

MONOGRAPHIE DE PRODUIT

Prpms-PAROXETINE

Comprimés de paroxétine, USP

10 mg, 20 mg, 30 mg et 40 mg
Paroxétine (sous forme de chlorhydrate de paroxétine)

Antidépresseur – Antiobsessionnel – Antipanique – Anxiolytique -
Traitement de la phobie sociale - Traitement de l'état de stress post-traumatique

PHARMASCIENCE INC.
6111 Royalmount Ave., Suite 100
Montréal, Canada
H4P 2T4

Date de révision :
28 août 2020

www.pharmascience.com

Numéro de contrôle : 242260

Table des matières

PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ.....	3
RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT	3
INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE	3
CONTRE-INDICATIONS	5
MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS	6
EFFETS INDÉSIRABLES	16
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES	28
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION	33
SURDOSAGE.....	37
MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE	38
ENTREPOSAGE ET STABILITÉ	41
FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT	41
PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES.....	42
RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES	42
ESSAIS CLINIQUES	44
PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE	50
TOXICOLOGIE	52
RÉFÉRENCES	55
PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR	60

Pr pms-PAROXETINE

Comprimés de paroxétine, USP
10 mg, 20 mg, 30 mg et 40 mg
Paroxétine (sous forme de chlorhydrate de paroxétine)

PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT

Voie d'administration	Forme posologique/concentration	Ingrédients non médicinaux
Orale	Comprimés / 10 mg, 20 mg, 30 mg et 40 mg	<p>Cellulose microcristalline, croscarmellose de sodium, dioxyde de silice colloïdal, dioxyde de titane, polyéthylèneglycol, stéarate de magnésium, De plus,</p> <p>Les comprimés à 10 mg contiennent aussi : hypromellose, laque d'aluminium D&C jaune n° 10, laque d'aluminium FD&C jaune n° 6, polydextrose, triacétine.</p> <p>Les comprimés à 20 mg contiennent aussi : hypromellose, laque d'aluminium D&C rouge n° 30, polydextrose, triacétine.</p> <p>Les comprimés à 30 mg contiennent aussi : hypromellose, laque d'aluminium FD&C bleu n° 2, polydextrose, triacétine.</p> <p>Les comprimés à 40 mg contiennent aussi : alcool polyvinyle, laque d'aluminium D&C jaune n° 10, laque d'aluminium FD&C bleu n° 2, lécithine, talc.</p>

INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE

Adultes

Dépression

pms-PAROXETINE (chlorhydrate de paroxétine) est indiqué pour le soulagement symptomatique du trouble dépressif majeur (TDM).

Des études cliniques ont montré que la poursuite du traitement par le chlorhydrate de paroxétine chez les patients souffrant d'un trouble dépressif modéré ou modérément sévère est efficace pendant au moins six mois (voir ESSAIS CLINIQUES, Dépression).

Trouble obsessionnel-compulsif

pms-PAROXETINE est indiqué pour le traitement symptomatique du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Il faut que les obsessions ou les compulsions soient ressenties comme étant dérangeantes, entraînent des sentiments marqués de détresse ou une perte de temps considérable ou interfèrent de façon significative avec le fonctionnement professionnel ou social du sujet.

Trouble panique

pms-PAROXETINE est indiqué pour le traitement symptomatique du trouble panique, avec ou sans agoraphobie.

Le trouble panique (tel que défini dans le DSM-IV) se caractérise par des crises de panique récurrentes et inattendues, prenant la forme d'épisodes discontinus de peur ou de malaise intenses où au moins quatre des symptômes suivants apparaissent brusquement et atteignent leur paroxysme en moins de 10 minutes : (1) palpitations, cœur battant très fort ou fréquence cardiaque accélérée; (2) transpiration; (3) tremblements; (4) sensations d'essoufflement ou d'étouffement; (5) sensation de suffocation; (6) douleur ou gêne au niveau de la poitrine; (7) nausées ou douleur abdominale; (8) sensation de vertige, de déséquilibre, de tête légère ou d'évanouissement imminent; (9) déréalisation (sensation d'irréalité) ou dépersonnalisation (détachement de soi-même); (10) peur de ne plus être maître de la situation; (11) peur de mourir; (12) paresthésies (engourdissement ou picotements); (13) frissons ou bouffées de chaleur.

