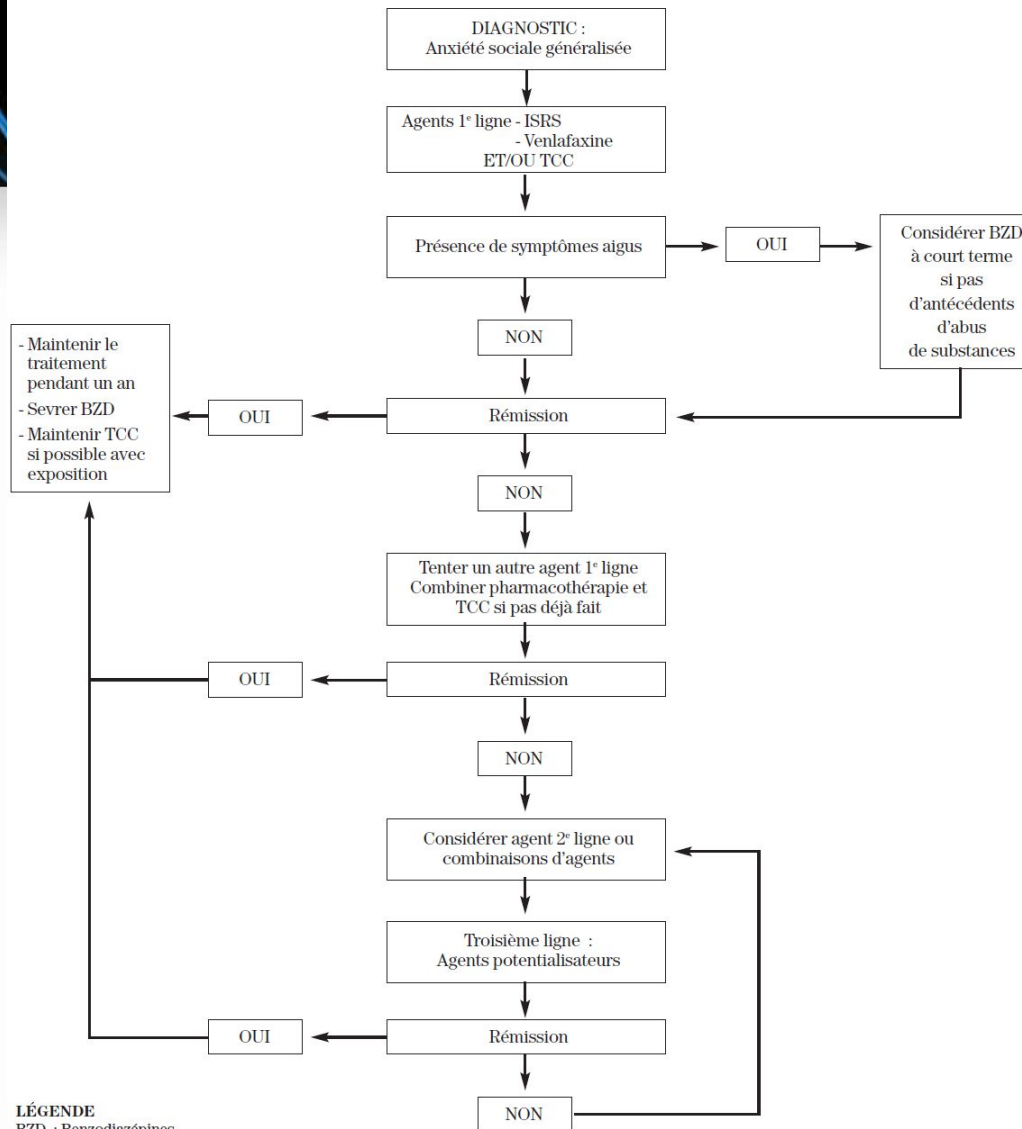
- Réponse à la médication à pleine dose: 8 semaines (6-12 sem).
- Durée traitement de maintien: 12-18 mois
  - Si rémission complète des symptômes, possibilité de sevrer lentement sur 2-6 mois
  - Si retour des symptômes à l'arrêt □ traitement à long terme



