



# Prescription médicamenteuse dans l'ESPT

Parcours d'Exil  
Dr Clémence Chamoin-de Gourcy

# Introduction

- Efficacité démontrée des médicaments, qui doivent cependant être toujours associés à la psychothérapie.
- Recommandations de sociétés savantes et de conférences de consensus.
- La connaissance neurobiologique du trauma a permis d'envisager de nombreuses pistes d'actions pharmacologiques :
  - Système nerveux central
  - Axe hypothalamo-hypophysaire
  - Voie catécholaminergique
  - Voie sérotoninergique
- Action sur la symptomatologie et sur les comorbidités (dépression, troubles anxieux, addiction...) mais aussi action sur la récupération clinique et la restauration de la qualité de vie.
- Education thérapeutique indispensable.

# Les antidépresseurs

- **Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine ISRS= 1<sup>è</sup> intention**
  - Effet sur l'ESPT même sans symptômes dépressifs associés
  - Fluoxétine (Prozac) = 1<sup>ère</sup> molécule étudiée, effet psychotonique
  - Sertraline (Zoloft) et Paroxétine (Deroxat) : effet plus neutre (si addiction OH, privilégier sertraline)
    - Niveau de recommandation grade A
    - Délai efficacité 2-6 semaines
    - Limite : Améliore seulement 20-50% des patients et pas d'efficacité sur les intrusions.
- **Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline IRSN = Venlafaxine (Effexor)**
  - Alternative aux ISRS en 1<sup>è</sup> intention
- Les antidépresseurs tricycliques : faible niveau de preuve sur ESPT mais efficaces sur les céphalées de tension.
- Les antidépresseurs sédatifs = mirtazapine, miansérine
  - Déconseillés chez les ados et les diabétiques
  - Non recommandés dans la prise en charge de l'ESPT
  - Utilisés en association avec les ISRS pour un effet sédatif.

# Les neuroleptiques

- Efficacité ciblée sur les **symptômes intrusifs** des TSPT chroniques, complexes et résistants.
- Antipsychotiques atypiques
  - Quétiapine (Xeroquel) : meilleur niveau de preuve, supérieur aux ISRS même en monothérapie
  - Efficacité de la Risperidone (Risperdal) et de l'Olanzapine (Zyprexa) en traitement adjuvant aux ISRS
- Aucune recommandation concernant les autres neuroleptiques

# Les bêta-bloquants

- Propranolol (Avlocardyl)
- Actions sur les symptômes neurovégétatifs : palpitations, sueurs...
- Permet de réduire l'encodage émotionnel
- Pas d'efficacité sur l'évitement et l'hypervigilance
- Utilisé dans certaines thérapies centrées sur le traumatisme (thérapie de la reconsolidation)
- Nécessite surveillance cardiaque (ECG)



# La prazosine : alpha-bloquant

- Action sur les cauchemars (recommandation de grade B)
- Action sur les autres symptômes (grade C)
- Efficacité à forte dose 15-20mg/j
- Surveillance de la PA

# Les hypnotiques

- ▶ Hydroxyzine (Atarax) : action anxiolytique mais  $\frac{1}{2}$  vie longue
- ▶ Alimémazine (Théralène) :  $\frac{1}{2}$  vie variable, plutôt longue
- ▶ Zopiclone (Imovane) : prescription limitée à 28j,  $\frac{1}{2}$  vie 5-6h
- ▶ Zolpidem (Stilnox) : prescription sécurisée limitée à 28j,  $\frac{1}{2}$  vie 2-3h

# Les benzodiazépines

- Action anxiolytique
- Strictement contre-indiquées dans l'ESPT aigu et en cas d'addiction.
- Peuvent être utilisées en début de traitement antidépresseur si le risque suicidaire est important.
- Bloque l'intégration de la mémoire traumatique.
  
- Si utilisation, privilégier les  $\frac{1}{2}$  vies courtes :
  - Oxazepam (Seresta) -  $\frac{1}{2}$  vie 8h ou Alprazolam (Xanax) -  $\frac{1}{2}$  vie 12h
- Eviter : Bromazepam (Lexomil) -  $\frac{1}{2}$  vie 20h , Diazepam (Valium) -  $\frac{1}{2}$  vie 40h, Prazepam (Lysanxia) -  $\frac{1}{2}$  vie 90h...



# Les anticonvulsivants

- Etudes insuffisantes mais prometteuses
- Carbamazepine (Tégréto), Topiramate (Epilex), Gabapentin (Neurontin)
- Etudiés seuls ou en association avec des ISRS

# Les antalgiques

- Paracétamol : efficace sur les céphalées de tension et les douleurs musculo-squelettiques.
- Attention au surdosage !
- AINS : attention aux gastrites chroniques, déjà très fréquentes. Privilégier usage topique.
- Tramadol : utilisation ponctuelle car risque addictif ++

# Bibliographie

- Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O. Traitement pharmacologique des troubles psychotraumatiques. Psychothérapies des victimes. Paris: Dunod; 2006. p. 41-5.
- Bastien DL. Pharmacological treatment of combat-induced PTSD: a literature review. Br J Nurs. 2010;19(5):318-21.
- Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). Stein DJ et al. Cochrane database of systematic reviews, 2006
- Bisson, JI, Berliner, L., Cloitre, M, Forbes, D, Jensen, TK, Lewis, C, ... Shapiro, F (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. J Trauma Stress, 32(4), 475-483. doi:10.1002/jts.22421
- Post-traumatic stress disorder. NICE guideline Published: 5 December 2018. [www.nice.org.uk/guidance/ng116](http://www.nice.org.uk/guidance/ng116)
- Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbui C, Tol WA, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. févr 2015;206(02):93-100.