

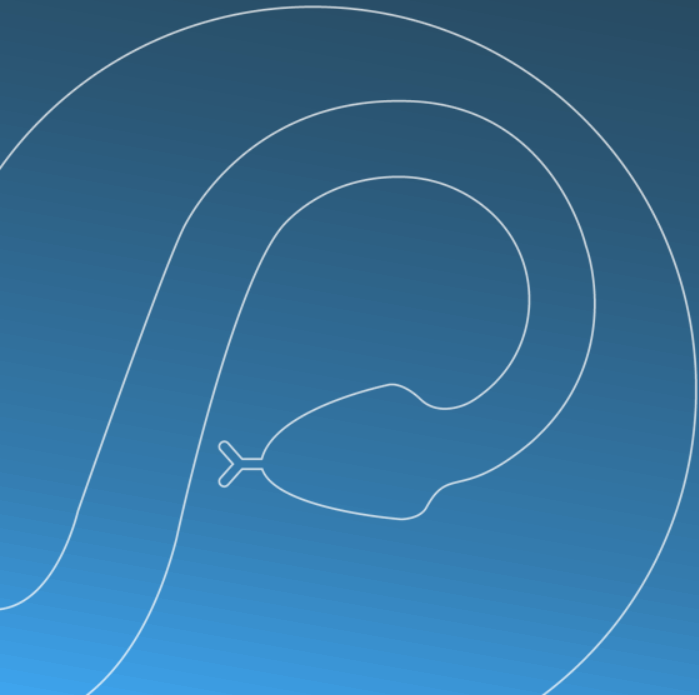


phel
Pharmacie des Hôpitaux
de l'Est Lémanique



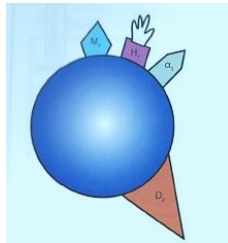
Flash info médicament

**NEUROLEPTIQUES ET TROUBLES
METABOLIQUES: suivi**

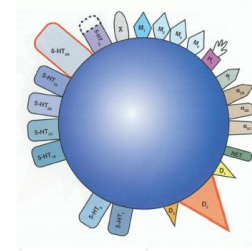


MAJ: MHC, 03.2023

Pharmacologie des neuroleptiques



- **NL typiques (1^{ère} gé.):**
antagoniste **D2** > 5HT_{2A}
ex: halopéridol (Haldol®), zuclophenthixol (Clopixol®)...



- **NL atypiques (2^{ème} gé.):**
antagoniste **5HT_{2A}** > D₂
ex: paliperidone (Invega®), rispéridone (Risperdal®), olanzapine (Zyprexa®), clozapine, quétiapine...

El extrapyramidaux

Trbles métaboliques

- **Dans les atypiques: une classe à part**
agonistes **partiels D2**: ex: aripiprazole (Abilify®), brexpiprazole (Rexulti®), cariprazine (Reagila®) : Risques d'El extrapyramidaux et métaboliques: FAIBLES

Exceptions classification... : lurasidone (Latuda® HT_{2A}=D₂) et amisulpride (Solian®)

Les effets indésirables métaboliques

➤ Quelles explications ?

Récepteurs	Possible(s) effet(s) secondaire(s)
Antagonisme réc. dopaminergique D2	Prise de poids, effets extrapyramidaux, effets endocriniens (prolactine)
Antagonisme réc. sérotoninergique 5HT2C	Prise de poids, diabète
Antagonisme réc. adrénérgique α 1	Prise de poids, hypotension, sédation
Antagonisme réc. histaminergique H1	Prise de poids, diabète, sédation
Antagonisme réc. muscarinique M1	Effets anticholinergiques (sécheresse buccale, troubles visuels, constipation)
Antagonisme réc. muscarinique M3	Diabète

Prise de poids, hyperglycémie, diabète, hyperlipidémies :
Mécanismes combinés.