# Anxiété sociale généralisée

- Objectifs de traitement:
  - Fonctionnement adéquat et confortable en présence d'autres personnes
  - Amélioration de la qualité de vie
- 50% des patients auront des symptômes résiduels

Figure 3 : Algorithme du traitement de l'anxiété sociale généralisée (Adapté des références 4,11,14)



**LÉGENDE**

BZD : Benzodiazépines

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

Agent 1° ligne: - ISRS (inhibiteurs sélectifs de recaptage de la sérotonine)

- Parozétine
- Fluvoxamine
- Sertraline
- Citalopram
- Escitalopram

Agents 2° ligne : - IMAO (phenelzine) - Prégabaline  
- Mirtazapine - Gabapentine

Agents potentialisateurs : - Buspirone - Bupropion - Gabapentine

# Anxiété sociale généralisée

**Table 21 Recommendations for pharmacotherapy for SAD**

<b>First-line</b>	Escitalopram, fluvoxamine, fluvoxamine CR, paroxetine, paroxetine CR, pregabalin, sertraline, venlafaxine XR
<b>Second-line</b>	Alprazolam, bromazepam, citalopram, clonazepam, gabapentin, phenelzine
<b>Third-line</b>	Atomoxetine, bupropion SR, clomipramine, divalproex, duloxetine, fluoxetine, mirtazapine, moclobemide, olanzapine, selegiline, tiagabine, topiramate
<b>Adjunctive therapy</b>	<b>Third-line:</b> aripiprazole, buspirone, paroxetine, risperidone <b>Not recommended:</b> clonazepam, pindolol
<b>Not recommended</b>	Atenolol <sup>*</sup> , buspirone, imipramine, levetiracetam, propranolol <sup>*</sup> , quetiapine

Katzman *et al.* *BMC Psychiatry* 2014, **14**(Suppl 1):S1

# Anxiété sociale généralisée

- Premières lignes de traitement:
  - ISRS
    - Seul la paroxétine possède l'indication officielle
    - **Effet de classe reconnu**
  - Venlafaxine
  - Prégabaline (600mg/jr)
- Utiliser 2 agents de première ligne avant de tenter un agent de deuxième ligne

\*Doses cibles idem à la dépression\*

# Anxiété sociale généralisée

- Deuxième ligne:
  - Gabapentin
    - Hautes doses étudiées (3600mg/jr)
  - IMAO seul
    - Phénelzine
    - Moclobémide n'est pas indiqué car étude contradictoires dans cette indication



# Durée de traitement

- Réponse à la médication: 6-12 semaines
- Durée de traitement: 12-24 mois
  - Excluant l'introduction et le retrait du Rx
- Traitement à long terme si récurrence de symptômes
  - Anxiété sociale généralisée= souvent chronique

# Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

**Table 27 Recommendations for pharmacotherapy for OCD**

<b>First-line</b>	Escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline
<b>Second-line</b>	Citalopram, clomipramine, mirtazapine, venlafaxine XR
<b>Third-line</b>	IV citalopram, IV clomipramine, duloxetine, phenelzine, tramadol, tranylcypromine
<b>Adjunctive therapy</b>	<b>First-line:</b> aripiprazole, risperidone <b>Second-line:</b> memantine, quetiapine, topiramate <b>Third-line:</b> <del>amisulpride</del> , celecoxib, citalopram, granisetron, haloperidol, IV ketamine, mirtazapine, N-acetylcysteine, olanzapine, ondansetron, pindolol, pregabalin, <del>riluzole</del> , ziprasidone <b>Not recommended:</b> buspirone, clonazepam, lithium, morphine
<b>Not recommended</b>	Clonazepam, clonidine, desipramine

