

UE 90

Pharmacie Clinique - Psychiatrie

Cas 1

Madame K, 35 ans, est suivie dans un Centre Médico Psychologique (CMP) pour un trouble bipolaire de type I diagnostiqué il y a 10 ans.

Son traitement actuel est le suivant :

Lithium LP 400 mg : 1 cp le soir

Venlafaxine LP 75 mg : 1 gél le matin

Oxazépam 10 mg : 1 cp si besoin, maximum 2 fois par jour

Zopiclone 7,5 mg : 1 cp au coucher

Lévothyroxine 75 µg : 1 cp le matin

Cas 1

Madame K, 35 ans, est suivie dans un Centre Médico Psychologique (CMP) pour un **trouble bipolaire de type I diagnostiqué il y a 10 ans**.

Son **traitement actuel** est le suivant :

Lithium LP 400 mg : 1 cp le soir

Venlafaxine LP 75 mg : 1 gél le matin

Oxazépam 10 mg : 1 cp si besoin, maximum 2 fois par jour

Zopiclone 7,5 mg : 1 cp au coucher

Lévothyroxine 75 µg : 1 cp le matin

→ Situer le contexte :

- Femme en âge de procréer
- Pathologie psychiatrique
- A priori traitement instauré depuis quelques temps

Cas 1

- **Question 1 :** Donnez la classe thérapeutique ainsi que la classe pharmacologique de chaque médicament.

Cas 1

- **Question 1 :** Donnez la classe thérapeutique ainsi que la classe pharmacologique de chaque médicament

Lithium LP 400 mg → Normothymique (thymorégulateur), Métal alcalin

Venlafaxine LP 75 mg → Antidépresseur, Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)

Oxazépam 10 mg → Anxiolytique, Benzodiazépine

Zopiclone 7,5 mg → Hypnotique, Cyclopyrrolones (BZD apparentée)

Lévothyroxine 75 µg → Hormones thyroïdiennes de synthèse

Cas 1

LITHIUM		
Classe	MA	PK
Thymo-régulateur	Modulation de la neurotransmission ↓ Activités dopaminergiques et glutamatergiques	Equilibre atteint en 5-8 jours Elimination rénale : Compétition entre le lithium et le sodium lors de la réabsorption au niveau du tubule proximal Marge thérapeutique étroite

Cas 1

VENLAFAXINE				
Classe	MA	PK	IAM	EI
Antidépresseur IRSNA	inhibiteurs puissants de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	EPPH, faible liaison aux pp Métabolisme 2D6 en métabolite actif Elimination rénale	CI : IMAO, triptans → sd sérotoninergique	nausées, vertiges, somnolences, vomissements, tremblements, hypersudation, troubles de l'érection.

Syndrome sérotoninergique :

- modifications de l'état mental (ex : agitation, hallucinations, coma)
- manifestations dysautonomiques (ex : tachycardie, pression artérielle labile, hyperthermie)
- atteintes neuromusculaires (ex : hyperréflexie, incoordination)
- symptômes gastro-intestinaux (ex : nausées, vomissements, diarrhée)

Dans sa forme la plus sévère, le syndrome sérotoninergique peut ressembler à un SMN, qui comporte une hyperthermie, une rigidité musculaire, une instabilité neurovégétative avec de possibles fluctuations rapides des constantes vitales et des altérations de l'état mental.

Cas 1

OXAZEPAM				
Classe	MA	PK	IAM	EI
Anxiolytique BZD	action agoniste spécifique sur un récepteur central faisant partie du complexe « récepteurs macromoléculaires GABA-OMÉGA », également appelés BZ1 et BZ2, et modulant l'ouverture du canal chlore	Forte liaison aux pp Métabolisation hépatique en dérivés inactifs, élimination rénale	Déc : Alcool (majoration par l'alcool de l'effet sédatif) CI : HS, SAS, IH, I respi, myasthénie	Effets rebonds, Dépendance physique et psychique Accoutumance Tolérance Troubles mnésiques

BZD = activités

anxiolytique,
myorelaxante,
sédatif,
anticonvulsivante,
amnésiant.

Cas 1

Question 2 : Quelle peut être l'origine de l'hypothyroïdie dont souffre Madame K ?

Cas 1

Question 2 : Quelle peut être l'origine de l'hypothyroïdie dont souffre Madame K ?

