



Présentation de différentes modalités de prise en charge thérapeutique du psychotraumatisme

Dr Alexandra BOUVARD

Dr Maité CAUMONT



INTRODUCTION

- ▶ TSPT : trouble invalidant, associé à de nombreuses comorbidités
- ▶ Nombreuses guidelines autour du traitement de ce trouble
- ▶ Traitements disponibles via psychothérapies et traitements pharmacologiques



Traitements pharmacologiques

- ▶ Recommandations utilisées :

- ▶ NICE (National Institute for Health and Care Excellence, recommandations UK), 2018
- ▶ APA (American Psychological Association), 2017
- ▶ CANMAT (Canadian Network for Mood And Anxiety Treatments), 2014
- ▶ WHO (World Health Organization), 2015



Synthèse des recommandations

- En premier lieu: psychothérapie
 - ▶ TCC
 - ▶ EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)
- Traitements antidépresseurs
 - ▶ 2ème ligne
 - ▶ Sauf accès Ψ limité ou choix patient.e

Recommandations

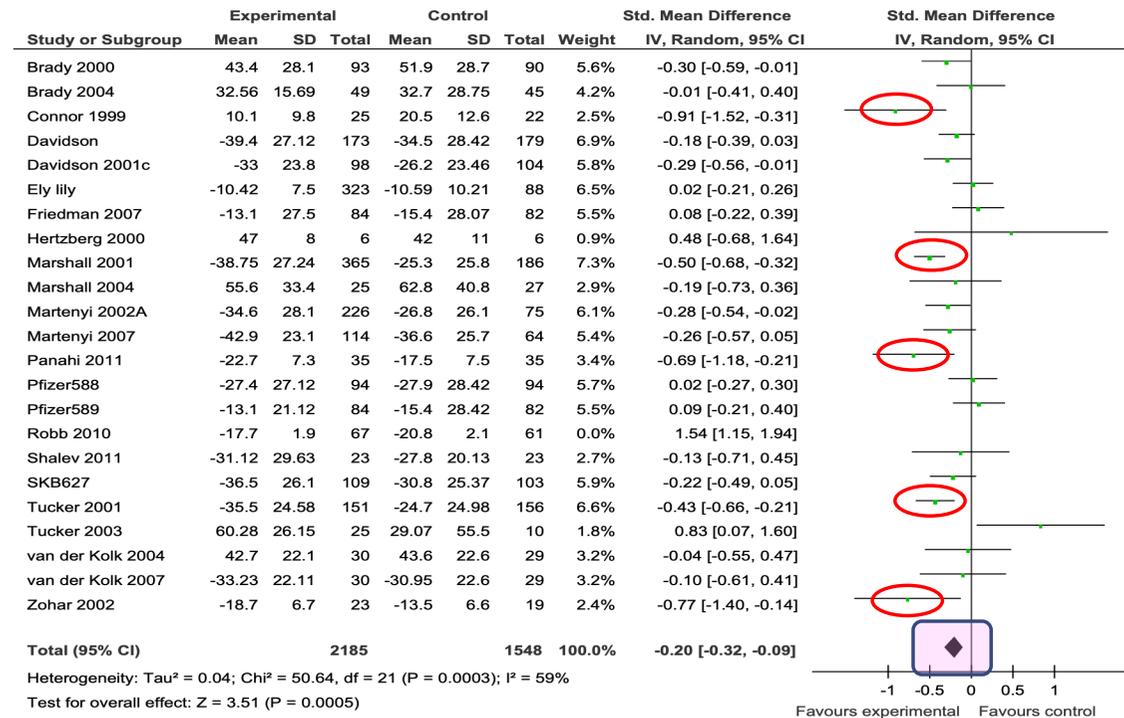
	NICE	APA	CANMAT	WHO
Traitement préventif	Non recommandé Pas BZD	Non évoqué	Non évoqué	Non évoqué
ISRS	2 ^e ligne : Pas de diff entre ATD - Paroxétine - Sertraline - Fluoxétine	1 ^e ou 2 ^e ligne selon choix du patient et du praticien Niveau de preuve intermédiaire	Pas de supériorité de ttt med + psychothérapie par rapport à psychothérapie seule (2 RCT) Si traitement : - 1 ^e ligne : Paroxétine, venlafaxine - Données contradictoires pour fluoxétine et sertraline	Niveau de preuve modéré En 2 ^e ligne - Fluoxétine et paroxétine - Pas de significativité pour la sertraline
Venlafaxine	2 ^e ligne	Idem	1 ^e ligne si traitement med	Niveau de preuve modéré
Antipsychotiques	Plus faible niveau de preuve - Possible si résistance - Choix du praticien	Niveau de preuve insuffisant	Moins bon niveau de preuve Possible comme alternative aux ATD	Pas de significativité

