

Utilisation des antipsychotiques injectables à longue durée d'action



Les guides cliniques du Consortium canadien d'intervention précoce pour la psychose (CCIPP) fournissent aux cliniciens des recommandations factuelles sur le diagnostic, l'évaluation et la maîtrise de la psychose. Ces directives sont établies par un comité de cliniciens experts qui évaluent la littérature disponible et élaborent des recommandations consensuelles.

À FAIRE ✓

- Offrez souvent les antipsychotiques injectables à longue durée d'action (APAP), à tous les stades de la maladie, particulièrement lors du **premier épisode**, car ils sont considérés comme la meilleure pratique^{1,2};
- Utilisez la **prise de décision partagée** pour aborder les options thérapeutiques, incluant les APAP, dans un environnement collaboratif¹⁻⁴;
- Soyez **bien informé** des recherches récentes et de l'utilisation des APAP¹;
- **Concentrez-vous sur le rétablissement** avec comme objectif l'amélioration de la qualité de vie du patient¹.

À NE PAS FAIRE ✗

- N'attendez pas avant d'offrir les APAP¹⁻³;
- Ne vous concentrez pas seulement sur les **symptômes**¹;
- N'assumez pas que les patients **refuseront** les APAP ou voudront éviter les aiguilles, soyez conscient de vos propres biais^{1,3}.

À ENVISAGER !

- Envisagez les APAP en cas de **non-observance ou d'observance partielle** apparente ou potentielle aux antipsychotiques oraux¹⁻³;
- **Gérez proactivement toute situation** pouvant mener à un changement thérapeutique, comme une grossesse, un voyage ou un transfert des soins^{1,3}.

Les APAP sont un outil précieux pour le traitement des troubles du spectre de la schizophrénie (TSS)

Lorsqu'on envisage des options thérapeutiques chez les personnes atteintes de TSS, les APAP sont associés à des taux de rechute et d'abandon thérapeutique significativement inférieurs à ceux des antipsychotiques (AP) oraux, de même qu'une rémission plus fréquente¹⁻⁸.

Bienfaits des APAP¹⁻¹¹

- Offrir un traitement plus fiable et continu, entraînant moins de rechutes et des taux réduits de réhospitalisations ou d'admissions aux urgences;
- Améliorer le fonctionnement et contribuer à une meilleure qualité de vie;
- Faciliter l'engagement lors d'interventions psychosociales;
- Offrir une mesure valable d'observance à la médication;
- Fournir des intervalles posologiques plus pratiques et plus longs, sans à se souvenir (ou à se faire rappeler) quotidiennement des AP;
- Diminuer certains effets secondaires, comme la sédation, comparativement aux AP oraux;
- Pouvoir contribuer à réduire le risque de mortalité de toute cause et non suicidaire, particulièrement au stade précoce;

Offrir des APAP

Les APAP devraient être offerts à tous les stades de TSS, incluant le premier épisode, et à ceux sous ordonnances de traitement communautaire ou de la cour¹⁻³. Éduquer les patients et les familles sur les bienfaits des APAP peut les aider à choisir le meilleur traitement et à obtenir des résultats cliniques optimaux⁶. L'outil OPTIMA (Offrir aux patients de l'information thérapeutique sur les choix de médicaments) peut être utilisé pour guider la discussion sur les options d'APAP avec les patients. Il inclut un protocole éducatif, une aide à la décision pour le patient et un questionnaire



Education sur les APAP des patients et leur famille^{2-3, 14-15}

L'information devrait inclure :

- Efficacité
- Administration
- Fréquence des injections
- Coût

Stratégies pour une prise de décision partagée centrée sur les préférences du patient



Améliorations^{2-3, 14-15}

- Introspection
- Observance
- Connaissance
- Participation
- Acceptation
- Satisfaction

Lignes directrices sur les APAP : Adaptées de QAAPAPLE (Québec)²

Premier épisode ou psychose établie

- Utilisez l'intervention familiale, la psychoéducation, l'entrevue motivationnelle et la thérapie cognitivocomportementale pour optimiser l'observance au traitement et aider à développer l'introspection;
- Questionnez la polypharmacie (50 %) et la vulnérabilité aux effets indésirables (p. ex. symptômes extrapyramidaux ou syndrome malin des neuroleptiques reliés à la médication) et les comorbidités (p. ex. diabète, sclérose en plaques, VIH).

