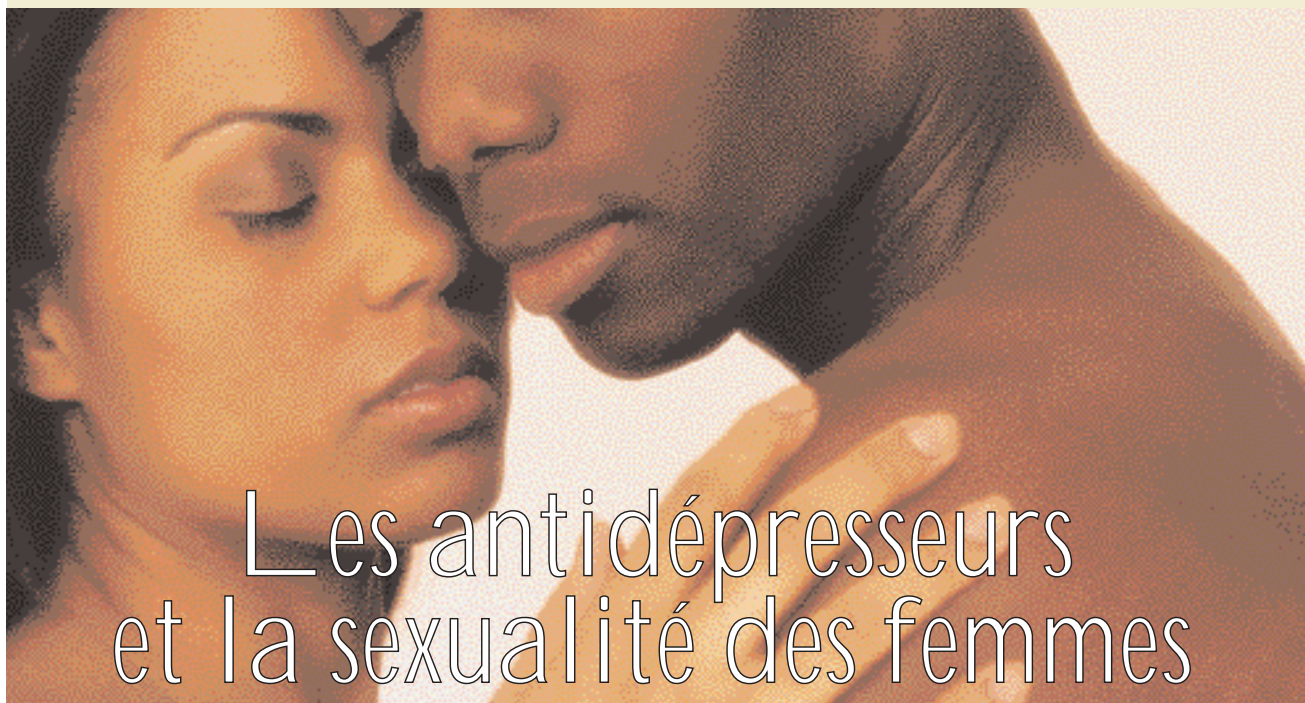


Les soins au féminin



Les antidépresseurs et la sexualité des femmes

La rubrique « Les soins au féminin » est coordonnée par le docteur Pierre Fugère. Il est professeur titulaire, Université de Montréal, et obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

Par Édouard Beltrami, M.D., FRCPC, et Gina Rubini, M.A.

La dépression affecte sérieusement la sexualité

Avant de comparer les effets négatifs de certains antidépresseurs sur la sexualité, il est important de savoir comment était la sexualité de la patiente

avant la dépression et non avant la prise d'antidépresseurs. En effet, la dépression, et surtout la dépression majeure, a comme critère diagnostique l'anhédonie, un sentiment qui affecte beaucoup la sexualité. Le médecin doit donc prescrire un



Dr Beltrami est professeur honoraire, Université du Québec à Montréal, médecin-psychiatre, et sexologue clinicien, Clinique René-Laennec.



M^{me} Rubini est sexologue clinicienne, Clinique René-Laennec.

Les soins au féminin

médicament qui permettra d'abord d'atténuer les symptômes de la dépression. Par la suite, un bilan de la sexualité avant et après la prise de la médication pourra être fait afin d'améliorer le fonctionnement sexuel, s'il y a lieu.