Efficacité des ISRS

Une méta analyse

SSRI versus placebo

Efficacy: PTSD symptom severity (any continuous outcome).



Hoskins et al, 2015 (WHO)

Discussion

- ▶ Attention à la difficulté méthodologique d'évaluation des psychothérapies (pas de placebo)
 - ▶ Difficulté à comparer psychothérapies et traitements pharmacologiques
- ▶ Choix du patient +++
 - ▶ Information du patient sur les différents traitements existants
- ▶ Traitements en fonction des sous-groupes de patients ?
 - ▶ Pas assez de revues en ce sens



Points-clés

Pas de
traitement
médicamenteux
préventif
Eviter les BZD

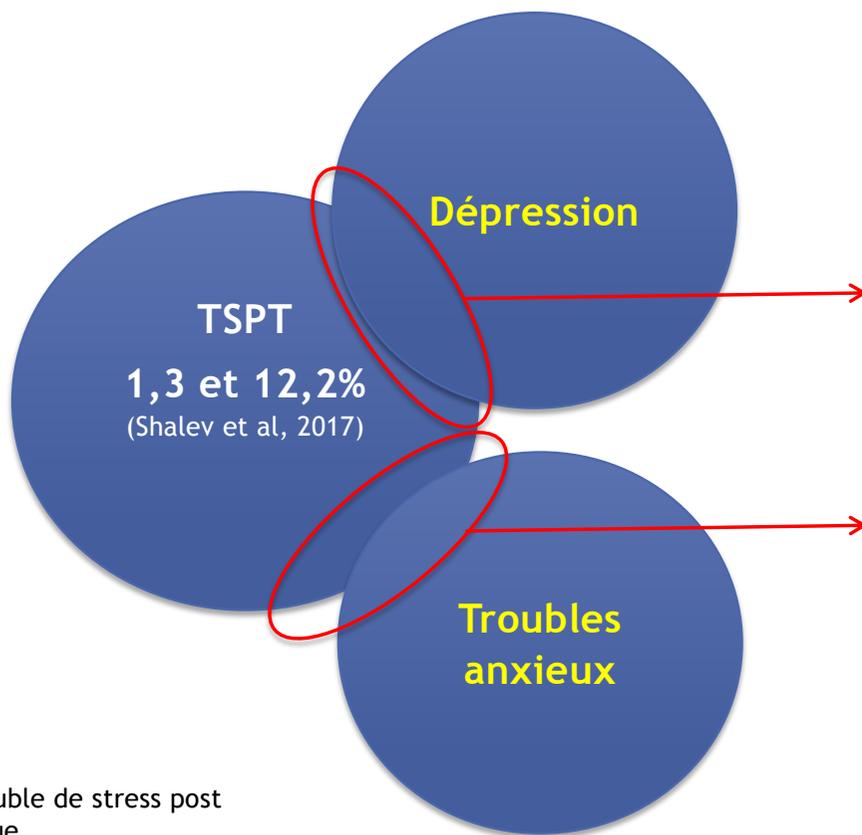
Psychothérapies
à privilégier
dans un
premier temps

Antidépresseurs
possibles (ISRS,
venlafaxine) si
choix du
patient ou 2^e
ligne

PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITÉS



Comorbidités dépressives et anxieuses dans le TSPT



Environ 50% d'EDC chez les patients souffrant de TSPT (Rytwinski et al, 2013)

Entre 7,3% et 31,4% de troubles anxieux selon le type de trouble et le sexe (Kessler et al, 1995)

