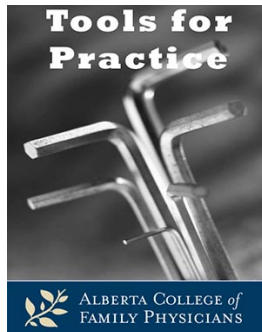


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

13 avril 2015



Antipsychotiques atypiques pour l'anxiété : cela vaut-il la peine de s'inquiéter?

Question clinique : Les antipsychotiques atypiques (seuls ou ajoutés aux antidépresseurs) sont-ils efficaces pour la prise en charge des troubles d'anxiété?

Conclusion : Les antipsychotiques atypiques ont une efficacité semblable à celle des antidépresseurs dans le traitement du trouble d'anxiété généralisée (TAG), mais ils sont moins bien tolérés et n'améliorent pas le taux de réponse lorsqu'ils sont ajoutés aux antidépresseurs. Dans le cas du trouble obsessionnel-compulsif (TOC), environ une personne sur quatre à huit aura une réponse lorsque les antipsychotiques sont ajoutés aux antidépresseurs, tandis qu'un patient sur neuf y mettra fin en raison d'effets indésirables.

Données probantes

- Tous les résultats inclus sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
 - TAG – Revue systématique de la plus haute qualité portant sur neuf essais cliniques randomisés (ECR) menés auprès de 4 387 patients¹.
 - La quétiapine par rapport au placebo (quatre ECR et 2 262 patients) :
 - Réponse : Nombre de sujets à traiter (NST)=6. Résultats incohérents.
 - Rémission : NST=10. Résultats incohérents.
 - Interruption due aux événements indésirables : Nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN)=9.
 - La quétiapine par rapport aux antidépresseurs (deux ECR, 858 patients) :
 - L'efficacité est semblable, mais les interruptions en raison d'effets indésirables étaient plus nombreuses avec la quétiapine, NNN=11.
 - La quétiapine (un ECR, 22 patients), la rispéridone (deux ECR, 457 patients) ou l'olanzapine (un ECR, 24 patients) par rapport au placebo ajouté aux antidépresseurs :
 - Aucune différence, sauf pour l'essai sur l'olanzapine qui a constaté une amélioration du score sur l'échelle d'anxiété.
 - TOC – Revue systématique de la plus haute qualité portant sur 11 ECR (396 patients)² :

- Les antipsychotiques par rapport au placebo ajouté aux antidépresseurs :
 - Olanzapine : Aucune différence.
 - Quétiapine : Réponse, NST=8 (seuil de signification, $p=0,07$).
 - Interruption prématurée en raison d'effets indésirables, NNN=9 sur 12 semaines.
 - Risperidone : Réponse, NST=4.
 - Aucune différence quant à l'interruption prématurée pour cause d'effets indésirables.
- Aucun ECR faisant une comparaison avec le placebo ou les antidépresseurs.
- D'autres revues ont constaté des résultats semblables³⁻¹⁰. Selon deux ECR (79 patients), l'aripiprazole pourrait avoir un effet bénéfique sur le TOC⁷.
- Limites : Les études étaient de courte durée (16 semaines ou moins), elles étaient toutes financées par le fabricant, elles comportaient souvent des échantillons de petite taille et, dans la plupart des études, les méthodes utilisées pour assurer la randomisation et l'insu n'étaient pas claires^{1,2}.

Contexte

- Aucune donnée probante sur le trouble panique et trop peu de données probantes (deux ECR, 27 patients) sur la phobie sociale¹.
- Le NST est d'environ 5 ou 6 sur 10 à 13 semaines pour la réponse aux antidépresseurs chez les patients atteints du TAG et du TOC^{11,12}.
- Dans le cas de la dépression, les données probantes appuient davantage les antipsychotiques atypiques comme stratégie d'augmentation des antidépresseurs que la thérapie seule¹³.
- Les lignes directrices canadiennes recommandent habituellement les antipsychotiques atypiques en troisième ligne (seuls ou comme traitement auxiliaire) pour la plupart des troubles d'anxiété et la rispéridone et l'aripiprazole comme traitements auxiliaires de première ligne pour les personnes atteintes du TOC¹⁴.

Auteurs

Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D., et Lisa Freeman, B.Sc. avec spécialisation, M.D., CCMF

Divulgateion

Les auteures n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Depping AM, Komossa K, Kissling W, *et al.*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, 12 : CD008120.
2. Komossa K, Depping AM, Meyer M, *et al.*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, 12 : CD008141.
3. LaLonde CD, Van Lieshout RJ, *J Clin Psychopharmacol*, 2011, 31(3) : 326-333.
4. Maglione M, Maher AR, Hu J, *et al.*, Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2011 Sep, Report No.: 11-EHC087-EF.
5. Maher AR, Maglione M, Bagley S, *et al.*, *JAMA*, 2011, 306(12) : 1359-1369.
6. Dold M, Aigner M, Lanzenberger R, *et al.*, *Int J Neuropsychopharmacol*, 2013, 16 : 557-574.
7. Veale D, Miles S, Smallcombe N, *et al.*, *BMC Psychiatry*, 2014, 14(1) : 317 [diffusion en ligne avant l'impression].
8. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmindi B, *et al.*, *Mol Psychiatry*, 2006, 11 : 622-632.
9. Skapinakis P, Papatheodorou T, Mavreas V, *Eur Neuropsychopharmacol*, 2007, 17 : 79-93.

10. Soomro GS, BMJ Clin Evid, 2012, pii : 1004.
11. Kapczynski FFK, Silva de Lima M, dos Santos Souza JJSS, *et al.*, Cochrane Database Syst Rev, 2003, 2 : CD003592.
12. Soomro GM, Altman DG, Rajagopal S, *et al.*, Cochrane Database System Rev, 2008, 1 : CD001765.
13. Turgeon R, Allan GM, Tools for Practice, Alberta College of Family Physicians, 2012 January 23. Publication sur Internet : https://www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1397837410_20120123_084835.pdf (consulté la dernière fois le 9 avril 2015).
14. Katzman MA, Bleau P, Blier P, *et al.*, BMC Psychiatry, 2014, 14 Suppl 1 : S1.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique.

L'ACFP appuie la publication et la diffusion des articles de la bibliothèque Tools for Practice depuis 2009. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sans frais supplémentaires sur le [site Web de l'ACFP](#).

Vous pouvez maintenant accumuler des crédits sur le site Tools for Practice! En août 2014, l'ACFP a lancé [GoMainpro, un outil d'agrément en ligne](#) destiné à faciliter l'agrément MAINPRO® de la bibliothèque Tools for Practice de l'ACFP, qui a été agréée par le Collège des médecins de famille du Canada pour les crédits Mainpro-M1. La combinaison du programme d'entrée directe du Collège des médecins de famille du Canada et des caractéristiques de suivi et d'établissement de rapports de GoMainpro fournit un moyen facile et commode d'accumuler les crédits Mainpro-M1.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteures et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.