Katzman et al. *BMC Psychiatry* 2014, **14**(Suppl 1):S1

# TOC

- Première ligne de traitement: ISRS
  - Efficacité comparable d'un agent à l'autre
  - Viser dose maximale tolérée par le patient
    - Haut de l'intervalle thérapeutique usuel
  - Tenter 2 ISRS avant de tenter une autre classe
  - Officiellement indiqués: Escitalopram, Fluoxétine, Fluvoxamine, Paroxétine, Sertraline

# TOC

- 2<sup>ème</sup> ligne:
  - Clomipramine (150-300 mg)
    - Efficacité comparable
    - Moins bien tolérée □ débuter à faible dose
  - Venlafaxine (225-375 mg)
    - Moins de données que les ISRS
    - Bonne tolérance
  - Mirtazapine
    - Petites études sur le sujet

# TOC

- Associations avec des antipsychotiques atypiques:
  - Réponse en 4-6 semaines
  - Risperidone (1<sup>ère</sup> ligne)
    - <3 mg/jr
    - 40-50% de réponse vs 0-20% avec placebo
  - Aripiprazole (1<sup>ère</sup> ligne)
    - Supérieur au placebo, comparable à la rispéridone
    - Possiblement un peu moins efficace que la rispéridone au niveau des obsessions



# TOC

- Associations avec des antipsychotiques atypiques:
  - Quétiapine (2<sup>ème</sup> ligne), Olanzapine (3<sup>ème</sup> ligne)

# TOC

- Délais:
  - Délai d'action: 6-12 semaines
  - Durée de traitement: 1-2 ans minimum
- Seulement 20% des patients atteignent la rémission complète
- Place importante de la psychothérapie (60-80% d'efficacité)

# Association de traitement pharmacologique dans les troubles anxieux

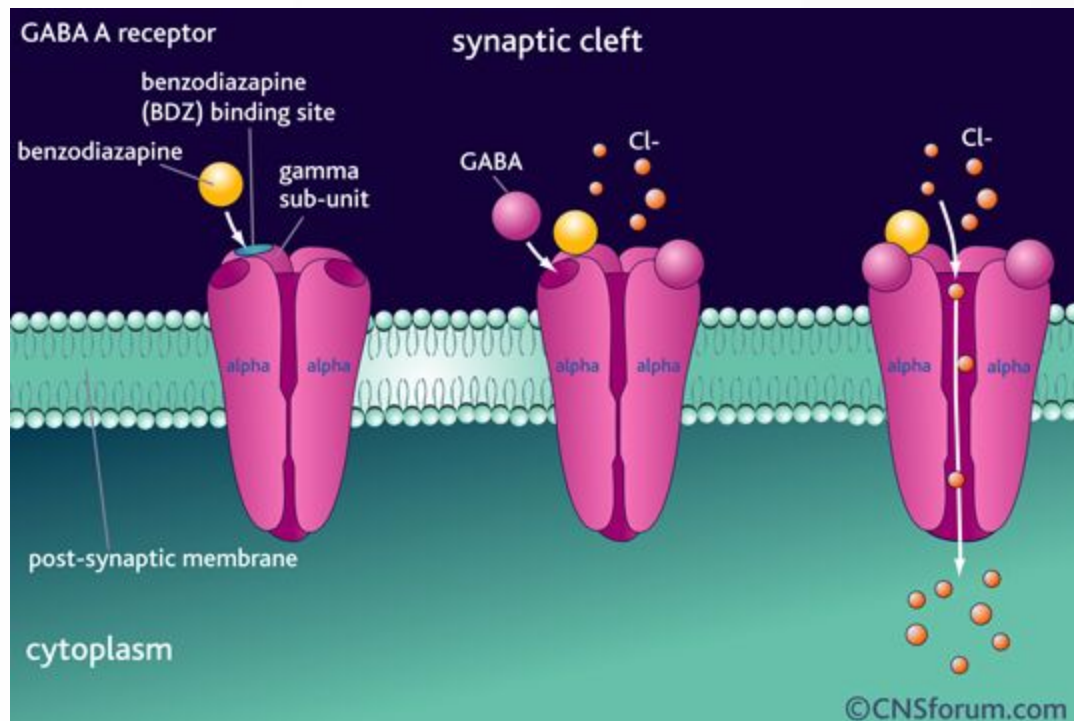
-Associer un traitement de fond + traitement d'appoint