TSPT : Trouble de stress post traumatique
EDC : Episode dépressif caractérisé

Clinique

Syndrome de répétition

- Souvenirs répétitifs, involontaires, envahissants
- Rêves répétitifs avec détresse
- Réactions dissociatives
- Sentiment de détresse intense en cas d'exposition à des indices
- Réactions physiologiques marquées

Evitement des stimuli associés au psychotraumatisme

- Efforts pour éviter les pensées ou émotions
- Efforts pour éviter les comportements

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur

- Incapacité de se rappeler d'un aspect important de l'événement traumatique
- Croyances négatives persistantes concernant soi-même, les autres ou le monde
- Distorsions cognitives dont culpabilité
- Emotions négatives persistantes
- Réduction de l'intérêt pour des activités importantes
- Détachement d'autrui
- Incapacité à éprouver des émotions positives

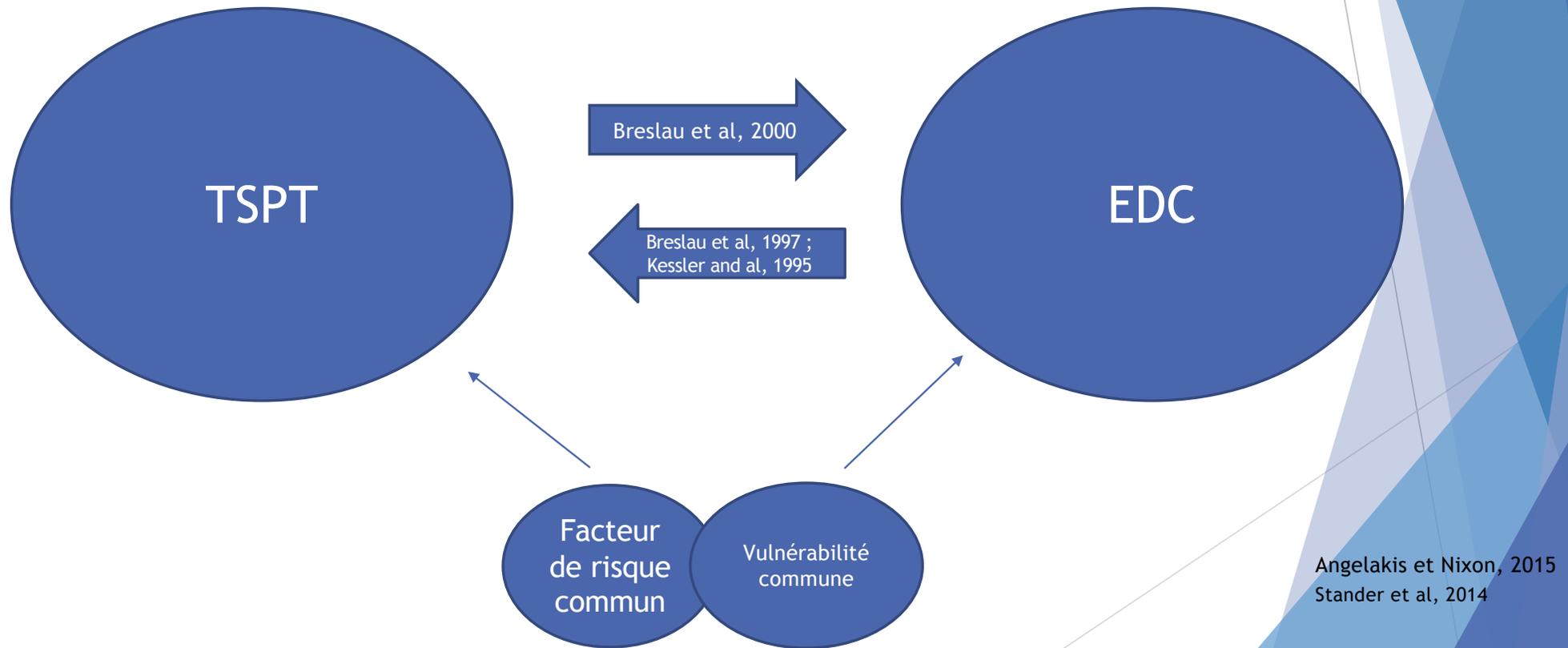
Altérations éveil et réactivité

- Troubles du sommeil
- Irritabilité
- Hypervigilance
- Comportement irréfléchi
- Réaction de sursaut exagérée
- Troubles de la concentration