- Effet indésirable connu et fréquent du lithium → hypothyroïdie
 - Affinité du lithium pour la glande thyroïde : concentration de Li est 3 à 4 fois supérieure dans la thyroïde que dans le plasma
 - Action du lithium sur l'axe hypothalamo-thyroïdien
 - Réponse exagérée de la TSH
 - Inhibition de la sécrétion d'hormones thyroïdes
 - Augmentation de la rétention iodée par la thyroïde
 - Inhibition de la iodothyronine desiodinase → diminution du métabolisme de la T4 en T3

Kraszewska et al., Thyroid structure and function in long-term lithium-treated and lithium-naïve bipolar patients. Hum Psychopharmacol. 2019 Jul;34(4):e2708. doi: 10.1002/hup.2708. Epub 2019 Jul 11.

Cas 1

Madame K se présente à son rendez-vous mensuel au CMP très affaiblie. Le psychiatre la trouve somnolente, note la présence de tremblements et de difficultés d'élocution qui n'étaient pas présents au dernier entretien. Par ailleurs le psychiatre observe que Madame K porte une attelle au poignet. Elle lui explique qu'elle est tombée il y a 3 semaines et que l'attelle l'aide à supporter la douleur qui persiste malgré la prise d'ibuprofène 3 fois par jour depuis la chute.

Le psychiatre suspecte une intoxication au lithium.

Cas 1

Madame K se présente à son rendez-vous mensuel au CMP **très affaiblie**. Le psychiatre la trouve **somnolente**, note la présence de **tremblements** et de **difficultés d'élocution** qui n'étaient pas présents au dernier entretien. Par ailleurs le psychiatre observe que Madame K porte une attelle au poignet. Elle lui explique qu'elle **est tombée** il y a 3 semaines et que l'attelle l'aide à supporter la douleur qui persiste malgré la prise **d'ibuprofène 3 fois par jour** depuis la chute.

Le psychiatre suspecte une **intoxication au lithium**.

Cas 1

Question 3 : Quels sont les arguments cliniques en faveur d'une intoxication au lithium ? Quelles autres manifestations cliniques peut-on observer lors d'une intoxication au lithium ?

Cas 1

Question 3 : Quels sont les arguments cliniques en faveur d' une intoxication au lithium ? Quelles autres manifestations cliniques peut-on observer lors d' une intoxication au lithium ?

Arguments cliniques :

- Très affaiblie → **asthénie**
- Somnolente
- Tremblements
- Difficultés d' élocution → **dysarthrie**
- Chute → **ataxie**

Autres manifestations cliniques :

- Nausées, soif, diarrhée persistante
- Myoclonies : contractions musculaires
- Etats stuporeux
- Syndrome cérébelleux : faiblesse musculaire, vertiges, troubles de la vigilance, hyperréflexie, convulsions

Cas 1

LITHIUM

IAM

Déc :
ARA II, IEC, AINS, diurétiques, corticoïdes → risque de diminution de l'excrétion du Li

Carbamazépine -> Neurotoxicité, troubles cérébelleux, confusion, somnolence

EI

Surdosage +++ : nausées, tremblements, soif, diarrhée persistante
Dysarthrie, myoclonies, ataxie, sd cérébelleux, contractions musculaires
Etats stuporeux
Voire IR, confusion, coma, convulsion, collapsus...décès

Incidents mineurs : nausées, douleurs abdominales
pollakiurie (et polydipsie)
Léger tremblement fin des mains, sédation et ralentissement

Effets tardifs : soif, prise de poids
Hypothyroïdie, goitre
Allongement QT
Hyperleucocytose, acné, état prédiabétique

Effets tératogènes

Cas 1

Question 4 : Quelle est selon vous l'origine de l'intoxication de Madame K ?
Précisez le mécanisme sous-jacent.

Cas 1

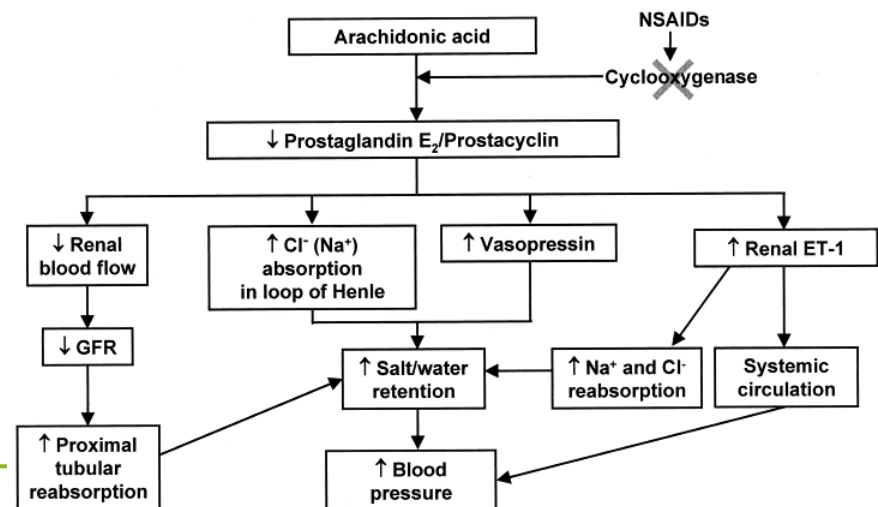
Question 4 : Quelle est selon vous l'origine de l'intoxication de Madame K ?
Précisez le mécanisme sous-jacent.