Prise de poids

➤ **Facteurs favorisants:** génétique, hygiène de vie, âge jeune, BMI < 25, symptôme neg. ++

➤ **Mécanisme de la prise pondérale sous AP :**

- **Appétit augmenté:** attire nourriture riche
- **Métabolisme réduit** des graisses et des sucres, augmentation de l'adipogénèse.
- **Résistance** à l'insuline, diabète, dyslipidémie
- **Soif:** effet antichol. => Apport hydrique, calorique
- **Sédation:** dépenses énergétiques diminuées

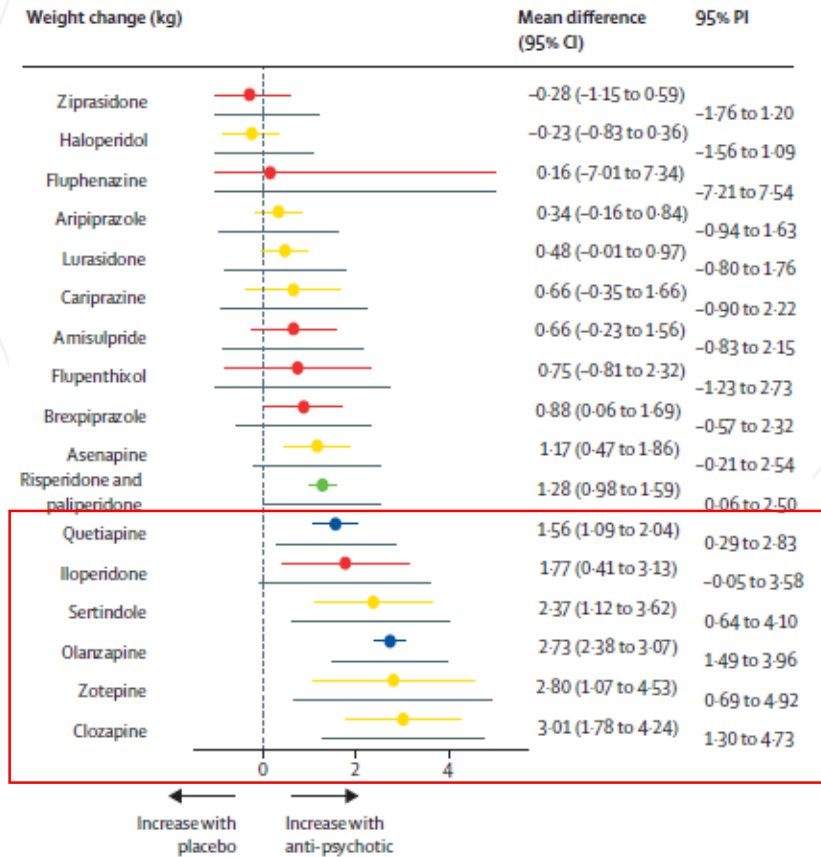
Dose – dépendant ? **Pas forcément !**

Ex. olanzapine: à 48 sem.: **64%** des patients avec prise de poids **de plus de 7 % :**

⇒ **32%** des patients avec prise de poids de **plus de 15 %**,

⇒ **12%** des patients avec prise de poids de **plus de 25 %**

• Différence notable entre les antipsychotiques



Prise de poids...En pratique

- **Avant** l'introduction du traitement:
 - Prendre en compte les facteurs de risque :
 - Antécédents familiaux: (obésité, et IMC parentaux)
 - Facteurs individuels (jeune âge, IMC < 25, co-morbidités, habitudes de vie (tabac, activité physique)... **Variabilité interindividuelle ++ !**
 - Noter : poids/taille => IMC (BMI) (= poids(kg) / [taille(m)]²) et la circonférence abdominale
 - Informer le patient

- **1 mois après:**

- Si augmentation égale ou > 5% du poids initial dans les 2-4 semaines du début de traitement => **prédit fortement une prise de poids ++**

et/ou

- si IMC >25 ou périmètre abdominal > 80 cm (Femme) ou > 94 cm (homme):
 - **Réévaluer le traitement et/ou mesure hygiéno-diététiques au plus tôt ++** (Action sur le style de vie, consultation diététique)
 - **«Switcher» vers NL à moindre effet métabolique**

Remarque : en absence d'alternatives avec clozapine et olanzapine: Possibilité d'ajout aripiprazole 5 mg (off label).