Lors d'une dépression, certains professionnels recommandent de cesser les relations sexuelles si la femme manque de désir, afin de diminuer les pressions dans le couple. Le conjoint doit être d'accord avec cette procédure, puisque qu'il est possible que ce soit lui qui mette de la pression sur sa conjointe pour avoir des relations sexuelles. Dans le tableau 1, les conditions nécessaires à une bonne réponse sexuelle chez la femme sont énumérées.

Les antidépresseurs tricycliques et la sexualité

Les antidépresseurs tricycliques sont de moins en moins utilisés, non pas parce qu'ils sont inefficaces, mais parce qu'ils entraînent beaucoup d'effets secondaires (somnolence, sécheresse de la bouche, troubles du rythme cardiaque, gain de poids, etc.). D'ailleurs, l'un d'eux, le trazodone, est davantage utilisé pour traiter l'insomnie plutôt que la dépression.¹ Un des buts du traitement de la dépression est d'atténuer les symptômes causés par cette maladie ou, si possible, de les enrayer complètement; nous ne souhaitons évidemment pas que les patients cessent de prendre leur médication à cause des effets secondaires qu'elle entraîne. Lorsque les nouveaux antidépresseurs sont apparus sur le marché, on a noté une meilleure fidélité au traitement, liée au fait que ces agents engendraient beaucoup moins d'effets secondaires.

Les mécanismes d'action des antidépresseurs tricycliques

Les tricycliques agissent sur l'inhibition du recaptage de la noradrénaline ainsi que sur le recaptage de la sérotonine. Comme il y a plus de noradrénaline en circulation, les tricycliques ont une légère action sympathicomimétique, c'est pourquoi ils ne sont pas aussi calmants que les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS). Cet effet sympathicomimétique peut influencer la sexualité. En effet, nous savons que pour que la réponse sexuelle soit bonne, il faut passer par toutes les phases de la réponse sexuelle. Entre autres celles du désir et de l'excitation pour atteindre l'orgasme. Ces deux premières phases nécessitent une prédominance du système parasympathique (cholinergique) et non sympathique (adrénergique).² Par contre, contrairement à la croyance populaire, la sexualité doit commencer par cet état parasympathique, c'est-à-dire dans le calme et la tranquillité, et sans stress. C'est seulement vers la fin de la phase d'excitation, lors de la phase du plateau (40 à 60 secondes) et lors de la phase de l'orgasme (20 secondes), que le système sympathique prend la relève.

Hors, l'homme peut atteindre directement la phase du plateau pour parvenir à l'orgasme, même dans des conditions stressantes. En effet, sur le plan phylogénétique, l'orgasme masculin est très ancien; tous les mammifères le partagent. Par contre, l'orgasme féminin est très récent dans la phylogenèse, puisque les femelles éprouvent de l'excitation sans orgasme, et comme tout ce qui est récent, il est plus fragile.² Il est beaucoup moins fréquent qu'une femme atteigne l'orgasme lorsque la phase de désir et d'excitation est

Les soins au féminin

Tableau 1

Les conditions nécessaires à une bonne réponse sexuelle chez la femme

Travail	Satisfaction générale Flexibilité d'horaire en fonction des enfants (s'il y a lieu) Tâches en fonction de ses capacités Possession d'outils pour affronter le stress
Vie de couple	Satisfaction générale par rapport à sa relation Partage des tâches Division du budget au prorata du salaire de chacun Prévision d'au moins une activité de couple par semaine Sentiment d'être écoutée, respectée et valorisée
Vie sexuelle	Caresses et préliminaires de la part du conjoint Marques d'affection et touchers non sexuels tous les jours Sentiment d'être séduisante et désirée
Vie spirituelle	Sentiment d'appartenance Confiance en elle et estime d'elle-même Possession d'outils et de confidents lorsque le moral est bas
Vie personnelle	Activités avec ses amies Activités pour elle-même (relaxation, entraînement, sport, lecture, etc.)

escamotée ou diminuée de beaucoup.² Donc, nous comprendrons que si les tricycliques sollicitent le système adrénérgique, qui est d'ailleurs le même système qui est stimulé par le stress, le désir sexuel de la femme s'en trouve diminué et l'orgasme ne sera probablement pas atteint.

De plus, les tricycliques augmentent le taux de prolactine et diminuent celui de l'ocytocine, ce qui entraîne aussi une baisse du désir sexuel.