-Si inefficacité, changer d'antidépresseur vs associer:

Favoriser le changement	Favoriser l'association
Aucune réponse	Réponse partielle ou symptômes résiduels spécifiques (ex: insomnie)
Effet indésirable	Bonne tolérance de l'agent en place
Premier essai d'antidépresseur	Plusieurs essais antérieurs
Pas de symptôme urgent	Urgence de traiter
Choix du patient	Choix du patient

# Traitement d'appoint des troubles anxieux-Benzodiazépines

- Mécanisme d'action: Augmente l'affinité du récepteur GABA<sub>A</sub> pour le GABA



Propriétés:

Anxiolytique  
Hypnotique  
Anticonvulsivant  
Myorelaxant

# Benzodiazépines

- Utilisation PRN à favoriser
- Possibilité de donner régulier en début de traitement (adjuvant aux antidépresseurs)
- Doses plus élevées requises pour attaques de panique (mais débiter à faible dose)
- Choix de la benzodiazépine selon le profil du patient et la pharmacocinétique de la benzodiazépine



# Benzodiazépines

- UTILISER LA PLUS PETITE DOSE POSSIBLE POUR LA PLUS COURTE PÉRIODE DE TEMPS POSSIBLE
  - Potentiel d'abus (pharmacodépendance)
  - Développement d'une tolérance à l'effet
  - Supériorité des antidépresseurs après 4 semaines de traitement

# Benzodiazépines

- Choix d'une BZD:
  - Début d'action
    - Absorption rapide: Clonazepam, Lorazepam, alprazolam
  - Durée d'action
  - Métabolisme
    - Éviter les métabolites actifs et la voie oxydative pour les personnes âgées
      - Préconiser: Lorazepam, oxazepam, temazepam
  - Type d'anxiété de notre patient

**Tableau II : Comparaison des benzodiazépines (adapté des références<sup>3,40</sup>)**

NOMS (générique)	DOSE ÉQUIVALENTE (mg)	DÉBUT D'ACTION (MIN)	DEMI-VIE MOYENNE (H)	VOIE MÉTABOLIQUE	MÉTABOLITES ACTIFS	DOSES USUELLES (mg/j)	DOSE MAXIMUM (mg)
<b>DURÉE D'ACTION COURTE À INTERMÉDIAIRE</b>							
ALPRAZOLAM Co rég : 0,25 – 0,5 mg, 1 mg TS 2 mg	0,5	15-60	12 (9-20)	OXYDATION (CYP 3A4)	MINEUR	0,25-4	4-10
BROMAZEPAM Co rég : 1,5 mg, 3 mg, 6 mg	3	30-60	20 (8-30)	OXYDATION	MINEUR	3-30	30
LORAZEPAM Co rég : 0,5 mg, 1 mg, 2 mg Co S/L : 0,5 mg, 1 mg, 2 mg	😊 1	30-60	15 (8-24)	CONJUGAISON (SÉCURITAIRE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE)	NON	0,5-8	10
OXAZEPAM Co rég : 10 mg, 15 mg, 30 mg	😊 15	60-90	8 (3-25)	CONJUGAISON (SÉCURITAIRE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE)	NON	10-45	120
TEMAZEPAM Caps: 15 mg, 30 mg	😊 10	60-90	11 (3-25)	CONJUGAISON (SÉCURITAIRE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE)	NON	15-30	30
TRIAZOLAM Co rég : 0,125 mg, 0,5 mg	0,25	15-30	2 (1,5-5)	OXYDATION (CYP 3A4)	NON	0,125-0,25	0,5
<b>DURÉE D'ACTION LONGUE</b>							
CHLORDIAZEPOXIDE Caps : 5 mg, 10 mg, 15 mg	25	15-45	100	OXYDATION	OUI	5-100	200
CLONAZEPAM Co rég : 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg	0,25	30-60	34 (19-60)	OXYDATION RÉDUCTION AZOTÉE	NON	0,25-8	10
CHLORAZEPATE Caps : 3,75 mg, 7,5 mg, 15 mg	10	30-60	100	OXYDATION	OUI	3,75-60	90
DIAZEPAM Co rég : 2 mg, 5 mg, 10 mg	5	15-30	100	OXYDATION	OUI	2-40	40
FLURAZEPAM Caps : 15 mg, 30 mg	15	30-60	100 (40-250)	OXYDATION	OUI	15-30	30
NITRAZEPAM Caps : 5 mg, 10 mg	2,5	60-120	30 (15-40)	RÉDUCTION AZOTÉE	NON	5-10	10