→ la prise **d'ibuprofène 3 fois par jour** depuis la chute.

→ Ibuprofène : association déconseillée avec le lithium

→ Diminution de l'excrétion rénale du lithium

→ Augmentation de la lithiémie



Cas 1

Question 5 : Quel(s) examen(s) biologique(s) doit-(vent) être prescrit(s) pour le suivi thérapeutique d'un traitement par Lithium ?

Cas 1

Question 5 : Quel(s) **examen(s) biologique(s)** doit(-vent) être prescrit(s) pour le suivi thérapeutique d' un traitement par Lithium ?

•Examens à pratiquer avant le traitement :

- Mesure de la **fonction rénale** (créatininémie et clairance de la créatinine estimée par la formule de Cockcroft et Gault) et de la calcémie
- Recherche d'une **protéinurie**.

•A l'instauration du traitement :

- Ionogramme sanguin, numération et formule sanguine
- Thyroïde : dosage de l'hormone **thyroïdienne** et de la TSH plasmatique
- Vérification de la glycémie à jeun : en cas de prise de poids, un autre contrôle devra être effectué en cours de traitement

•Au cours du traitement

- Réaliser des contrôles réguliers de la **créatinémie** et de la calcémie.
- Surveiller régulièrement la fonction **thyroïdienne** (dosage de la TSH)
- Dosages plasmatiques : Assurer le maintien du taux sérique du **lithium**

Cas 2

Monsieur G, 61 ans, est suivi en psychiatrie pour une schizophrénie diagnostiquée alors qu'il avait 17 ans. Il mesure 1m75 et pèse 98 Kg.

Son traitement habituel est le suivant :

- Halopéridol 5 mg : 2 cp matin et soir
- Cyamémazine 25 mg : 2 cp au coucher
- Tropatépine 10 mg : 1 cp par jour
- Macrogol 4000 : 1 sachet par jour si besoin
- Larmes artificielles : 1 goutte dans chaque oeil si besoin, 4 à 6 fois par jour.

Cas 2

Monsieur G, 61 ans, est suivi en psychiatrie pour une schizophrénie diagnostiquée alors qu'il avait 17 ans. Il mesure 1m75 et pèse 98 Kg.

Poser le contexte :

- Homme
- Adulte (personne âgée > 75 ans)
- Pathologie psychiatrique
- Traitement instauré depuis longtemps
- Taille + poids → calcul de l'IMC → 32 **kg/m²** → Obésité modérée

Cas 2

Question 1 : Donnez la classe thérapeutique et la classe pharmacologique de l'halopéridol, de la cyamémazine et de la tropatépine. Quelle est l'indication de la tropatépine ?

Cas 2

Question 1 : Donnez la classe thérapeutique et la classe pharmacologique de l'halopéridol, de la cyamémazine et de la tropatépine. Quelle est l'indication de la tropatépine ?

- Halopéridol → Antipsychotique, Neuroleptique de 1^{ère} génération, Butyrophénones
- Cyamémazine → Antipsychotique, Neuroleptique de 1^{ère} génération, Phénothiazines
- Tropatépine → Antiparkinsonien, Anticholinergique de synthèse

Cas 2

HALOPERIDOL

Classe	MA	PK	IAM	EI
Neuroleptique de 1ère génération Butyrophénones	puissant antagoniste central des R D2 faible activité alpha-1 anti-adrénergique et n'a aucune activité anti-histaminergique ou anticholinergique	EPPH, Liaison pp Métabolisation 3A4, 2D6 Métabolites inactifs	CI : mdts connus pour allonger l'intervalle QTc Dec : Mdts pouvant ↑[haldol] : inhibiteurs 3A4 et 2D6 Mdts pouvant ↓[haldol] : inducteurs 3A4 et 2D6	<u>Extrapyramidaux</u> : dystonie, sd parkinsonien, akathisie, dyskinésie, dystonies tardives erkinésies, Sd malin des NL exceptionnel <u>Périphériques</u> : HTO, <u>Métaboliques</u> : hyperglycémie, prise de poids, <u>CV</u> : allongement QT