Les effets des tricycliques sur la sexualité

Les tricycliques peuvent occasionner un manque

de désir et d'excitation qui se manifeste chez la femme par une difficulté de lubrification et par de l'anorgasmie. Certaines ont décrit une forme d'anesthésie des sens; d'autres ont rapporté certaines douleurs lors de la pénétration ou des douleurs aux seins. Celles-ci peuvent être associées à un taux élevé de prolactine, qui peut aussi entraîner de la galactorrhée ou de la gynécomastie. Donc, il faut éviter de prescrire des tricycliques chez les femmes qui ont un désir sexuel plutôt faible et qui souffrent d'anorgasmie ou de troubles de lubrification (tableau 2).³

Les soins au féminin

Tableau 2

Les tricycliques et leurs effets sur la sexualité

Les tricycliques les plus antagonistes de la sexualité	Clomipramine, amitriptyline et doxépine
Les tricycliques ayant un effet moyen sur la sexualité	Protriptyline et imipramine
Les tricycliques les moins nuisibles pour la sexualité	Désipramine et nortriptyline

Adapté de la référence 3.

Les tricycliques et le gain de poids

Le gain de poids causé par la prise d'une médication antidépressive peut affecter l'image que la femme a d'elle-même et inhiber d'une manière indirecte sa sexualité. La désipramine peut faire prendre 10 livres, tandis que l'imipramine, la nortriptyline et la protriptyline peuvent entraîner un gain pondéral de 30 livres.³

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) produisent un effet sympathicomimétique important dans l'organisme. Les IMAO peuvent parfois aider à enrayer une dépression sans trop d'anxiété très efficacement. Par contre, comme ces agents sont très sympathicomimétiques, ils provoquent souvent des troubles du désir et de lubrification, ainsi que de l'anorgasme.³ Ces médicaments sont peu utilisés actuellement puisqu'ils deviennent toxiques en association avec certains produits contenant de la thiamine (vins Chianti et Bourgogne et certains fromages fermentés) et avec plusieurs antidé-

presseurs, antiparkinsoniens ou psychotropes.⁴ De plus, comme les IMAO sont des sympathicomimétiques, ils miment les effets des excitants.

Les nouveaux inhibiteurs de la monoamine oxydase réversibles

À cause de la toxicité engendrée par les IMAO classiques, une nouvelle classe d'IMAO dont l'effet toxique est beaucoup moins marqué a été mise au point. Leur durée d'action est beaucoup plus courte et elle est réversible. Le moclobémide n'engendre pas les effets secondaires des IMAO classiques. Les nouveaux IMAO réversibles permettent aux patients de conserver une diète normale, mais ils ne doivent pas être prescrits en association avec d'autres antidépresseurs.⁴ Les nouveaux IMAO réversibles ont l'avantage de ne pas provoquer de gain de poids et de ne pas trop nuire à la sexualité.³

Une classe à part : le bupropion

Le bupropion est un dérivé du diéthylpropion, d'un anorexique et du méthylphénidate. Il a donc un léger effet anorexique et stimulant de la concentration mentale.

Il s'agit d'un excellent antidépresseur qui a l'avantage de ne pas faire prendre de poids. Il est un des rares antidépresseurs qui non seulement ne nuit pas à la sexualité, mais qui peut même l'améliorer; certains auteurs recommandent d'ailleurs d'en prendre un comprimé de 150 mg avant les relations sexuelles comme antidote aux effets nocifs des ISRS sur la sexualité.⁵ Par contre, il est de notre expérience qu'il n'est pas recommandé chez les personnes anxieuses, car il peut augmenter de beaucoup l'anxiété. Il faut préciser que beaucoup de femmes qui éprouvent des difficultés sexuelles souffrent également d'anxiété. Celle-ci aurait d'ailleurs pu être causée par une agression sexuelle ou par des comportements sexuels anormaux qui leur auraient été imposés. Donc, dans ces conditions, le bupropion ne serait pas très utile.

Un autre tricyclique qui ne nuit pas à la sexualité : le trazodone

Lorsque le trazodone était utilisé comme antidépresseur, il causait de la somnolence. Aujourd'hui, il est peu utilisé comme antidépresseur, justement à cause de cet effet secondaire important. Par contre, il est employé pour induire le sommeil. En effet, il est utilisé par les centres du sommeil, puisqu'il respecte le sommeil habituel sans être un véritable somnifère. Il a pour effet de créer une vasodilatation aussi bien au niveau cérébral qu'au niveau des organes génitaux.³ De plus, à des doses très fortes, il peut même favoriser la lubrification vaginale.³ C'est un adjuvant des autres antidépresseurs qui doit être pris une fois au coucher (25 mg à 50 mg) à des doses bien inférieures à celles de son effet antidépresseur qui est de 300 mg.⁶ Les patientes sont rassurées de savoir que

ce médicament peut induire le sommeil, qu'il ne crée pas d'accoutumance et qu'il favorise légèrement la congestion des organes sexuels. On a rapporté de rares cas de priapisme au clitoris.⁷