Phobie sociale

pms-PAROXETINE est indiqué pour le soulagement symptomatique de la phobie sociale généralisée, un trouble caractérisé par une peur marquée et persistante de diverses situations sociales ou de performance, par l'appréhension à leur égard ou par l'évitement de ces situations (exemples de situations sociales redoutées par les phobiques sociaux : interagir avec des étrangers, assister à des activités mondaines, avoir des contacts avec des personnes en position d'autorité; exemples de situations de performance redoutées : manger, écrire ou travailler sous le regard d'autres personnes ou parler en public). Pour qu'un diagnostic de phobie sociale soit justifié, la peur, l'appréhension ou l'évitement des situations sociales ou de performance doit considérablement entraver la vie quotidienne, le fonctionnement professionnel, la vie sociale du sujet ou lui causer une détresse importante.

Anxiété généralisée

pms-PAROXETINE est indiqué pour le soulagement symptomatique de l'anxiété causant une détresse considérable chez les patients atteints d'anxiété généralisée.

État de stress post-traumatique

pms-PAROXETINE est indiqué pour le traitement symptomatique de l'état de stress post-traumatique (ESPT).

Pour satisfaire aux critères diagnostiques du DSM-IV pour l'ESPT, le sujet doit avoir été exposé à un événement traumatisant dans lequel des individus sont morts ou ont été très gravement

blessés ou bien ont été menacés de mort ou de blessure grave ou bien durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a été menacée; la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Les symptômes résultant de l'exposition à l'événement traumatique comprennent 1) le sentiment de revivre l'événement : souvenirs répétitifs et envahissants, sentiment de revivre en pensée l'événement traumatisant (« flashbacks ») ou rêves répétitifs, sentiment intense de détresse psychologique et réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices évoquant l'événement traumatique en cause; 2) l'évitement des stimuli associés au traumatisme, l'incapacité de se rappeler les détails du traumatisme ou l'émoussement de la réactivité générale - réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes, sentiment de détachement d'autrui, restriction des affects ou sentiment d'avenir « bouché »; et 3) la présence de symptômes traduisant une activation neurovégétative, notamment : hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, difficultés de concentration et irritabilité ou accès de colère.

Pour qu'un diagnostic d'état de stress post-traumatique soit justifié, les symptômes doivent être présents depuis au moins un mois et entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Emploi à long terme de pms-PAROXETINE

L'efficacité de chlorhydrate de paroxétine dans le traitement à long terme (c.-à-d. pendant plus de 8 semaines dans le cas de l'anxiété généralisée et plus de 12 semaines pour les autres indications) n'a pas encore été établie dans des études contrôlées portant sur le TOC, le trouble panique, la phobie sociale, l'anxiété généralisée et l'état de stress post-traumatique. Par conséquent, le médecin qui décide de prescrire pms-PAROXETINE pour ces indications pendant une période prolongée doit réévaluer périodiquement l'utilité à long terme du médicament chez chaque patient (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Considérations posologiques).

Gériatrie (> 65 ans)

Les données d'études cliniques révèlent des différences au chapitre du profil pharmacocinétique de la paroxétine entre les patients âgés et les adultes plus jeunes, pouvant être associées à des différences sur les plans de l'innocuité ou de l'efficacité. On peut trouver une brève discussion à ce sujet dans les sections appropriées (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières, Gériatrie; MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE; et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Pédiatrie (< 18 ans)

pms-PAROXETINE n'est pas indiqué chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Généralités, Association possible avec la survenue de modifications comportementales et émotionnelles, y compris l'automutilation).

CONTRE-INDICATIONS

Hypersensibilité : pms-PAROXETINE (chlorhydrate de paroxétine) est contre-indiqué chez les patients présentant une hypersensibilité connue au médicament ou à l'un de ses constituants.

Pour obtenir une liste complète, veuillez consulter PRÉSENTATION, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT.

Inhibiteurs de la monoamine oxydase : Chez des patients ayant reçu un inhibiteur du recaptage de la sérotonine (ISRS) en association avec un inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO), on a signalé des réactions graves, parfois fatales, dont l'hyperthermie, la rigidité, la myoclonie, l'instabilité autonome accompagnée de fluctuations rapides possibles des signes vitaux, et des changements au niveau de l'état mental comprenant une agitation extrême menant au délire et au coma. On a également fait état de ces réactions chez des patients qui venaient de terminer un traitement par un ISRS et d'amorcer un traitement par un IMAO. Certains patients présentaient des manifestations évoquant le syndrome sérotoninergique ou le syndrome malin des neuroleptiques (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Syndrome sérotoninergique/syndrome malin des neuroleptiques). Par conséquent, pms-PAROXETINE ne doit pas être employé en association avec un IMAO [y compris le linézolide, un antibiotique qui est un inhibiteur réversible non sélectif de la MAO, et le chlorure de méthylthioninium (bleu de méthylène)] ni dans les deux semaines au moins après la fin d'un traitement par un IMAO. Après ce délai, le traitement par pms-PAROXETINE doit être entrepris avec prudence et la posologie doit être augmentée graduellement jusqu'à l'obtention de l'effet optimal. Un délai de deux semaines après l'arrêt du traitement par pms-PAROXETINE s'impose aussi avant de commencer un traitement par un IMAO.

