

Quelle place doit-on accorder à l'utilisation des antidépresseurs pour le traitement de la dépression majeure en pédiatrie?

Julie Grenier

Mots clés

Dépression, enfant, adolescent, traitement, antidépresseur, suicide

La dépression est une affection bio-psycho-sociale qui, sans traitement approprié, peut être invalidante et avoir de graves conséquences^{1,2}. Actuellement, jusqu'à 5 % des enfants et 8 % des adolescents rencontrent les critères de dépression majeure selon le « Children's Depression Rating Scale-Revised »². On estime les enfants de parents déprimés plus à risque de vivre un épisode dépressif. Les problèmes physiques graves, le milieu socio-économique défavorisé, la délinquance et la conduite antisociale s'ajoutent aux facteurs qui risquent d'induire la dépression chez la clientèle pédiatrique¹.

Les manifestations de la dépression en pédiatrie se distinguent parfois de celles reconnues chez l'adulte. Les enfants peinent à exprimer ce qu'ils ressentent. Les plus jeunes affichent un visage triste et de l'irritabilité. Un sentiment d'impuissance les gagne dès l'âge scolaire, puis ils deviennent pessimistes et développent de la culpabilité au début de la puberté³. Cliniquement, les enfants d'âge préscolaire peuvent se plaindre de malaises physiques ou manifester de l'anxiété de séparation. À l'école, ils peuvent éprouver des difficultés d'apprentissage ou des troubles comportementaux. De façon atypique, d'autres enfants manifestent de l'hyperactivité, sont enjoués ou refusent de dormir^{1,3}. En moyenne, un épisode dépressif non traité persiste neuf mois. Inévitablement, plus l'épisode dépressif s'allonge, plus le risque de suicide s'accroît³.

Le traitement de la dépression majeure en pédiatrie et l'utilisation des antidépresseurs ont entraîné une controverse importante. Santé Canada a émis en février dernier un avis à l'égard du potentiel de risque de suicide secondaire aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et d'autres antidépresseurs utilisés en pédiatrie⁴. En fait, aucun antidépresseur n'est approuvé au Canada dans le traitement de la dépression majeure chez les moins de 18 ans, la paroxétine est même contre-indiquée. Aux États-Unis, seule la fluoxétine a obtenu l'approbation de la Food and Drug Administration (FDA) chez les enfants de plus de sept ans. La monographie du produit inclut tout de même une mise en garde au sujet du potentiel de suicide avec la prise de ce médicament^{5,6}. Les autres ISRS sont quand même utilisés et leurs monographies incluent la même mise en garde.

Le volume d'ordonnances d'antidépresseurs dans la population a quasiment doublé entre 1998-2003⁶. Des études ont démontré l'efficacité de certains agents, dont quelques ISRS, dans la dépression majeure en pédiatrie^{2,7}. Qu'en est-il de leur sécurité? L'innocuité questionnable des antidépresseurs justifie les préoccupations sur l'existence d'un lien de causalité entre des tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents et la prise d'antidépresseurs. Une étude qui a comparé le taux de suicide lors de la prise d'ISRS, d'autres antidépresseurs ou d'un placebo n'a pu démontrer de lien entre les ISRS et l'augmentation du risque de suicide chez l'adulte⁸. En pédiatrie, aucune étude n'a été conçue pour mesurer cette issue.

Différents mécanismes sont proposés pour élucider la relation entre les antidépresseurs et le risque de suicide. L'inefficacité de l'agent prescrit pourrait entraîner le suicide. Les cas de suicide semblent coïncider avec l'amorce ou la fin du traitement, d'où l'importance de titrer graduellement les doses d'antidépresseurs. L'effet de l'antidépresseur, en améliorant sensiblement l'état de la personne, pourrait permettre à cette dernière d'avoir l'énergie suffisante pour passer à l'acte. Les effets indésirables ou la toxicité secondaire aux antidépresseurs sont les derniers mécanismes proposés.

La littérature actuelle reste inappropriée pour représenter adéquatement les évidences quant à l'efficacité et à l'innocuité des antidépresseurs en pédiatrie. Pour ces raisons, certaines lignes de conduite, lors de la validation des ordonnances d'antidépresseurs, sont incontournables. Lors d'une nouvelle ordonnance, le pharmacien doit s'assurer que l'enfant a été évalué adéquatement par son médecin et qu'un suivi médical est planifié. Il s'informe régulièrement de la tolérance au médicament. Une fois le traitement amorcé, le pharmacien suggère de réévaluer sa pertinence si cela ne semble pas fait d'emblée et effectue un suivi en ce qui a trait à l'apparition d'effets indésirables.

Le traitement de première intention de la dépression légère en pédiatrie demeure une approche psychosociale globale^{1,6}. Une amélioration insatisfaisante de l'état de

Julie Grenier est candidate à la maîtrise ès Science (pharmacie d'hôpital) au Centre hospitalier universitaire de Québec.

l'enfant ou sa détérioration après une période de thérapie multimodale de quatre à six semaines justifie l'introduction de la médication.

En conclusion, il est important de garder à l'esprit que la dépression majeure chez l'enfant ou l'adolescent se manifeste parfois différemment de chez l'adulte, mais qu'elle est tout aussi sérieuse. Cette condition affecte toutes les sphères de la vie de l'enfant et nécessite une intervention précoce afin de prévenir de fâcheuses conséquences.

Cet article a été rédigé dans le cadre d'un stage en information pharmaceutique au Centre d'information sur le médicament (CIM).

Pour toute correspondance :

Julie Grenier

CHUQ, site CHUL

2705, boul. Laurier

Sainte-Foy (Québec) G1V 4G2

Téléphone : (418) 641-9085

Courriel : julie.grenier.6@ulaval.ca

Références

1. Simard M., conférencière. La dépression chez l'enfant. Formation continue de l'Université Laval 2004;33:25-32.
2. Wagner KD, Robb AS, Findling RL, Jin J, Gutierrez MM, Heydorn WE. A randomized, placebo-controlled trial of citalopram for the treatment of major depression in children and adolescents. *Am J Psych* 2004;161:1079-83
3. Cloutier R, Renaud A. Psychopathologie de l'enfant. Dans : *Psychologie de l'enfant*. Brossard : Gaétan Morin Éditeur ltée; 1990;554-556.
4. Santé Canada http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index_adviseurs_professionals_f.html#2004.
5. The Medical Letter. Are SSRIs safe for children? *The Medical Letter* 2003;45(W1160A).
6. Therapeutics Initiative Evidence Based Drug Therapy. Antidepressant medications in children and adolescents. *Therapeutics Letter* 2004;52-54.
7. Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, Wohlberg C, Yang R, Greenbaum MS et coll. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder; two randomized controlled trials, *JAMA* 2003;290:1033-42.
8. Khan A, Khan S, Kolts R, Brown WA. Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo : Analysis of FDA Reports. *Am J Psych* 2003;160:790-92.