Dyslipidémie

- Peut être associé à un gain de poids OU pas
- Augmentation des lipides > 5 % en un mois (peut survenir 2 semaines après le début du traitement) = **marqueur prédictif de développement d'une dyslipidémie**
- **Molécules à risque:** olanzapine, clozapine, quétiapine, risperidone > autres NL atypiques

- **En pratique:**

- Effectuer un profil lipidique avant d'introduire le traitement
- Contrôler après 1 mois et 3 mois du début du ttt puis 1x/an
- Si valeur anormale: monitoring + fréquent requis
- Si mesures hygiéno-diététiques insuffisantes: discuter l'introduction d'un agent hypolipémiant (pas de molécule spécifique)

Diabète

- Souvent lié à obésité abdominale
- MAIS diabète: peut être indépendant de la prise de poids
- Propriétés spécifiques à la substance: pas d'effet de classe
- Un diabète préexistant n'est pas une CI à la prescription d'un neuroleptique (contrôle glycémique; HbA1c).

- Suivi et prise en charge:
 - Molécules les plus à risque: olanzapine et clozapine > risperidone, quétiapine > autres NL atypiques

- Contrôle de la glycémie à jeun avant le début du traitement
- Contrôler après 1 mois et 3 mois du début du ttt puis 1x/an
- Si valeur anormale : avis endocrinologue (metformine)

Le syndrome métabolique

Hyperglycémie

> 5.6 mmol/L (à jeun)
(100mg/dL)

HTA

> 130/85 mmHg

HDL diminué

H: < 1.1 mmol/L
F: < 1.3 mmol/L

Périmètre abdominal**

H: ≥ 102 cm
F: ≥ 88 cm

Hypertriglycémie

> 1.7 mmol/L (à jeun)
(=150mg/dL)

Syndrome métabolique*

Risques :

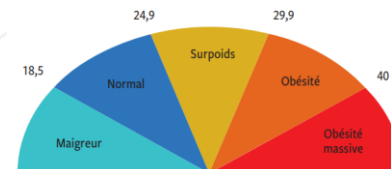
- Diabète type II x 5
- Cardiovasculaires: IDM x3 et AVC x3

* Absence de consensus: présence de 3 facteurs sur les 5, ou périmètre abdo augmenté + un des 4 autres facteurs.

** Si IMC (=BMI) > 30kg/m² (obésité) : admis que périmètre abdominal est élevé.

Suivi métabolique sous NL

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids en kilos}}{(\text{Taille} \times \text{Taille}) \text{ en mètres}}$$



Source: Fournier et al, RMS 2017

Stratégie de surveillance: va dépendre

- des facteurs de risque détectés avant instauration du traitement
- des signes cliniques apparaissant pendant le traitement
- du ttt antipsychotique instauré.

T ₀ = avant le début du traitement	T ₀	Mois 1	Mois 2	Mois 3	Mois 6	1 an	1x/an
Interrogatoire clinique (facteurs de risque)	X					X	X
Poids corporel	X	X 1x/sem. pdt les 6 1 ^{ères} sem.	X	X	X	X	X
Tour de taille	X	X	X	X	X	X	X
Pression artérielle	X			X		X	X
Glycémie à jeun	X	X		X		X	X
Profil lipidique	X	X		X		X (> 40 ans)	X