Des spécificités de chacun des troubles malgré tout
(Forbes et al, 2010 ; Post et al, 2011)

Lien TSPT - Dépression

Une relation complexe



TSPT- Dépression

Implications pour la prise en charge

▶ Patients présentant une comorbidité (Campbell et al, 2007) :

- ▶ Plus jeunes
- ▶ Plus haut niveau d'éducation
- ▶ Plus de retentissement fonctionnel
- ▶ Intensité dépressive plus importante
- ▶ Plus d'idées suicidaires

Par rapport à
dépression
seule

▶ Résistance au traitement du TSPT et dépression préalable

- ▶ Résultats controversés

▶ Place de la psychothérapie

Dépression résistante

Quels facteurs de risque ?

TABLEAU II

Principaux facteurs de risque de la résistance dans la dépression

Facteurs sociodémographiques

Sexe féminin
 Âge du premier épisode < 30 ou > 60 ans
 Statut marital : veuf, divorcé, séparé
 Précarité sociale
 Bas niveau de scolarisation, d'éducation

Caractéristiques du trouble dépressif

Antécédents familiaux de dépression
 Sévérité importante
 Symptômes psychotiques
 Délai élevé d'instauration du traitement
 Nombre de traitements tentés pour l'épisode

Comorbidités psychiatriques

Troubles anxieux
 TOC
Syndrome de stress post-traumatique
 Troubles des conduites alimentaires
 Troubles de personnalité (cluster A et C)
 Addictions

Comorbidités somatiques

Endocriniennes : dysthyroïdies, hyperparathyroïdie, diabète, affections surrénaliennes
 Cardio-respiratoires : maladies coronariennes, syndrome d'apnée du sommeil, HTA, BPCO
 Métaboliques : carences en vitamine D, B12, acide folique
 Neurologiques : maladie de Parkinson, SEP, maladies neurodégénératives
 Néoplasiques : pancréas, poumon...
 Douleurs chroniques

Facteurs psychologiques

Évènements de vie négatifs
 Dysfonctionnement sphère professionnelle
 Dysfonctionnement sphère familiale

Facteurs pharmacologiques

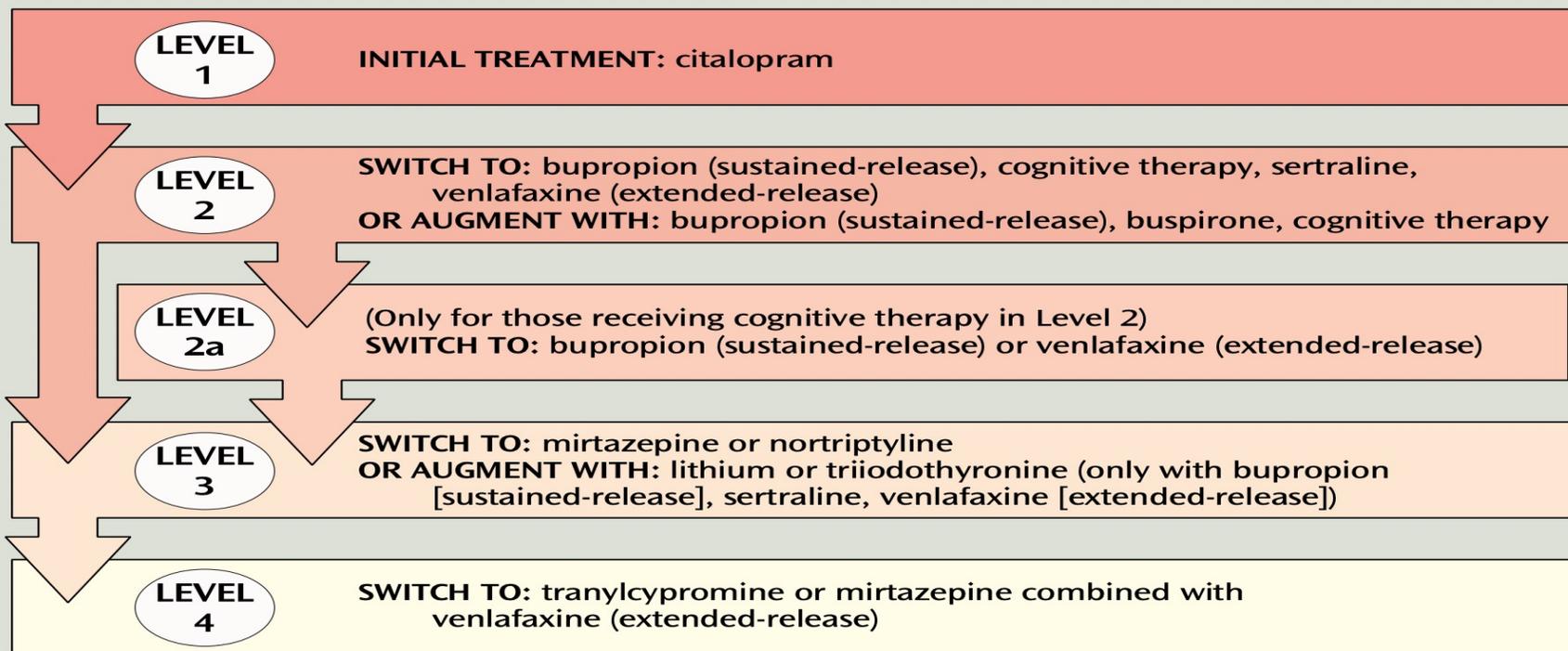
Interactions médicamenteuses : antiépileptiques, œstrogénostatifs, antidépresseurs, antihypertenseurs...
 Traitements dépressogènes : β-bloquants, interférons, corticoïdes...