Syndrome malin des neuroleptiques

Très grave (taux de mortalité > 10 %)

Blocage des récepteurs D2 dans les voies dopaminergiques motrices
→ Dérégulation des systèmes de contrôle de l'homéothermie
Manifestations cliniques et biologiques : rigidité musculaire, dystonie, fièvre, confusion, élévation des taux sériques des protéines musculaires

Cas 2

CYAMEMAZINE

Classe	MA	PK	IAM	EI
NL 1ère génération Phénothiazine	Antagoniste D2, H1, M1/M2, α1 (5HT2)	Elimination urinaire	CI : antagoniste dopaminergique, mdts torsadogènes (citalopram, la dompéridone, l'escitalopram, l'hydroxyzine et la pipéraquline) Dec : mdts sédatifs	<u>Neuro centraux</u> : sd extrapyrmaidal, dyskinésies précoces et tardives, sd malin <u>Sd anticholinergiques</u> : sécheresse oculaire, constipation, troubles de l'accomodation, rétention urinaire, confusion, tachycardie <u>Effets antiadrénergiques</u> : Hypotension, HTO <u>CV</u> : allongement QT <u>Autres</u> : prise de poids, hyperglycémie, diabète

Cas 2

TROPATEPINE				
Classe	MA	PK	IAM	EI
Antiparkinsonien Anticholinergique	Antagonisme des effets muscariniques de l'acétylcholine au niveau central Activité anti-parkinsonienne surtout sur les tremblements extrapyramidaux	Elimination de métabolites inactifs	RAS	Effets atropiniques centraux : Confusion, délire, hallucinations et troubles mnésiques Effets atropiniques périphériques : Sécheresse buccale, constipation, troubles mictionnels et rétention d'urine (rare), mydriase et troubles de l'accommodation

Cas 2

Question 1 : Donnez la classe thérapeutique et la classe pharmacologique de l'halopéridol, de la cyamémazine et de la tropatépine. **Quelle est l'indication de la tropatépine ?**

Cas 2

Question 1 : Donnez la classe thérapeutique et la classe pharmacologique de l'halopéridol, de la cyamémazine et de la tropatépine. **Quelle est l'indication de la tropatépine ?**

- Effets indésirables des NL : **Effets extrapyramidaux**
 - Dyskinésies, tremblements
 - **Syndrome pseudoparkinsonien**
- Tropatépine
 - Antagonisme des effets muscariniques de l'acétylcholine au niveau central
 - Activité parkinsonienne surtout sur les **tremblements** extrapyramidaux

Cas 2

Question 2 : D'après l'énoncé, de quels autres effets indésirables attribuables au traitement Monsieur G souffre-t-il ?

Cas 2

Question 2 : D'après l'énoncé, de quels autres effets indésirables attribuables au traitement Monsieur G souffre-t-il ?

Monsieur G, 61 ans, est suivi en psychiatrie pour une schizophrénie diagnostiquée alors qu'il avait 17 ans. Il mesure 1m75 et pèse 98 Kg.

Son traitement habituel est le suivant :

- Halopéridol 5 mg : 2 cp matin et soir
- Cyamémazine 25 mg : 2 cp au coucher
- Tropatépine 10 mg : 1 cp par jour
- Macrogol 4000 : 1 sachet par jour si besoin
- Larmes artificielles : 1 goutte dans chaque oeil si besoin, 4 à 6 fois par jour.

Cas 2

Question 2 : D'après l'énoncé, de quels autres effets indésirables attribuables au traitement Monsieur G souffre-t-il ?

Monsieur G, 61 ans, est suivi en psychiatrie pour une schizophrénie diagnostiquée alors qu'il avait 17 ans. Il mesure 1m75 et pèse 98 Kg.

Son traitement habituel est le suivant :

- Halopéridol 5 mg : 2 cp matin et soir
- Cyamémazine 25 mg : 2 cp au coucher
- Tropatépine 10 mg : 1 cp par jour
- **Macrogol 4000 : 1 sachet par jour si besoin**
- **Larmes artificielles : 1 goutte dans chaque oeil si besoin, 4 à 6 fois par jour.**

Cas 2

Question 2 : D'après l'énoncé, de quels autres effets indésirables attribuables au traitement Monsieur G souffre-t-il ?