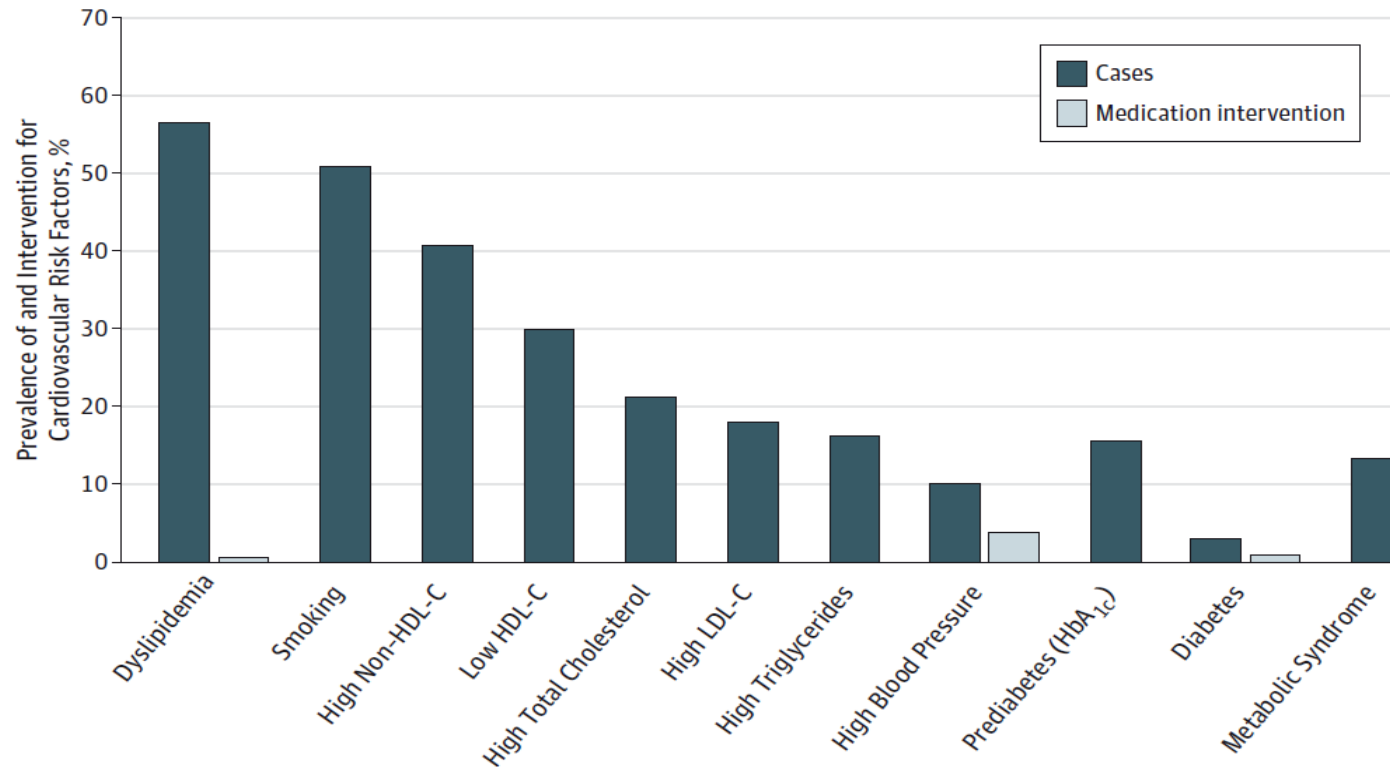
Prise en charge des E.I.: suffisante ?

Original Investigation

Cardiométabolique Risk in Patients With First-Episode Schizophrenia Spectrum Disorders
Baseline Results From the RAISE-ETP Study

Christoph U. Correll, MD, Delbert G. Robinson, MD, Nina R. Schooler, PhD, Mary F. Brunette, MD, Kim T. Mueser, PhD, Robert A. Rosenheck, MD, Patricia Marcy, BSN, Jean Addington, PhD, Sue E. Estroff, PhD, James Robinson, MEd, David L. Penn, PhD, Susan Azrin, PhD, Amy Goldstein, PhD, Joanne Severe, MS, Robert Heissen, PhD, John M. Kane, MD

○ Prévalence des facteurs de risque CV et interventions médicales



(USA. N = 394; âge moyen: 26 ans; traitement antipsychotique: depuis moins de 6 mois)