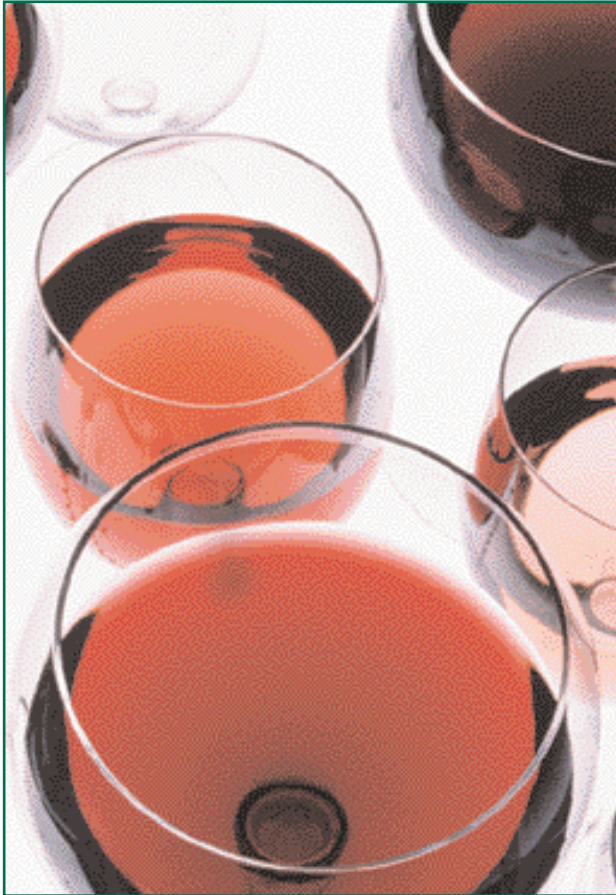
Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine

Les ISRS sont des médicaments très prescrits. Ils agissent essentiellement sur la sérotonine, mais cette action influence également l'équilibre entre la sérotonine et la dopamine, ce qui entraîne une diminution de la dopamine nécessaire au bon fonctionnement de la réponse sexuelle.

Pour le reste, les ISRS ont beaucoup moins d'effets secondaires que les tricycliques.⁸ Dans l'ensemble, les effets secondaires peuvent être des nausées, qui disparaissent assez souvent en prenant la médication pendant les repas et en prenant soin d'augmenter les doses de façon graduelle. En général, comme les ISRS sont mieux tolérés par les patientes, la dépression est traitée plus facilement, car il y a une meilleure observance au traitement pendant la durée de la maladie active. De plus, l'amélioration de la tolérance est également importante pour l'observance au traitement après la rémission de la dépression. Un autre avantage des ISRS est qu'ils sont aussi anxiolytiques, plus particulièrement la sertraline, la paroxétine, la venlafaxine et la néfazodone. Ces médicaments s'avèrent plus utiles que les tricycliques chez les patients atteints d'une dépression agitée ou d'une dépression avec anxiété.

Les effets des ISRS sur la sexualité sont le manque de désir et de lubrification, ainsi que l'anorgasmie. Une étude menée par Montejo en 1999 auprès de 700 hommes et femmes démontre que les ISRS affectent plusieurs phases de la

Les soins au féminin



Les inhibiteurs de la monoamine oxydase sont peu utilisés actuellement puisqu'ils deviennent toxiques en association avec certains produits contenant de la thiamine (vins Chianti et Bourgogne et certains fromages fermentés) et avec plusieurs antidépresseurs, antiparkinsoniens ou psychotropes.

réponse sexuelle. Ces auteurs ont classé les médicaments en fonction de leurs effets statistiques de dysfonctions sexuelles induites par le médicament. Des patients et patientes qui prenaient du citalopram, 80 % souffraient de dysfonctions sexuelles; la venlafaxine en causait 79 %, la paroxétine, 67 %, la fluvoxamine, 64 %, la sertraline, 61 %, et la mirtazapine, 29 %. Le médicament qui a le moins d'effet sur la sexualité est la néfazodone (7 %).⁹