Choix de l'antipsychotique

- Proposez un APAP comme traitement de première intention à tous les patients;
- Appliquez la prise de décision partagée en utilisant l'outil OPTIMA;
- Considérez le potentiel de non-observance.

Observance au traitement

Offrez les APAP, sinon AP oraux

Offrez les APAP aux patients non observants ou au profil à risque de non-observance

p. ex. utilisation irrégulière, absence d'introspection, manque de soutien, situations pouvant mener à un changement ou une interruption de traitement

Si non-réponse au traitement

Assurez l'observance pour confirmer la non-réponse

Acceptation des APAP

Révisez les options thérapeutiques au besoin

Refus des APAP mais acceptation de l'aide pour optimiser l'observance par voie orale

Considérez les piluliers électroniques, les médicaments à prise orale à dissolution rapide ou liquides administrés par une tierce partie

Refus catégorique de traitement

Envisagez un traitement obligatoire

APAP à intervalle court (Q2-4S)

Pour les patients qui sont instables ou qui requièrent des suivis et des contacts plus fréquents avec l'équipe de soins*

APAP à intervalle long (Q > 2M)

Pour les patients qui sont plus stables, qui vivent loin d'une clinique ou qui ne peuvent se rendre à la clinique pendant les heures d'ouverture*

Si non-réponse après observance confirmée par observation directe par l'équipe de soins

Envisagez la mesure des taux plasmatiques d'antipsychotiques

Instable ou non-répondant = APAP

Stable = maintenir par voie orale

Envisagez la clozapine après ≥ 2 antipsychotiques différents, idéalement > 1 APAP

Si posologie adéquate et réponse absente ou inadéquate confirmée

En présence de taux plasmatiques sous-thérapeutiques d'antipsychotiques, ajustez le traitement ou offrez un APAP

*Envisagez de réduire l'intervalle si une rechute survient avant le retraitement

D'après Stip E, Grignon S, Roy MA, et al. From QAAPAPLE1 to QAAAPAPLE 2: how do we move from one algorithm to another one with Long Acting Antipsychotics (LAIs). Expert Review of Neurotherapeutics.

2020;20(12):1325-1332. doi:10.1080/14737175.2020.1826930

Gérer les symptômes perthérapeutiques

- Les cliniciens devraient réviser régulièrement les options médicamenteuses, peu importe l'observance perçue^{1,2};
- Si des symptômes du TSS surviennent sous APAP, les cliniciens devraient évaluer le patient pour la possibilité d'une maladie ou de troubles comorbidés, de l'usage de substances ou de doses manquées. Remédier aux stresseurs des patients, optimiser les traitements non pharmacologiques ou augmenter la surveillance peuvent améliorer les symptômes;
- Si les symptômes persistent, envisagez l'administration adéquate d'APAP, l'augmentation de la dose d'APAP, la réduction des intervalles posologiques, l'ajout d'AP oraux ou le changement d'APAP¹¹;
- Les cliniciens devraient anticiper les situations pouvant mener à un changement ou à une interruption de traitement, comme une grossesse, un voyage, un déménagement, un changement de l'assurance médicament ou des équipes de soins^{1,2}.