Conclusion



- ✓ **Identifier** les patients et mdct à **risque** lors de la prescription
- ✓ **Suivi métabolique** à intervalle régulier (poids,...) en collab. méd. traitant
- ✓ **Intervenir RAPIDEMENT!:** Seuil de 5% de prise de poids ET de 5% d'augmentation de lipides à 1 mois = facteurs de risque élevés
- ✓ **Maintien ou changement de ttment?:** Evaluer **rapport bénéfique/risque**
- ✓ **Prise en charge facteurs de risques CV** pour minimiser les conséquences du trouble métabolique: Prescription d'un suivi diététique, encourager activité physique, soutien arrêt tabac...
- ✓ **Considérer la prise en charge par un traitement somatique** additionnel pour diminuer le risque CV

Où trouver l'information ?



La PHEL | Prestations | Informations médicaments | Recherche & Enseignement

Utilisation des médicaments

- Général
- Classes Thérapeutiques
- Interactions
- Prescription
- Administration
- Conservation
- Services Spécifiques

Commission des médicaments

Liste des médicaments et génériques

ANNUAIRE | EMPLOIS |

Site : www.phel.ch

MES LIENS

MES LIENS

- Site internet
- Local.ch
- Briochrome
- Compendium
- Doodle
- Formation MSST
- Google
- CHUVclass
- Intranet ICH
- HPCI
- Analyse CH
- PubMed
- PHEL
- Ovid SP
- RefMed PHEL
- Résemi
- SwissMedic
- Tarmed
- Unilabs
- Webmail
- Arjo
- Gardes Pédiatriques
- Librairies Médicales



ANNUAIRE | EMPLOIS | PARTENAIRES | ACTUALITÉS | LOGIN | CONTACT

La PHEL | Prestations | Informations médicaments | Recherche & Enseignement

Rechercher...

INFORMATIONS MÉDICAMENTS

Utilisation des médicaments

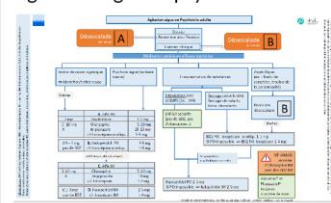
- Général
- Classes Thérapeutiques
- Interactions
- Prescription
- Administration
- Conservation
- Services Spécifiques**
 - Oncologie
 - Pédiatrie
 - Gynécologie-obstétrique
 - Soins intensifs
 - Soins palliatifs
 - Psychiatrie
 - Urgences

Commission des médicaments

Liste des médicaments et génériques

Home > Psychiatrie

Agitation aiguë en psychiatrie adulte



Agitation aiguë en psychiatrie adulte: Tableau des psychotropes en IM

Psychotrope	Indication	Dose	Effets secondaires	Contre-indications
Halopéridol	Agitation	1-2 mg/kg/jour	Extrapyramidaires	Maladie hépatique
Risperidone	Agitation	1-2 mg/jour	Extrapyramidaires	Maladie hépatique
Olanzapine	Agitation	5-10 mg/jour	Extrapyramidaires	Maladie hépatique
Quétiapine	Agitation	150-300 mg/jour	Extrapyramidaires	Maladie hépatique
Aripiprazole	Agitation	15-30 mg/jour	Extrapyramidaires	Maladie hépatique
Ziprasidone	Agitation	60-120 mg/jour	Extrapyramidaires	Maladie hépatique
Lurasidone	Agitation	60-120 mg/jour	Extrapyramidaires	Maladie hépatique
Carbamazépine	Agitation	10-15 mg/kg/jour	Extrapyramidaires	Maladie hépatique
Valproate	Agitation	10-15 mg/kg/jour	Extrapyramidaires	Maladie hépatique
Lithium	Agitation	0.6-1.2 mmol/l	Extrapyramidaires	Maladie hépatique

Publié le 7 janv. 2021

Administration de vitamine B1

fiche sommeil - soignant - patient



MERCI !



Assistance pharmaceutique de la Phel :
058 773 4214