Il y a un paradoxe au sujet du citalopram. En effet, cet agent a beaucoup de succès puisqu'il est très spécifique aux récepteurs de la sérotonine et provoque moins d'effets secondaires en général. Cependant, ce médicament est un de ceux qui affectent le plus la sexualité. En effet, comme nous l'avons déjà mentionné, c'est l'équilibre entre la sérotonine et la dopamine qui affecte la sexualité. Comme le citalopram a un effet plus spécifique et plus pur sur la sérotonine que d'autres antidépresseurs, nous ne sommes pas étonnés que les résultats des recherches démontrent qu'il a un effet néfaste sur la sexualité.⁹

Les cas particuliers de dépressions avec obsession

La névrose obsessionnelle est nuisible à la sexualité. En effet, les personnes obsessionnelles sont assez rigides; elles ont souvent tendance à se culpabiliser, car elles ont peur d'avoir fait quelque chose de mal. La culpabilité au sujet de la sexualité est fréquente. L'exagération de la propreté fait aussi voir la sexualité comme étant « sale », et cette perception nuit à une bonne réponse sexuelle.

Il est important de garder en tête que ce ne sont pas tous les antidépresseurs qui ont des effets anti-obsessionnels. Or, le *Compendium des produits et*

spécialités pharmaceutiques 2001 (CPS) indique que seulement 5 médicaments anti-obsessionnels sont recommandés « preuves à l'appui ». Dans la catégorie des tricycliques, la clomipramine est indiquée pour traiter le trouble obsessionnel, et du côté des ISRS, ce sont la fluoxétine, la fluvoxamine, la paroxétine et la sertraline qui le sont. Certains médicaments qui sont moins nuisibles à la sexualité, comme le bupropion et la néfazodone, n'ont pas d'effet anti-obsessionnel. Dans de tels cas, notre recommandation est de traiter en priorité la maladie avec la médication appropriée. Par la suite, si la sexualité s'en trouve toujours affectée, on pourra changer pour une médication antidépressive ne l'affectant pas. On peut aussi utiliser une médication d'appoint.

Le cas particulier de la néfazodone

La néfazodone a 3 sites d'action : une action présynaptique de blocage du 5-HT₂ et 2 actions postsynaptiques au niveau de la sérotonine et de la noradrénaline. Étant moins spécifiquement sérotoninergique, la néfazodone aura un effet bien moindre sur la sexualité. Néanmoins, comme nous l'avons déjà mentionné, elle n'est pas reconnue comme anti-obsessionnel. Puisque son action sur les récepteurs 5-HT₂ peut causer de la dissociation si les doses ne sont pas augmentées progressivement, elle est un peu plus complexe à utiliser chez des patientes qui souffrent d'une première dépression.

Pendant la première semaine, il est recommandé de prescrire 50 mg bid; pendant la deuxième semaine, on prescrit 100 mg bid, et finalement, la dose d'entretien est de 200 mg bid. L'augmentation progressive de cette médication

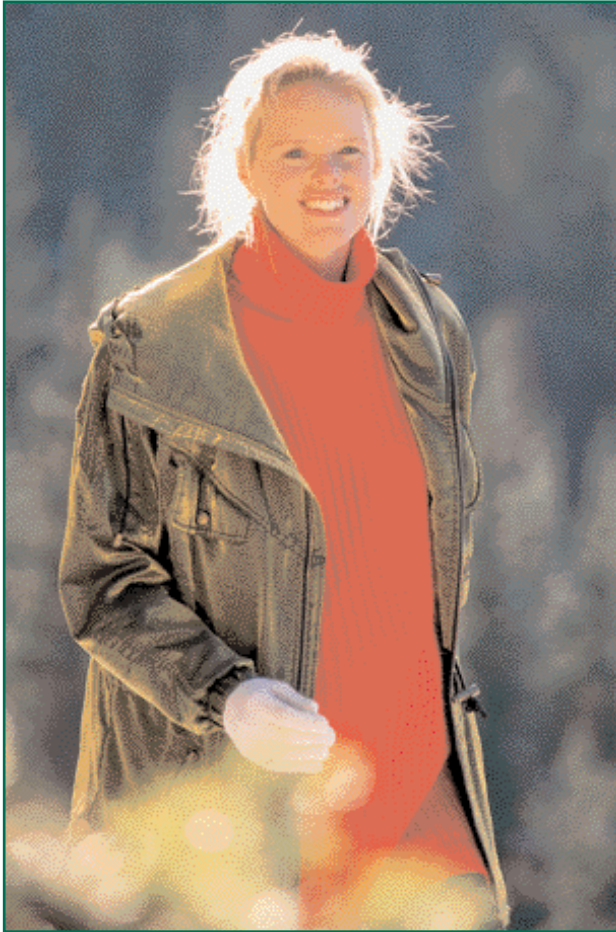


permet d'éviter les phénomènes de dissociation.¹⁰ À cause de ce risque théorique, nous évitons d'en prescrire à des femmes qui auraient été abusées dans l'enfance.

