

# Enfant, adolescent et antidépresseurs ISRS

Le risque suicidaire lié à la prise d'antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) par des enfants ou adolescents a fait l'objet au cours de l'année 2005 de mises au point par diverses agences de sécurité sanitaire.

La mise en ligne sur le site de l'Afssaps en mars dernier d'une mise au point sur le « bon usage des antidépresseurs au cours de la dépression chez l'enfant et l'adolescent » nous offre l'occasion de faire le point sur ce sujet difficile et controversé.

Il importe de souligner les limites méthodologiques des différentes approches :

- Les essais cliniques d'antidépresseurs n'ont pas pour objet d'évaluer le passage à l'acte suicidaire. Leur durée est trop brève, leurs effectifs trop petits.
- Les méta-analyses d'essais cliniques comportent des effectifs importants mais les autres critiques demeurent.
- Les études cas-témoins sont des « nids à biais » ; l'HA et ses équivalents étrangers les classent loin derrière les essais cliniques et les méta-analyses en terme de niveau de preuve. En outre, de nombreuses études incluent à la fois enfants, adolescents et adultes. Aussi, même si ces études comportent des populations importantes, le nombre d'enfants et d'adolescents inclus reste limité. Ainsi, l'étude cas-témoins de Jick a inclus 555 cas et 2 062 témoins dont respectivement 68 et 235 âgés de moins de 20 ans [1]. Celle de Martinez a été effectuée à partir d'une cohorte de 146 095 patients traités par antidépresseur dont 5 287 de moins de 19 ans [2].

Au total, malgré ces réserves et au vu de l'ensemble des données disponibles, une augmentation du risque de « suicidabilité »<sup>1</sup> chez les enfants et adolescents traités par ISRS est retenue par les agences de sécurité sanitaire. Ainsi pour la FDA américaine, « il paraît clair que les antidépresseurs entraînent un doublement d'environ 2 % à environ 4 % du risque de suicidabilité dans les essais cliniques » [3].

En pratique, c'est l'ensemble du rapport bénéfice/risque des ISRS et autres antidépresseurs qu'il faut prendre en compte comme le note l'Afssaps [4]. À la lecture des essais, publiés ou non, le bénéfice clinique chez l'enfant des antidépresseurs les plus récents paraît minime et de portée clinique douteuse [5]. Au minimum, la prescription en routine des antidépresseurs chez l'adolescent et l'enfant doit être découragée [6].

1. On entend par « suicidabilité » les tentatives de suicide et autres actes auto-agressifs ainsi que les pensées suicidaires. Dans les résultats des études, c'est en général la suicidabilité qui ressort et non les tentatives de suicide qui sont beaucoup plus rares et non retrouvées dans beaucoup d'études.



#### Références :

1. Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. JAMA. 2004;292:338-43.
2. Martinez C, Rietbrock S, Wise L, Ashby D, Chick J, Moseley J, et al. Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression : nested case-control study. Br Med J. 2005;330:389-95.
3. Rados C. Safeguards for children taking antidepressants strengthened. FDA. [www.fda.gov/fdac/features/2005/105\\_kids.html](http://www.fda.gov/fdac/features/2005/105_kids.html)
4. Afssaps. Le bon usage des antidépresseurs au cours de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. Février 2006. Sur [www.afssaps.fr](http://www.afssaps.fr)
5. Jureidini JN, Tonkin AL. Suicide and antidepressants in children. Australian Prescriber. 2005;28:110-1.
6. Cipriani A, Barbui C, Geddes JR. Suicide, depression, and antidepressants. Br Med J. 2005;330:373-4.

#### PS. Note complémentaire à propos des ISRS et de la grossesse (cf. *Médecine*. 2006;2:160)

L'Afssaps a adressé le 26 mars 2006 une « lettre aux prescripteurs » disponible sur son site et modifié en conséquence le RCP de la paroxétine. En raison de « la possibilité d'une légère augmentation du risque de malformations à la naissance chez les enfants de mère traitée par la paroxétine par rapport aux enfants de mère traitée par un autre antidépresseur », il est recommandé :

- De n'utiliser la paroxétine pendant la grossesse que si elle paraît strictement nécessaire. Dans ce cas, le prescripteur doit évaluer le rapport bénéfice/risque d'un tel traitement.
- D'informer les patientes de ces nouvelles données, ainsi que de l'existence d'autres traitements.
- D'éviter un arrêt brutal de la paroxétine si une interruption de traitement est décidée. L'interruption du traitement doit être progressive avec une diminution de la dose journalière par palier de 10 mg par semaine.

Michel Gerson

Endocrinologue  
Hôpital Monod,  
Le Havre  
mgerson@ch-havre.fr

#### Mots clés :

adolescent,  
antidépresseur,  
enfant, ISRS, risque,  
suicide