Références

1. Malla A, Tibbo P, Chue P, et al. Long-Acting Injectable Antipsychotics: Recommendations for Clinicians. Can J Psychiatry. 2013;58(5_suppl):30-35. doi:10.1177/088740341305805s05
2. Stip E, Grignon S, Roy MA, et al. From QAAPAPLE 1 to QAAAPAPLE 2: how do we move from one algorithm to another one with Long Acting Antipsychotics (LAIs). Expert Rev Neurother. 2020;20(12):1325-1332. doi:10.1080/14737175.2020.1826930
3. Margolese H. Outil OPTIMA : Offrir aux patients de l'information thérapeutique sur les choix de médicaments. Consortium canadien d'intervention précoce pour la psychose. Publié en novembre 2015. Consulté le 13 mai 2024. <https://ippcanada.org/ressource/optima>
4. Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan M. Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. Can J Psychiatry. 2017;62(9):604-616. doi:10.1177/0706743717720448
5. Brasso C, Bellino S, Bozzatello P, et al. Second Generation Long-Acting Injectable Antipsychotics in Schizophrenia: The Patient's Subjective Quality of Life, Well-Being, and Satisfaction. J Clin Med. 2023;12(22):6985. doi:10.3390/jcm12226985
6. Lian L, Kim DD, Procyshyn RM, Cázares D, Honer WG, Barr AM. Long-acting injectable antipsychotics for early psychosis: A comprehensive systematic review. PLOS ONE. 2022;17(4):e0267808. doi:10.1371/journal.pone.0267808
7. Taylor M, Ng KYB. Should long-acting (depot) antipsychotics be used in early schizophrenia? A systematic review. Aust N Z J Psychiatry. Publié en ligne le 3 décembre 2012. doi:10.1177/0004867412470010
8. Haddad PM, Correll CU. Long-acting antipsychotics in the treatment of schizophrenia: opportunities and challenges. Expert Opin Pharmacother. Publié en ligne le 4 mars 2023. Consulté le 18 juin 2024. www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14656566.2023.2181073
9. Lin D, Thompson-Leduc P, Gheerter I, et al. Real-World Evidence of the Clinical and Economic Impact of Long-Acting Injectable Versus Oral Antipsychotics Among Patients with Schizophrenia in the United States: A Systematic Review and Meta-Analysis. CNS Drugs. 2021;35(5):469-481. doi:10.1007/s40263-021-00815-y
10. McKee KA, Crocker CE, Tibbo PG. Long-acting injectable antipsychotic (LA) prescribing trends during COVID-19 restrictions in Canada: a retrospective observational study. BMC Psychiatry. 2021;21(1):633. doi:10.1186/s12888-021-03646-9
11. Correll CU, Sliwa JK, Najarian DM, Saklad SR. Practical considerations for managing breakthrough psychosis and symptomatic worsening in patients with schizophrenia on long-acting injectable antipsychotics. CNS Spectr. 2019;24(4):354-370. doi:10.1017/S1092852918001098
12. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia - Executive Summary. Am J Psychiatry. 2020;177(9):868-872. doi:10.1176/appi.ajp.2020.177901
13. Höglund M, Correll CU. Switching to long-acting injectable antipsychotics: pharmacological considerations and practical approaches. Expert Opin Pharmacother. 2023;24(13):1463-1489. doi:10.1080/14656566.2023.2228686
14. Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. Trials. 2015;16(1):270. doi:10.1186/s13063-015-0785-z
15. Fiorillo A, Barlati S, Bellomo A, et al. The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review. Ann Gen Psychiatry. 2020;19(1):43. doi:10.1186/s12991-020-00293-4

Les guides cliniques du Consortium canadien d'intervention précoce pour la psychose (CCIPP) ne sont pas des lignes directrices cliniques; ils sont les meilleures recommandations du CCIPP basées sur les connaissances actuelles, et aucune protection ou garantie n'est explicite ou implicite. Le contenu fourni est à titre d'information pour les professionnels de la santé seulement et il ne doit pas être utilisé ou invoqué comme dispositif médical, diagnostic ou traitement spécifique; il est de la responsabilité des professionnels de la santé d'en déterminer la fonction chez leurs patients.



Consortium canadien
d'intervention précoce
pour la psychose