Tout n'est pas dépression

L'anxiété et la dépression ne sont que deux des diagnostics psychiatriques existants et ils sont parfois posés trop rapidement sans que d'autres possibilités diagnostiques soient considérées. Ce qui semble être une dépression peut en fait être un trouble bipolaire II. Les personnes atteintes d'un trouble bipolaire II ne souffrent pas de crises de manie franche, mais d'une hyperactivité anormale et subclinique, ce qui rend le diagnostic difficile à poser. Les stabilisateurs de l'humeur permettent de traiter ce trouble. Ces agents ont relativement peu d'effet sur la sexualité. Parfois, ils peuvent entraîner une légère prise de poids, à l'exception du topiramate.¹¹

Les soins au féminin



La priorité demeure le traitement de la dépression. En ce qui concerne les antidépresseurs tricycliques, nous n'avons pas de preuves qu'ils sont inoffensifs pour le fœtus, donc, nous continuons de les administrer seulement chez les femmes enceintes qui souffrent d'une dépression importante.

Un autre trouble sous-diagnostiqué est le trouble dissociatif. Très souvent, il affecte des femmes qui ont été abusées dans leur enfance ou qui ont subi d'autres stress traumatiques, mais qui ont pu fonctionner normalement dans la vingtaine ou la trentaine. Par contre, vers l'âge de 40 ou 50 ans, ou à la suite d'une perte d'emploi, d'un changement de patron ou d'une séparation, l'abus refoulé dans l'enfance refait surface avec des symptômes dépressifs et des troubles de concentration et de mémoire (amnésie dissociative) importants. Ces patientes bénéficieront des nouveaux antipsychotiques.¹² Par contre, l'olanzapine entraîne un gain de poids important.³ Le fait d'ajouter de la nizatidine à cette prescription élimine cet effet secondaire.¹³

La quétiapine a beaucoup moins d'effets secondaires sur le poids que l'olanzapine.¹⁴ Ces deux médicaments qui agissent au niveau du système nerveux cognitif améliorent beaucoup la mémoire et la concentration sans avoir d'effets néfastes sur la sexualité. Comme ils causent de la somnolence, ils sont donnés au coucher, ce qui permet d'éviter la prise de somnifère ou de benzodiazépines.

Que faire si la prise de médicament a un effet négatif sur la sexualité?

Il est important de continuer la médication pour vaincre la dépression et l'obsession s'il y a lieu. Le bupropion peut être utilisé une heure avant d'avoir une relation sexuelle pour rétablir la fonction sexuelle. Les antidépresseurs à courte durée d'action peuvent être temporairement cessés pendant un jour ou deux durant la fin de semaine, ce qui permet de rétablir la fonction sexuelle sans altérer le traitement de la dépression.³

Les soins au féminin

Plusieurs stratégies peuvent donc être utilisées. Néanmoins, les plus efficaces demeurent actuellement l'utilisation du sildenafil ou de médicaments dont l'action est semblable.¹⁵ Le sildenafil favorise la lubrification chez les femmes et l'engorgement du clitoris, ce qui peut augmenter l'excitation et faciliter l'atteinte de l'orgasme. Les recherches actuelles se font davantage auprès de femmes ménopausées ou hystérectomisées, puisque ce médicament pourrait avoir une action nocive sur la vascularisation du cordon ombilical et donc sur le fœtus.

Pour augmenter le désir, la prise d'undécanoate de testostérone à des doses de 20 mg 2 ou 3 fois par jours selon le cas est très efficace.¹⁶ Par contre, cette pratique est relativement nouvelle et est plus courante chez les femmes ménopausées manquant d'hormones, en particulier de testostérone naturelle.


Notez que toutes ces méthodes ne doivent être utilisées que quand les symptômes les plus importants de la dépression sont soulagés. Sinon, les méthodes utilisées sont vouées à l'échec et nous perdons un bon outil thérapeutique qui, administré à point, aurait pu avoir un excellent effet. Il faut aussi s'assurer que la vie de couple est satisfaisante avant d'entreprendre des méthodes particulières.