• **Enoncé**

- Macrogol → laxatif osmotique → constipation
- Larmes artificielles → correcteur des sécheresses lacrymales → sécheresse oculaire
 - Effets indésirables atropiniques liés à la cyamémazine et à la tropatépine
- IMC = 32kg/m^2 → obésité → prise de poids
 - Syndrome métabolique

• **Autres effets indésirables atropiniques connus**

- Effets atropiniques centraux : Confusion, délire, hallucinations et troubles mnésiques
- Effets atropiniques périphériques : Sécheresse buccale, constipation, troubles mictionnels et rétention d'urine (rare), mydriase et troubles de l'accommodation

Cas 2

Monsieur G se présente aux urgences avec une constipation persistante et des vomissements dès qu'il essaie de s'alimenter.

Après élimination du diagnostic d'occlusion intestinale, une gastroparésie (ralentissement du transit intestinal en l'absence d'obstacle mécanique) est diagnostiquée.

Un traitement par érythromycine 500 mg 2 fois par jour pendant 4 jours est initié pour accélérer la vidange gastrique.

Cas 2

Monsieur G se présente aux urgences avec une **constipation persistante** et des **vomissements** dès qu'il essaie de s'alimenter.

Après élimination du diagnostic d'occlusion intestinale, une **gastroparésie** (ralentissement du transit intestinal en l'absence d'obstacle mécanique) est diagnostiquée.

Un traitement par **érythromycine 500 mg 2 fois** par jour pendant 4 jours est initié pour accélérer la vidange gastrique.

Cas 2

Question 3 : À quelle classe pharmacologique l'érythromycine appartient-elle ? Compte-tenu des antécédents et des traitements habituels du patient, la prescription de ce principe actif vous paraît-elle pertinente ?

Cas 2

Question 3 : À quelle classe pharmacologique l' érythromycine appartient-elle ? Compte-tenu des antécédents et des traitements habituels du patient, la prescription de ce principe actif vous paraît-elle pertinente ?

- Classe pharmacologique de l' érythromycine :

- Antibiotique
- Macrolide

- Effet indésirable principal : allongement de l' espace QT

- Traitements habituels du patient : NL de 1^{ère} génération, pouvant aussi augmenter l' espace QT

- Risque +++ d' allongement de l' espace QT
- Association déconseillée (halopéridol et cyamémazine)

- Inhibiteur puissant du CYP450 3A4

- Halopéridol métabolisé par 3A4 : risque de surdosage

→ La prescription de ce principe actif n' est pas pertinente chez ce patient

Cas 2

Lors d'un entretien avec son psychiatre, Monsieur G fait part de sa lassitude concernant la prise de son traitement tous les jours. Le psychiatre ne souhaite pas changer de principe actif car la maladie de son patient est relativement bien contrôlée.

Cas 2

Lors d'un entretien avec son psychiatre, Monsieur G fait part de sa lassitude concernant la prise de son **traitement tous les jours**. Le psychiatre ne souhaite **pas changer de principe actif** car la maladie de son patient est relativement bien contrôlée.

Cas 2

Question 4 : Quelle proposition thérapeutique pouvez-vous faire dans ce contexte ? précisez votre réponse.

- Arrêter une administration quotidienne
- Pas de changement de principe actif
- Substitution par du **Décanoate d'halopéridol**
 - Administration intramusculaire profonde
 - Libération prolongée : administration toutes les 4 semaines

QCM/QCS

Question 1. Parmi les principes actifs suivants, lesquels ne sont pas des antidépresseurs tricycliques ?

- a) Fluoxétine
 - b) Venlafaxine
 - c) Imipramine
 - d) Dosulépine
 - e) Vortioxétine
-

QCM/QCS

Question 1. Parmi les principes actifs suivants, lesquels **ne sont pas des antidépresseurs tricycliques ?**

- a) Fluoxétine → ISRS
 - b) Venlafaxine → IRSNA
 - c) Imipramine → tricyclique
 - d) Dosulépine → tricyclique
 - e) Vortioxétine → ISRS
-

QCM/QCS

Question 1. Parmi les principes actifs suivants, lesquels **ne sont pas des antidépresseurs tricycliques ?**

- a) Fluoxétine → ISRS
 - b) Venlafaxine → IRSNA
 - c) ~~Imipramine → tricyclique~~
 - d) ~~Dosulépine → tricyclique~~
 - e) Vortioxétine → ISRS
-

QCM/QCS

Question 2. Parmi les principes actifs suivants, lequel peut être responsable d' une agranulocytose ?