Holtzmann et al, 2016c

Dépression résistante

Quelle prise en charge ?

STAR*D Algorithm



Points-clés

Profil clinique
possiblement
plus sévère

Résistance au
traitement
antidépresseur?

Importance de
prendre en
charge les
comorbidités



Prise en charge pharmacologique



Anxiolytiques

▶ Hydroxyzine

- ▶ A visée symptomatique
- ▶ Dès les premiers symptômes de l'ESA
- ▶ De 25 à 100 mg par jour



Recommandations de 2^{ème} ligne



ISRS

- ISRS: Monothérapie en première intention
- Posologie élevée
- Nécessité de paliers progressifs
- Délai d'action: 6 à 8 semaines
- Surveillance biologique: Na, bilan rénal, bilan hépatique, NFS



ISRS

- Paroxétine jusqu'à 60mg/ jour
- Fluoxétine jusqu'à 60mg/ jour
- Sertraline jusqu'à 200 mg/ jour

- Nécessité de paliers progressifs
- Délai d'action: 6 à 8 semaines
- Surveillance biologique: Na, bilan rénal, bilan hépatique, NFS

- Eviter Escitalopram/ Citalopram

CANMAT, APA, NICE

IRSNa

- Venlafaxine jusqu'à 375 mg/ jour
- Nécessité de paliers progressifs
- Délai d'action: 6 à 8 semaines
- Surveillance biologique: Na, bilan rénal, bilan hépatique, NFS

CANMAT, APA, NICE

Recommandations de 3^{ème} ligne



Autres antidépresseurs

- Mirtazapine jusqu'à 45 mg
- Utile devant troubles du sommeil et charge anxieuse importante
- Attention aux effets anticholinergiques
- Délai d'action: 6 à 8 semaines
- Surveillance biologique: Na, bilan rénal, bilan hépatique, NFS, gly, bilan lipidique

CANMAT, APA, NICE

Antipsychotiques

- En traitement adjuvant ou monothérapie
- A faible dose
 - Risperidone jusqu'à 2 mg
 - Aripiprazole jusqu'à 10 mg
 - Quetiapine jusqu'à 300 mg
- Eviter Olanzapine

CANMAT, APA, NICE

Antiépileptiques

- Topiramate
- Jusqu'à 500mg/jour en deux prises
- Surveillance biologique: Na, Cl, bilan rénal, bilan hépatique, NFS
- Risque d'hyperammoniémie (effet dose)
- Interactions médicamenteuses multiples (contraceptif, lithium, risperidone)

