

**Cibler les antidépresseurs suivants : cette stratégie améliore le taux de réponse de 5 à 6% environ.**

- ❖ Escitalopram (Cipralex®)
- ❖ Venlafaxine, Desvenlafaxine (Effexor® ou Pristiq®\*)
- ❖ Duloxétine (Cymbalta®\*\*\*) ou Mirtazapine
- ❖ Sertraline (Zoloft®)

**Puis, ajouter un 2<sup>e</sup> médicament selon la pertinence clinique des symptômes cibles et votre expérience clinique :**

<p><b>1 – Ajout :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous de niveau 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Abilify®</b> : débuter à 2 mg AM, augmenter PRN jusqu’à 7 mg</li> <li>❖ <b>Quétiapine XR</b> ou <b>ir</b>: 50 mg x 2-4 jrs, puis 100-150mg, au souper, augmenter PRN jusqu’à 300</li> <li>❖ <b>Risperidone</b> débuter à 0,5 mg, et ajuster entre 0,25 à 1,5 mg HS (½ à 3 co. de 0,5 mg)</li> </ul>
<p><b>2 – Ajout :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous de niveau 2, sauf si spécifié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Bupropion SR 100</b> à 400 mg (ou XL 150 à 300 mg) chaque matin.</li> <li>❖ <b>Lithium</b> : débuter 450 mg HS et si réponse insuffisante ajuster lithémie entre 0,6-1,2 mM/L</li> <li>❖ <b>Mirtazapine</b> débuter à 15 mg et ajuster entre 15 et 60 mg HS</li> <li>❖ <b>Olanzapine</b> 5 mg ½ à 2co. HS (Niveau 1 comme efficacité, mais problème de poids plus fréquent)</li> <li>❖ <b>Modafinil</b> (Un stimulant atypique)</li> <li>❖ <b>Triiodothyronine (T3)</b> ou le <b>Brexiprazole</b> qui sera bientôt disponible au Québec</li> </ul>
<p><b>3 – Ajout :</b> si problème de poids avec les ajouts des médicaments de Niveau 1 et si Niveau 2 inefficace ou si problème de poids.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Latuda®***</b>:débuter 40 mg HS ou 20 mg au souper, parfois10 mg (ou 20hs). Ajuster entre 10à60 mg</li> <li>❖ <b>Saphris®***</b>: débuter à 5 mg HS sublinguale, ajuster entre 2,5 à 7,5 mg (1/2-11/2 co.) HS, si anxiété sévère résistante</li> <li>❖ <b>Ziprazidone</b> (Niveau 3) : débuter à 20 mg et ajuster entre 20 à 60 mg</li> </ul>
<p><b>3 – Autres ajouts : Niveau 3</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Autre antidépresseur***</b>: Tricycliques (<b>Amitriptyline, Désipramine, Clomipramine</b>), <b>IMAO</b></li> <li>❖ <b>Stimulants</b> soit <b>Méthylphénidate</b> (<b>Ritalin</b> ou <b>Concerta</b>) ou <b>sels d’amphétamine</b> (<b>Dexédrine, Vyvanse</b>)</li> </ul>

CANMAT Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: section 3. Pharmacological Treatments. Sidney H. Kennedy & R.W. Lam & al. Canadian Journal of Psychiatry 2016, Vol.61(9) 540-560.

\* PPyale<sup>MD</sup> : Suggestions du PPyale<sup>MD</sup> pour les patients susceptibles de présenter des effets secondaires de libido.

\*\*Les nouveaux antipsychotiques atypiques (Latuda et Saphris) ont été ajoutés dans le tableau par le PPyale<sup>MD</sup> suite à la demande de patients désirant minimiser les prises de poids. Niveau non spécifié.

\*\*\*Voir le tableau d’Éric Teboul (section F) pour connaître les autres AD à cibler selon le profil du patient 2. Ex. Duloxétine, surtout si douleur; Mirtazapine si insomnie sévère, etc. selon le tableau.

Les termes de potentialisation et de combinaison ne sont plus utilisés dans le vocabulaire du traitement du TDM étant maintenant remplacés par le terme « Ajout ».

Concept créé par P.P. Yale<sup>MD</sup>. Document édité et révisé par P.P. Yale<sup>MD</sup> avec la collaboration de V. Tourjman<sup>MD</sup> le 01-10-2016.

Note : L’information contenue dans ce document est incomplète, non inclusive et comprend certaines indications usuelles non indiquées dans les monographies officielles du CPS canadien. En tout temps, se référer au CPS pour la totalité des précautions, y compris celles liées aux doses, et pour les contre-indications selon les diverses conditions médicales du patient.