- a) Quetiapine
 - b) Olanzapine
 - c) Clozapine
 - d) Mirtazapine
 - e) Bromazépam
-

QCM/QCS

Question 2. Parmi les principes actifs suivants, lequel peut être responsable d' une agranulocytose ?

- a) Quetiapine
 - b) Olanzapine
 - c) Clozapine
 - d) Mirtazapine
 - e) Bromazépam
- NL de 2^{ème} génération, diazépines, prise de poids, hyperprolactinémie, ↑ CT et TG, vertiges, céphalées
- NL de 2^{ème} génération, tox hémato+++, carnet de suivi
- antidépresseur, pas d'EI majeur de classe
- BZD → effets indésirables liés aux activités pharmaco

QCM/QCS

Question 2. Parmi les principes actifs suivants, **lequel** peut être responsable d'une agranulocytose ?

- a) ~~Quetiapine~~
- b) ~~Olanzapine~~
- c) **Clozapine → NL de 2^{ème} génération, tox hémato+++, carnet de suivi**
- d) ~~Mirtazapine → antidépresseur, pas d'EI majeur de classe~~
- e) ~~Bromazépam → BZD → effets indésirables liés aux activités pharmaco~~

QCM/QCS

Question 3. Parmi les antipsychotiques suivants, lesquels sont qualifiés d'atypiques ?

- a) Cyamémazine
 - b) Risperidone
 - c) Aripiprazole
 - d) Chlorpromazine
 - e) Quétiapine
-

QCM/QCS

Question 3. Parmi les antipsychotiques suivants, **lesquels sont qualifiés d'**atypiques** = 2ème génération ?**

- a) Cyamémazine NL 1^{ère} génération
 - b) Risperidone NL atypique
 - c) Aripiprazole NL atypique
 - d) Chlorpromazine NL 1^{ère} génération
 - e) Quétiapine NL atypique
-

QCM/QCS

Question 3. Parmi les antipsychotiques suivants, **lesquels sont qualifiés d'**atypiques** = 2ème génération ?**

- a) Cyamémazine ~~NL 1^{ère} génération~~
 - b) Risperidone NL atypique
 - c) Aripiprazole NL atypique
 - d) Chlorpromazine ~~NL 1^{ère} génération~~
 - e) Quétiapine NL atypique
-

QCM/QCS

Question 4. Parmi les benzodiazépines suivantes, lesquelles ont un temps de demi-vie supérieur à 20h ?

- a) Clorazépate dipotassique
 - b) Oxazépam
 - c) Témazépam
 - d) Nitrazépam
 - e) Lormétazépam
-

QCM/QCS

Question 4. Parmi les benzodiazépines suivantes, lesquelles ont un temps de demi-vie supérieur à 20h ?

- a) Clorazépate dipotassique
 - b) Oxazépam
 - c) Témazépam
 - d) Nitrazépam
 - e) Lormétazépam
-

QCM/QCS

► **À utiliser préférentiellement : benzodiazépines à «demi-vie courte» (< 20 heures)***

	Nom commercial	Molécule	Demi-vie (mesurée chez l'adulte)	Métabolite actif cliniquement pertinent	Durée de prescription à ne pas dépasser
hypnotiques	STILNOX® et Génériques	Zolpidem	2 h 30 mn	non	4 semaines
	IMOVANE® et Génériques	Zopiclone	5 h	non	4 semaines
	NORMISON®	Témazépam	5 à 8 h	non	4 semaines
	HAVLANE®	Loprazolam	8 h	non	4 semaines
	NOCTAMIDE®	Lormétazépam	10 h	non	4 semaines
	NUCTALON®	Estazolam	17 h	non	4 semaines
anxio-lytiques	VERATRAN®	Clotiazépam	4 h	non	12 semaines
	SERESTA®	Oxazépam	8 h	non	12 semaines
	TEMESTA® et Génériques	Lorazépam	10 à 20 h	non	12 semaines
	XANAX® et Génériques	Alprazolam	10 à 20 h	non	12 semaines