CANMAT, APA, NICE

Antiépileptiques

- Carbamazépine
- De 400 à 800 mg/ jour en deux prises (forme LP)
- Interactions médicamenteuses multiples (contraceptif, antibiotiques)
- Surveillance biologique: NFS-pla, bilan hépatique
- Dosage plasmatique aisé
- Surveillance cutanée

CANMAT, APA, NICE

Prise en charge du cauchemars post traumatique



Cauchemar - DSM 5

- ▶ Survenues répétées de rêves prolongés, extrêmement dysphoriques, dont le souvenir persiste lors de l'éveil, qui impliquent généralement des efforts pour éviter des menaces contre la survie, la sécurité ou l'intégrité physique et qui surviennent habituellement pendant la deuxième partie de la principale période de sommeil
- ▶ Lorsque le sujet se réveille immédiatement après un rêve dysphorique, il est rapidement orienté et pleinement éveillé
- ▶ La perturbation du sommeil provoque une détresse significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
- ▶ Les symptômes du cauchemar ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à un abus, médicament)
- ▶ Des troubles mentaux et médicaux concomitants n'expliquent pas convenablement la plainte principale de rêves dysphoriques

Cauchemar - DSM 5

► *Evolution*

Aigue : La durée de la période de cauchemars est de 1 mois ou moins.

Subaigue : La durée de la période de cauchemars est supérieure à 1 mois mais inférieure à 6 mois.

Persistante : La durée de la période de cauchemars est de 6 mois ou plus.

► *Sévérité* actuelle

Léger : Moins d'un épisode par semaine en moyenne.

Moyen : Un ou plusieurs épisodes par semaine mais pas toutes les nuits.

Grave : Épisodes toutes les nuits.



Cauchemar

- Diagnostic différentiel avec le TSPT
 - Arguments chronologiques a préciser
 - Dimensions symptomatique du TSPT
- Peut faire l'objet d'une prise en charge symptomatique si résistant au traitement de première ligne



Epidémiologie

- Population générale: 2 à 6% au moins une fois par semaine
- Patients souffrant de TSPT: 52 à 90%
- Le cauchemar du TSPT est considéré comme une reviviscence
- Expression de la mémoire traumatique

DSM 5, APA., 2013; Spoormaker et Montgomery., 2008; Gieselman et al. 2019

Conséquences des cauchemars

- Détresse émotionnelle
- Résistance, évitement et peur du sommeil
- Perturbation des cycles du sommeil
- Asthénie, anéregie
- Irritabilité
- Difficultés attentionnelles
- Emotions négatives, tristesse, dramatisation
- Risque de trouble de l'usage
- Risque suicidaire accru