Les antidépresseurs et la grossesse

La conduite à tenir lorsqu'une femme traitée avec des antidépresseurs devient enceinte est primordiale. En effet, les craintes sont que le fœtus puisse absorber la médication de la mère, et que les effets soient beaucoup plus nocifs pour lui que pour la mère. Il faut garder en tête que la dépres-

sion elle-même a un certain effet nocif sur le fœtus. En effet, la mère produit, à ce moment-là, des corticostéroïdes anormaux qui peuvent remplacer les stéroïdes normaux du fœtus. Plus particulièrement, des stéroïdes qui seront à l'origine des hormones nécessaires au bon fonctionnement et au bon développement du fœtus.¹⁷

La priorité demeure encore le traitement de la dépression. En ce qui concerne les antidépresseurs tricycliques, nous n'avons pas de preuves qu'ils sont inoffensifs pour le fœtus, donc, nous continuons de les administrer chez les femmes enceintes qui souffrent d'une dépression





composés de 50 et 75 mg de diclofénac sodique et de misoprostol

ARTHROTEC®

(Analgésique anti-inflammatoire en association avec un agent protecteur de la muqueuse)
Arthrotec® est contre-indiqué pendant la grossesse.
Monographie du produit disponible sur demande.

PHARMACIA Pharmacia Canada Inc.
Mississauga (Ontario) L5N 2X7



Les soins au féminin

importante. Les études tendent à prouver que les nouveaux ISRS n'affectent pas le fœtus.

Il est recommandé de donner la dose minimale efficace d'antidépresseur. De plus, si la patiente était sur le point de cesser la médication et qu'elle devient enceinte, nous encourageons l'arrêt de la médication.

Si l'antidépresseur a été prescrit non seulement pour traiter la dépression, mais aussi pour enrayer l'anxiété et la panique, il est fortement recommandé de le conserver pendant la grossesse. Sinon, la patiente pourrait avoir tendance à prendre ou à se faire prescrire des benzodiazépines, qui auraient un effet sédatif, non souhaitable, sur le fœtus. Il vaut mieux garder une méthode adéquate et stable, que les ISRS procurent puisqu'ils ont un effet anti-panique et anti-anxiété, que de laisser l'anxiété s'accumuler et de risquer que la patiente, n'en pouvant plus, aille à l'urgence et se fasse prescrire des benzodiazépines ou des hypnotiques.

Des études démontrent que les ISRS passent en petite quantité dans le lait maternel, mais pas à un point tel que cela pourrait entraîner des troubles particuliers.¹⁸

Par contre, dans le cas des stabilisateurs de l'humeur, il faudrait essayer de les cesser pendant la grossesse puisqu'ils peuvent avoir des effets néfastes sur le fœtus.¹⁹ Certains cas de spina bifida ont été rapportés (1 % à 5 % des cas) chez des femmes enceintes ayant pris du divalproex de sodium.²⁰ Le lithium a une faible incidence d'effets tétragéniques comme des troubles cardiaques et d'autres anomalies (0,1 %).²¹ Nous remarquerons néanmoins que l'humeur des femmes enceintes peut se stabiliser d'elle-même, la gros-

sesse étant un facteur d'identité pouvant influencer l'humeur.

Les IMAO sont à éviter pendant la grossesse à cause de leurs effets tétragéniques.

Conclusion

Les nouveaux antidépresseurs ayant moins d'effets secondaires que les anciens, ils sont mieux tolérés et ont permis une véritable révolution dans le traitement de la dépression. Par contre, ils engendrent des effets nocifs sur la sexualité en général et plus particulièrement sur la sexualité féminine.

Nous recommandons de poser un diagnostic précis et de prescrire des stabilisateurs de l'humeur dans le cas de troubles bipolaires, et des nouveaux antipsychotiques dans le cas de troubles dissociatifs. Ces médicaments peuvent être prescrits en association avec des antidépresseurs, mais à des doses inférieures.

Quand la dépression ne s'accompagne pas de troubles obsessionnels ou dissociatifs, il est possible d'utiliser une médication ayant peu d'effets négatifs sur la sexualité.

Les antidépresseurs à courte durée d'action peuvent être temporairement cessés pendant un jour ou deux durant la fin de semaine. D'autres médicaments activateurs peuvent être pris avant les relations sexuelles. Cependant, la voie la plus prometteuse est l'utilisation de sildenafil ou d'undécanoate de testostérone, même si pour l'instant ces médicaments ne peuvent être prescrits à toutes les femmes.