⚠ **À éviter : benzodiazépines à «demi-vie longue» (≥ 20 heures)***

hypnotiques	MOGADON®	Nitrazépam	16 à 48 h	non	4 semaines
anxio-lytiques	LEXOMIL® et Génériques	Bromazépam	20 h	non	12 semaines
	URBANYL®	Clobazam	20 h	oui	12 semaines
	VALIUM® et Génériques	Diazépam	32 à 47 h	oui	12 semaines
	VICTAN®	Ethyle loflazépate	77 h	non	12 semaines
	LYSANKIA® et Génériques	Prazépam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	NORDAZ®	Nordazépam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	TRANXENE®	Clorazépate dipotassique	30 à 150 h	oui	12 semaines : gél. 5/10 mg ou injectable limitée à 28 j + ordonnance sécurisée : gél. 20 mg

Tableau de l'Assurance Maladie

QCM/QCS

► **À utiliser préférentiellement : benzodiazépines à «demi-vie courte» (< 20 heures)⁴**

	Nom commercial	Molécule	Demi-vie (mesurée chez l'adulte)
hypnotiques	STILNOX® et Génériques	Zolpidem	2 h 30 mn
	IMOVANE® et Génériques	Zopiclone	5 h
	NORMISON®	Témazépam	5 à 8 h
	HAVLANE®	Loprazolam	8 h
	NOCTAMIDE®	Lormétazépam	10 h
	NUCTALON®	Estazolam	17 h
anxio-lytiques	VERATRAN®	Clotiazépam	4 h
	SERESTA®	Oxazépam	8 h
	TEMESTA® et Génériques	Lorazépam	10 à 20 h
	XANAX® et Génériques	Alprazolam	10 à 20 h

⚠ **À éviter : benzodiazépines à «demi-vie longue» (≥ 20 heures)⁴**

hypnotiques	MOGADON®	Nitrazépam	16 à 48 h
anxio-lytiques	LEXOMIL® et Génériques	Bromazépam	20 h
	URBANYL®	Clobazam	20 h
	VALIUM® et Génériques	Diazépam	32 à 47 h
	VICTAN®	Ethyle loflazépate	77 h
	LYSANKIA® et Génériques	Prazépam	30 à 150 h
	NORDAZ®	Nordazépam	30 à 150 h
	TRANXENE®	Clorazépate dipotassique	30 à 150 h

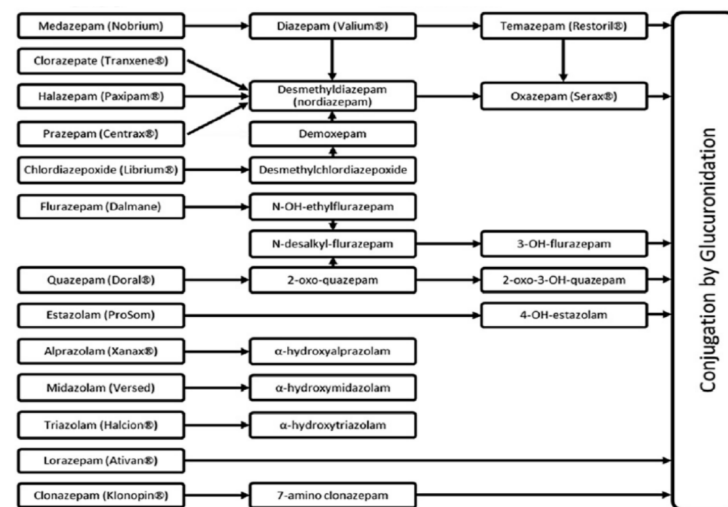


Figure adapted from Pesce A. et al. F

QCM/QCS

Question 4. Parmi les benzodiazépines suivantes, **lesquelles ont** un temps de **demi-vie supérieur à 20h** ?

- a) Clorazépate dipotassique
 - b) Oxazépam
 - c) Témazépam
 - d) Nitrazépam
 - e) Lormétazépam
-

QCM/QCS

Question 5. Parmi les antipsychotiques suivants, lesquels sont également utilisés en tant que thymorégulateurs ?

- a) Cyamémazine
 - b) Aripiprazole
 - c) Quétiapine
 - d) Olanzapine
-

QCM/QCS

Question 5. Parmi les antipsychotiques suivants, **lesquels sont également utilisés en tant que **thymorégulateurs** ?**

- a) Cyamémazine
 - b) Aripiprazole
 - c) Quétiapine
 - d) Olanzapine
-

QCM/QCS

Question 5. Parmi les antipsychotiques suivants, **lesquels sont** également utilisés en tant que **thymorégulateurs = troubles bipolaires** ?

