

L'information présentée dans ce document a pour but d'aider les patients et les professionnels de la santé à choisir une alternative au bupropion. La posologie devrait être individualisée afin d'obtenir un contrôle optimal de l'état de santé du patient. Pendant la période de transition, il pourra être nécessaire de surveiller de près les symptômes de la maladie sous-jacente, l'apparition d'un syndrome d'arrêt du bupropion et les effets indésirables du médicament choisi.

Une période d'épuration n'est généralement pas nécessaire lorsqu'on substitue le bupropion pour un autre médicament psychotrope, à moins qu'il n'y ait une interaction significative entre les 2 agents. Diminuer d'abord graduellement la dose de bupropion de 25 % par semaine jusqu'à une dose de 150 mg/jour pendant 1-2 semaines, puis introduire le nouvel agent à faible dose et augmenter graduellement. Pour une approche prudente, diminuer la dose de bupropion à 150 mg/jour pendant 1-2 semaines, puis attendre une période d'épuration d'une semaine avant d'introduire le nouveau médicament.

Une réduction graduelle du bupropion peut ne pas être réalisable, étant donné que les comprimés ne sont disponibles que sous des formes à libération prolongée, qui ne doivent généralement pas être coupés ou écrasés. Cependant, couper les comprimés de bupropion n'aurait qu'un impact minime sur la libération du médicament selon une étude¹. Autrement, une posologie quotidienne peut être diminuée à une posologie aux 2 jours. Dépendamment de la disponibilité du bupropion, il se peut qu'une diminution graduelle soit impossible.

L'arrêt ou la diminution brusque du bupropion est associée à un risque de syndrome d'arrêt du bupropion². Les symptômes comprennent notamment l'insomnie, des étourdissements, des nausées et de la diarrhée. S'ils ne sont pas traités, les symptômes s'atténueront dans un délai de 3 semaines. Rassurer les patients qui présentent un syndrome d'arrêt du traitement en leur indiquant qu'il ne s'agit pas d'un syndrome menaçant pour la vie et que les symptômes graves disparaissent habituellement en 3 jours tout au plus. Puisque le bupropion et ses métabolites actifs ont une plus longue demi-vie (bupropion : 14-21 heures; métabolites : jusqu'à 33 heures) que d'autres antidépresseurs, il se peut que les symptômes ne soient pas aussi sévères.

Il est possible d'inverser le syndrome en reprenant le traitement par l'antidépresseur et en diminuant la dose plus graduellement. Toutefois, si la diminution très graduelle n'est pas bien tolérée, remplacer par une dose de 10-20 mg de fluoxétine par voie orale. Si les symptômes liés à l'arrêt du traitement sont toujours présents après plusieurs jours, une 2^e dose de fluoxétine 20 mg peut être prise au besoin. Envisager l'administration d'un produit à base d'herbes médicinales renfermant du gingembre si les interactions médicamenteuses ou les effets indésirables limitent l'utilisation d'autres antinauséux.

1. Cochren BE. Splitting bupropion extended-release tablets. *Am J Health Syst Pharm* 1999;56(6):575.

2. Warner CH, Bobo W, Warner C et al. Antidepressant discontinuation syndrome. *Am Fam Physician* 2006;74(3):449-56.

Médicament	Indication	Dose initiale	Dose d'entretien habituelle	Dose élevée ^a	Produits disponibles
ALTERNATIVES, DÉPRESSION					
Bupropion	Dépression, traitement de 1 ^{re} intention	SR : 150 mg/jour ^b XL : 150 mg/jour ^b	SR : 150-300 mg/jour (les doses >150 mg/jour doivent être données en doses fractionnées) XL : 150-300 mg/jour	SR : 375-450 mg/jour (les doses >150 mg/ jour doivent être données en doses fractionnées) XL : 450 mg/jour	SR : 150 mg XL : 150 mg, 300 mg
	Dépression, traitement d'appoint des antidépresseurs standards	150 mg/jour ^b	150-300 mg/jour		
Aripiprazole ^c	Dépression, traitement d'appoint des antidépresseurs standards		2 mg une fois/jour		2 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg
Citalopram	Dépression, traitement de 1 ^{re} intention	10-20 mg/jour ^b	20-40 mg/jour	40 mg/jour	10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg
Desvenlafaxine	Dépression, traitement de 1 ^{re} intention	50 mg/jour	50 mg/jour	100 mg/jour	50 mg, 100 mg
Duloxétine	Dépression, traitement de 1 ^{re} intention	30 mg/jour	60 mg/jour	120 mg/jour	30 mg, 60 mg
Escitalopram	Dépression, traitement de 1 ^{re} intention	10 mg/jour ^b	10-20 mg/jour	20 mg/jour	10 mg, 20 mg
Fluoxétine	Dépression, traitement de 1 ^{re} intention	10-20 mg/jour ^b	20-40 mg/jour	60-80 mg/jour	10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg; solution 20 mg/5 mL
Fluvoxamine	Dépression, traitement de 1 ^{re} intention	50-100 mg/jour ^b	150-200 mg/jour	400 mg/jour	50 mg, 100 mg
Mirtazapine ^d	Dépression, traitement de 1 ^{re} intention	15-30 mg/jour ^b	30-45 mg/jour	60 mg/jour	15 mg, 30 mg, 45 mg
Paroxétine	Dépression, traitement de 1 ^{re} intention	Libération immédiate (LI) : 10-20 mg/jour ^b CR : 12,5-25 mg/jour ^b	LI : 20-40 mg/jour CR : 25-50 mg/jour	LI : 60 mg/jour CR : 75 mg/jour	LI : 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CR : 12,5 mg, 25 mg