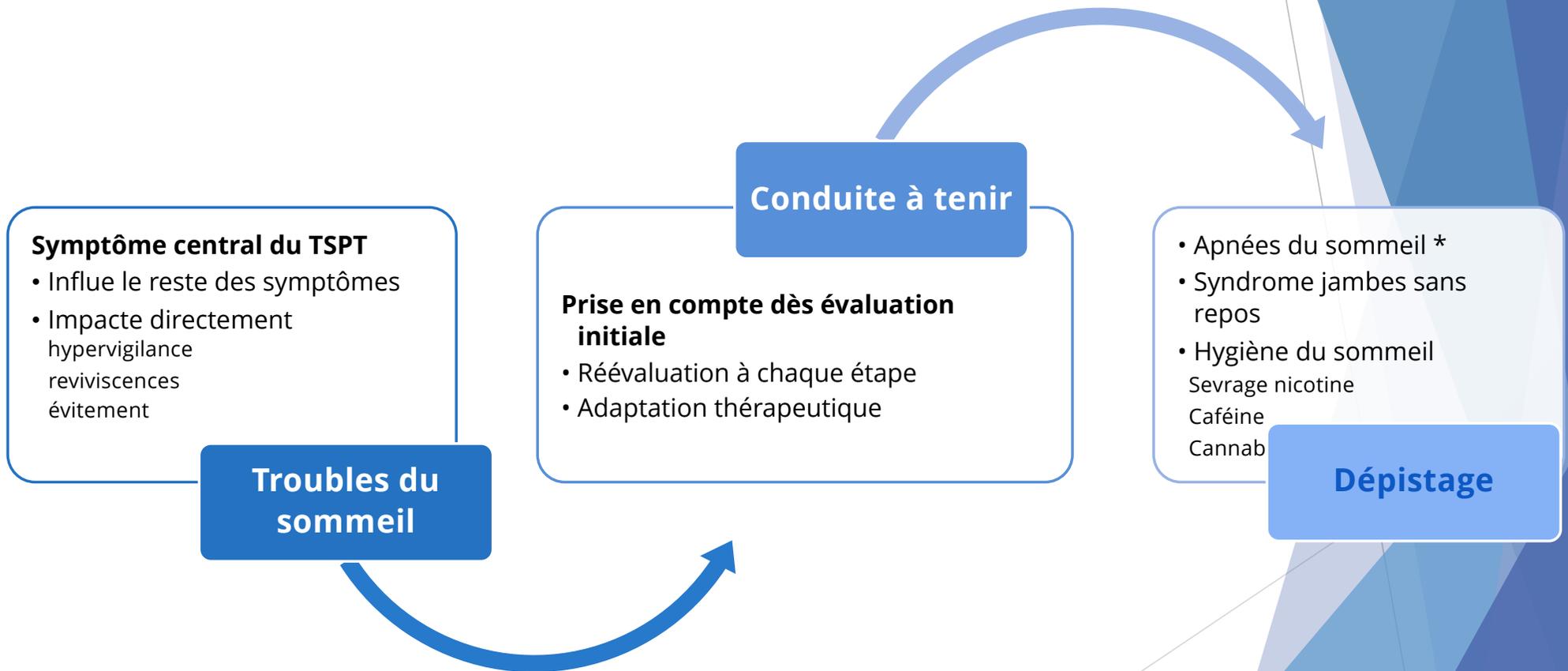


Cauchemars et TSPT

- Symptôme résiduel fréquent après traitement du TSPT
- Indication à une prise en charge ciblée
 - TCC des cauchemars post traumatiques
 - Pharmacothérapie spécifique



Troubles du sommeil



* Collen et al., 2012; Krakow et al., 2015

Cauchemars et Pharmacothérapie

- Peu d'efficacité des hypnotiques classiques
- Intérêt de la MIANSERINE
- PRAZOSINE (hors AMM)
 - Antagoniste Alpha 1 adrenergique
 - Hypothèse d'une hyper activation du système nerveux autonome
 - Instauration à 1mg au coucher, majoration progressive par paliers de 1 à 2mg
 - Posologie moyenne 3mg, posologie max 10mg
 - Durée de 3 à 9 semaines
 - Maintien des psychothérapie en cours

PRAZOSINE

- Bonne tolérance tensionnelle retrouvées dans littérature
- Posologie parfois supérieures à 10mg
- Efficacité sur les cauchemars post traumatiques
- Efficacité sur la qualité globale du sommeil
- Amélioration des symptômes globaux du TSPT

Martin et al. 2021; Raskind et al. 2018; Taylor et al. 2008

PRAZOSINE

- **Taylor et al (2008) portant sur 13 patients**
 - Augmentation de la durée du sommeil de 94 min
 - Réduction des symptômes nocturnes du TSPT
- **Raskind et al (2013) portant sur 10 vétérans du Vietnam**
 - Posologie 9,5 mg en moyenne
 - Bonne tolérance
 - Efficacité sur les cauchemars et la qualité du sommeil
- **Raskind et al (2018) portant sur 40 vétérans**
 - Posologie 13,3 mg en moyenne
 - Efficacité significative sur
 - La réduction des cauchemars
 - La qualité du sommeil
 - L'état clinique global



PRAZOSINE

- **Martin et al (2021): Enquete 156 psychiatres australiens et néo-zélandais**
- **Questionnement sur leur pratique/prazosine/cauchemars**
 - Habitudes de prescription
 - 83 % prescrivait la prazosine
 - 48 % la quétiapine
 - 16% la clonidine
 - 14% la mirtazapine
 - 2 % rapportaient une inefficacité pour la prazosine
 - Posologies allant de 0,5 a 45 mg

Merci pour votre attention