- a) ~~Cyamémazine~~
 - b) Aripiprazole
 - c) Quétiapine
 - d) Olanzapine
-

QCM/QCS

Question 6. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont fausses ? Les neuroleptiques (1ère génération) :

- a) Sont des agonistes dopaminergiques
 - b) Peuvent entraîner une hyperprolactinémie
 - c) Peuvent entraîner un syndrome pyramidal
 - d) Peuvent entraîner un allongement du QT
 - e) Sont tous dérivés des phénothiazines
-

QCM/QCS

Question 6. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont fausses ? Les neuroleptiques (1ère génération) :

- a) Sont des agonistes dopaminergiques → Antagonistes des R D2 → FAUX
 - b) Peuvent entraîner une hyperprolactinémie → Sécrétion de prolactine dérégulée par blocage des R. D2 → VRAI
 - c) Peuvent entraîner un syndrome pyramidal → Activation de la voie dopaminergique nigrostriée qui partie du système nerveux extrapyramidal → FAUX
 - d) Peuvent entraîner un allongement du QT → VRAI
 - e) Sont tous dérivés des phénothiazines → phénothiazines, butyrophénones, thioxanthènes.... → FAUX
-

QCM/QCS

Question 6. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont fausses ? Les neuroleptiques (1ère génération) :

- a) Sont des agonistes dopaminergiques → Antagonistes → **FAUX**
- b) ~~Peuvent entraîner une hyperprolactinémie~~ → Sécrétion de prolactine dérégulée par blocage des R. D2 → VRAI
- c) Peuvent entraîner un syndrome pyramidal → Activation de la voie dopaminergique nigrostriée qui partie du système nerveux extrapyramidal → **FAUX**
- d) ~~Peuvent entraîner un allongement du QT~~ → VRAI
- e) Sont tous dérivés des phénothiazines → phénothiazines, butyrophénones, thioxanthènes.... → **FAUX**

QCM/QCS

Question 7. Parmi les réponses suivantes, lesquelles sont correctes ? Les benzodiazépines :

- a) Sont des agonistes des récepteurs GABA B
 - b) Sont myorelaxantes
 - c) Peuvent être responsables de chutes
 - d) Ont toutes des métabolites actifs
 - e) Sont contre-indiquées en cas de Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
-

QCM/QCS

Question 7. Parmi les réponses suivantes, lesquelles sont correctes ? Les benzodiazépines :

- a) Sont des agonistes des récepteurs GABA B
 - b) Sont myorelaxantes
 - c) Peuvent être responsables de chutes
 - d) Ont toutes des métabolites actifs
 - e) Sont contre-indiquées en cas de Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
-

QCM/QCS

OXAZEPAM				
Classe	MA	PK	IAM	EI
Anxiolytique BZD	action agoniste spécifique sur un récepteur central faisant partie du complexe « récepteurs macromoléculaires GABA-OMÉGA », également appelés BZ1 et BZ2, et modulant l'ouverture du canal chlore	Forte liaison aux pp Métabolisation hépatique en dérivés inactifs, élimination rénale	Déc : Alcool (majoration par l'alcool de l'effet sédatif) CI : HS, SAS, IH, I respi, myasthénie	Effets rebonds, Dépendance physique et psychique Accoutumance Tolérance Troubles mnésiques

BZD = activités

myorelaxante,
anxiolytique,
sédatif,
hypnotique,
anticonvulsivante,
amnésiante.

QCM/QCS

Question 7. Parmi les réponses suivantes, lesquelles sont correctes ? Les benzodiazépines :

- a) Sont des agonistes des récepteurs GABA B → FAUX : GABA A
 - b) Sont myorelaxantes → VRAI
 - c) Peuvent être responsables de chutes → VRAI
 - d) Ont **toutes** des métabolites actifs → FAUX
 - e) Sont contre-indiquées en cas de Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive → Effet de dépression respiration → contre indication chez les patients insuffisantes respiratoires, dont BPCO → VRAI
-

QCM/QCS

Question 7. Parmi les réponses suivantes, lesquelles sont correctes ? Les benzodiazépines :

- a) ~~Sont des agonistes des récepteurs GABA B~~ → FAUX
 - b) Sont myorelaxantes → **VRAI**
 - c) Peuvent être responsables de chutes → **VRAI**
 - d) ~~Ont toutes des métabolites actifs~~ → FAUX
 - e) Sont contre-indiquées en cas de Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive → Effet de dépression respiration → contre indication chez les patients insuffisantes respiratoires, dont BPCO → **VRAI**
-