Le traitement de la dépression est primordial et ce but doit être atteint avant de penser à des substitutions ou des adjuvants. *Clin*

Les soins au féminin

Références

1. McCall, WV : A Psychiatric Perspective on Insomnia. J Clin Psychiatry 62 (suppl. 10):27, 2001.
2. Beltrami, E, Couture, N : *Dysfonctions sexuelles*. Dans : *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1988, p. 614.
3. Crenshaw, T, Goldberg, J : *Sexual Pharmacology: Drugs that affect Sexual Functioning*. W.W. Norton & Company, New York, London, 1996, 596 p.
4. Long, PW : Canadian monograph on Tranylcypromine, 1995-1999.
5. Ashton, AK, Rosen, RC : Bupropion as an Antidote for Serotonin Reuptake Inhibitor-Induced Sexual Dysfunction. J Clin Psychiatry 59:112, 1998.
6. Morin, C : *Vaincre les ennemis du sommeil*. Éditions de l'homme, Montréal, 1997, 263 p.
7. Thompson, JW Jr, Ware, MR, et coll. : Psychotropic Medication and Priapism: A Comprehensive Review. J Clin Psychiatry 51:430, 1990.
8. Finkel, SI : Efficacy and Tolerability of Antidepressant Therapy. J Clin Psychiatry 57:23, 1996.
9. Montejo, AL, Liorca, G, Izquierdo, JA : Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: A prospective multicenter study of 1 022 outpatients. Spanish Working group for the study of psychotropic - Related Sexual dysfunction. University of Salamanca. Spain, 1999.
10. Leblanc, J : *Pharmacothérapie de la dépression*. Séance de formation de l'Association des psychiatres du Québec, Lac Carling, Juin 2000.
11. Shapira, NA, Goldsmith, TD, McElroy, SL : Treatment of Binge-Eating Disorder with Topiramate : A Clinical Case Series. J Clin Psychiatry 61:368, 2000.
12. Bowden, CL : *The use of mood stabilizers in the treatment of impulsivity*. Program and abstracts from the 153rd Annual American Psychiatric Association Meeting. Chicago, 13 au 18 mai 2000.
13. Rapport du Congrès international sur la schizophrénie. Whisler, mai 2001.
14. Powell, A : Prolactin and Antipsychotic Medications. Oakstone Medical Publishing, 1999.
15. Bartlik, B, Kaplan, P, et coll. : Medications with the Potential to Enhance Sexual Responsivity in Women. Psychiatr Ann 29:46, 1999.
16. Champagne, MA : *L'hormone du désir et celles de notre plaisir*. Libre Expression, Montréal, 1999, 385 p.
17. Ward, IL, Weisz, J : Maternal Stress Alters Plasma Testosterone in Fetal Males. Science 207:328, 1980.
18. Spigset, O, Carleborg, L, et coll. : Paroxetine Level in Breast Milk. J Clin Psychiatry 57: 39, 1996.
19. Helen, GK : *Approach to the Psychopharmacologic Treatment of the Pregnant Patient*. Guest Presentation, Oakstone Medical Publishing, août 1999.
20. Kennedy, D, Koren, G : Valproic Acid Use in Psychiatry: Issues in Treating Women of Reproductive Age. J Psychiatry Neurosci 23:223, 1998.
21. Jacobson, SJ, Jones, K, et coll. : Prospective Multicentre Study of Pregnancy Outcome After Lithium Exposure During First Trimester. Lancet 339:530, 1992.

Lectures suggérées

1. De Boer, TH : *The pharmacologic profile of mirtazapine*. J Clin Psychiatry 57(4):19, 1996.
2. Fawcett, J, Barkin, R : A Meta-Analysis of Eight Randomized, Double-Blind, Controlled Clinical Trials of Mirtazapine for the Treatment of Patients With Major Depression and Symptoms of Anxiety. J Clin Psychiatry 59(3):123, 1998.

VOICI

Nexium[®]
esomeprazole

The advertisement features a dark blue background with a stylized graphic of white dots forming a funnel shape. The word 'Nexium' is prominently displayed in white, with 'esomeprazole' written below it in a smaller font. A green oval containing the word 'VOICI' is positioned in the upper left corner.

Nexium est indiqué dans le traitement des affections où une diminution de la sécrétion acide gastrique est nécessaire. Veuillez consulter la monographie pour connaître le type de patients, les précautions et les mises en garde.

Nexium est une marque de commerce d'AstraZeneca AB et/ou de son filiale AstraZeneca Canada Inc. Le logo AstraZeneca est une marque de commerce d'AstraZeneca PLC, utilisé sous licence par AstraZeneca Canada Inc.

AstraZeneca

CCP RGD