Médicament	Indication	Dose initiale	Dose d'entretien habituelle	Dose élevée ^a	Produits disponibles
Quétiapine ^c	Dépression, traitement d'appoint des antidépresseurs standards	25 mg une fois/jour	25-100 mg une fois/jour	150-300 mg/jour	LI : 25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg XR : 50 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg
Rispéridone ^c	Dépression, traitement d'appoint des antidépresseurs standards		0,5-2 mg une fois/jour		0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg; solution 1 mg/mL
Sertraline	Dépression, traitement de 1 ^{re} intention	25-50 mg/jour ^b	50-100 mg/jour	150-200 mg/jour	25 mg, 50 mg, 100 mg
Venlafaxine ^f	Dépression, traitement de 1 ^{re} intention	37,5-75 mg/jour ^b	112,5-225 mg/jour	300-375 mg/jour	37,5 mg, 75 mg, 150 mg
Vortioxétine ^{d,f}	Dépression, traitement de 1 ^{re} intention	5-10 mg/jour ^b	10-20 mg/jour		5 mg, 10 mg, 20 mg
ALTERNATIVES, ABANDON DU TABAGISME					
Bupropion	Abandon du tabagisme, traitement de 1 ^{re} intention	SR : 150 mg/jour PO x 3 jours	SR : 150 mg BID PO x 7-12 sem		SR : 150 mg
Thérapie de remplacement de la nicotine	Abandon du tabagisme, traitement de 1 ^{re} intention	Selon le produit	Selon le produit	Selon le produit	Gomme, pastille, timbre transdermique, vaporisateur
Varéclique	Abandon du tabagisme, traitement de 1 ^{re} intention	0,5 mg une fois/jour PO x 3 jours puis BID x 4 jours	0,5-1 mg BID PO x 12 sem		0,5 mg, 1 mg
ALTERNATIVES, TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH)^g					
Bupropion	TDAH, traitement de 3 ^e intention	2-3 mg/kg/jour PO	200-300 mg/jour PO en 2 doses fractionnées. Chaque dose ne doit pas dépasser 150 mg		XL : 150 mg, 300 mg SR : 150 mg
Clonidine	TDAH, traitement de 3 ^e intention	0,05-0,1 mg/jour PO	0,003-0,01 mg/kg/jour PO (0,05-0,4 mg/jour), une fois/jour ou en doses fractionnées		0,025 mg, 0,1 mg, 0,2 mg
Imipramine ^f	TDAH, traitement de 3 ^e intention		6-12 ans : 10-20 mg/jour PO en 3-4 doses fractionnées Adultes et adolescents : 30-50 mg/jour PO en 3-4 doses fractionnées	Maximum habituel : 150 mg/jour	10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg
Venlafaxine ^f	TDAH, traitement de 3 ^e intention	Adultes : 37,5-75 mg une fois/jour PO x 1 sem	Augmenter graduellement jusqu'à 150-300 mg par jour PO	Maximum : 375 mg/jour PO	37,5 mg, 75 mg, 150 mg

- a. Les doses élevées sont souvent supérieures aux doses maximales contenues dans les monographies des fabricants et entraînent habituellement plus d'effets indésirables. Ces doses doivent être utilisées avec prudence chez des patients sélectionnés de manière appropriée.
- b. Une dose initiale plus faible (p. ex., citalopram à 10 mg, escitalopram à 5 mg) est indiquée si le patient a déjà eu des effets indésirables ou s'il prend plusieurs médicaments; cela est fréquent notamment chez le patient âgé.
- c. Les antipsychotiques en traitement d'appoint des antidépresseurs standards ne sont pas recommandés à long terme et une surveillance étroite de l'apparition de troubles du mouvement, de gain pondéral, et d'effets cardiométaboliques s'impose.
- d. En plus du bupropion, la mirtazapine et la vortioxétine sont associées à un risque plus faible de dysfonction sexuelle causée par les antidépresseurs.
- f. Une période d'épuration du bupropion d'une semaine est recommandée avant d'introduire ce médicament.
- g. Les stimulants (à base d'amphétamine ou de méthylphénidate) constituent les options habituelles de 1^{re} intention pour le TDAH; l'atomoxétine et la guanfacine constituent les options habituelles de 2^e intention pour le TDAH. Le bupropion est une option de 3^e intention pour le TDAH; des options alternatives de 3^e intention sont présentées dans ce tableau.

Renseignements adaptés de Dépression, Trouble lié au tabagisme : Abandon du tabagisme et Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, disponibles au www.myrxtx.ca.