# Benzodiazépines

- Effets indésirables:
  - Sédation
  - Diminution de la concentration
  - Amnésie antérograde
  - Fatigue, faiblesse musculaire
  - Confusion
  - Agitation paradoxale
  - Dépression respiratoire en surdose
  - Potentiel d'abus
  - Sevrage

# Les antipsychotiques atypiques comme anxiolytiques

- Quétiapine, rispéridone, olanzapine
- Quelques petites études
- Utilisé en traitement adjuvant aux  
traitements de 1<sup>ère</sup>/2<sup>ème</sup> intention
- Peut être utilisé en remplacement des  
BZD chez un patient avec potentiel de  
dépendance
- Effets métaboliques possibles même à  
petite dose



# En résumé

- Surtout ISRS et IRSN dans le traitement des troubles anxieux
- BZD à court terme ou en traitement adjuvant
- Choisir le traitement approprié selon les caractéristiques de son patient
  - Type d'anxiété
  - Comorbidités
  - Potentiel d'interaction
  - Sensibilité aux effets indésirables, etc.



- Des Questions ?

# Références

- Bernier, JP, Simard, I, Mise à jour dans le traitement des troubles anxieux, *Pharmactuel Vol. 40 N° 4 Août - Septembre 2007*
- Association des psychiatres du Canada, Clinical practice guidelines- Management of anxiety disorders, *Can J Psychiatry, Vol 51, Suppl 2, July 2006*
- Katzman MA et coll, Canadian practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders, *BMC Psychiatry 2014, 14 (Suppl 1):51*
- Jean-Pierre Bernier, Soins pharmaceutiques V: Les troubles anxieux, faculté de pharmacie, Université Laval, Février 2011
- Esthel Malenfant, Troubles du sommeil et troubles anxieux- PHA 2052, faculté de pharmacie, Université Laval, 2013
- Boschen MJ. A meta-analysis of the efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 2011;56(9):558-66.*
- Rickels K, Pollack MH, Feltner DE, Lydiard RB, Zimbroff DL, Bielski RJ, et al. Pregabalin for treatment of generalized anxiety disorder: a 4-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial of pregabalin and alprazolam. *Archives of general psychiatry. 2005;62(9):1022-30*

# Références

- Montgomery SA, Tobias K, Zornberg GL, Kasper S, Pande AC. Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. *The Journal of clinical psychiatry*. 2006;67(5):771-82.
- Sarah-Anne Lebreux et Claudine Gemme, *Médecine de pharmacologie: Le Lyrica dans le trouble d'anxiété généralisé*, Département de psychiatrie, CHUL, Avril 2013.
- Baldwin DS et coll., Efficacy and safety of pregabalin in generalised anxiety disorder: A critical review of the literature, *J Psychopharmacol*. 2015 Oct;29(10):1047-60.
- Katzman et al., Quetiapine XR as maintenance therapy in GAD, *International clinical pharmacology* 2011, 26:11-24
- Lalonde CD, Van Lieshout RJ, Treating generalized anxiety disorder with second generation antipsychotics, *Journal of clinical psychopharmacology*, 2011, 31: 326-333.
- Depping AM, Komossa K, Kissling W, Leucht S. Cochrane collaboration. Second generation antipsychotics for anxiety disorders (Review). *Cochrane database of systematic reviews* 2010; issue 12.