Thioridazine : L'administration de la thioridazine en monothérapie entraîne une prolongation de l'intervalle QTc associée à de graves arythmies ventriculaires, comme celles de type torsades de pointes, et à des morts subites. Cet effet semble être lié à la dose. D'après une étude *in vivo*, les médicaments qui inhibent l'isoenzyme 2D6 du cytochrome P450, y compris certains ISRS comme la paroxétine, la fluoxétine et la fluvoxamine, hausseraient les concentrations plasmatiques de thioridazine. Par conséquent, pms-PAROXETINE ne doit pas être administré en association avec la thioridazine ni dans les deux semaines au moins après la fin d'un traitement par la thioridazine. Un délai d'au moins deux semaines après l'arrêt du traitement par pms-PAROXETINE s'impose aussi avant de commencer un traitement par la thioridazine.

Pimozide : L'utilisation concomitante de pms-PAROXETINE et du pimozide est contre-indiquée, car la paroxétine élève les concentrations plasmatiques de pimozide, ce qui peut se traduire par une prolongation de l'intervalle QT et l'apparition d'arythmies sévères, y compris des torsades de pointes (voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES).

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Généralités

ASSOCIATION POSSIBLE AVEC LA SURVENUE DE MODIFICATIONS COMPORTEMENTALES ET ÉMOTIONNELLES, Y COMPRIS L'AUTOMUTILATION

Enfants et adolescents : données d'essais cliniques contrôlés par placebo

- Des analyses récentes de bases de données sur l'innocuité des ISRS et d'autres antidépresseurs récents, issues d'essais cliniques contrôlés par placebo, semblent indiquer que l'emploi de ces médicaments chez des patients de moins de 18 ans peut être associé à des modifications comportementales et émotionnelles, y compris à un risque accru d'idées et de comportements suicidaires, comparativement à un placebo.
- En raison des petits dénominateurs de la base de données cliniques ainsi que de la variabilité des taux enregistrés dans les groupes placebo, il est impossible de tirer des conclusions définitives sur le profil d'innocuité relatif de ces médicaments.

Adultes, enfants et adolescents : données additionnelles

- Des essais cliniques et des rapports de pharmacovigilance sur les ISRS et d'autres antidépresseurs récents font état, tant chez les enfants et les adolescents que chez les adultes, d'effets indésirables sévères du type agitation jumelés à des actes d'automutilation ou à des actes visant à blesser autrui. Ces effets indésirables du type agitation comprennent l'akathisie, l'agitation, la désinhibition, la labilité émotionnelle, l'hostilité, l'agression et la dépersonnalisation. Dans certains cas, les effets sont survenus dans les semaines suivant le début du traitement.

La surveillance clinique rigoureuse des idées suicidaires ou d'autres indicateurs d'un comportement suicidaire possible est conseillée chez les patients, quel que soit leur âge. Cela comprend la surveillance des patients pour déceler des modifications comportementales ou émotionnelles du type agitation.

Réalisée par la FDA, une méta-analyse d'études cliniques contrôlées par placebo portant sur la prise d'antidépresseurs chez des adultes âgés de 18 à 24 ans souffrant de troubles psychiatriques a mis en évidence un risque accru de comportement suicidaire chez les patients qui prenaient un antidépresseur plutôt qu'un placebo.

Symptômes liés à l'arrêt du traitement : les patients qui prennent actuellement le pms-PAROXETINE NE doivent PAS cesser brusquement leur traitement en raison du risque de symptômes liés à l'arrêt du traitement. Quand le médecin décide d'arrêter un ISRS ou un autre antidépresseur récent, il est recommandé de réduire la dose graduellement plutôt que de cesser brusquement la prise du médicament.

Arrêt du traitement par le pms-PAROXETINE

En cas d'arrêt du traitement, quelle que soit l'indication pour laquelle le pms-PAROXETINE avait été prescrit, il convient de surveiller les patients à la recherche de symptômes qui peuvent alors survenir [p. ex., étourdissements, troubles du sommeil incluant rêves anormaux, perturbations sensorielles (y compris paresthésies et sensations de choc électrique et acouphènes), agitation, anxiété, céphalées, tremblements, confusion, diarrhée, nausées, vomissements et transpiration] ou autres symptômes qui pourraient être significatifs sur le plan clinique (voir EFFETS INDÉSIRABLES, Effets indésirables observés à l'arrêt du traitement (ou lors de la réduction de la dose), Effets observés depuis la commercialisation). On recommande,

dans la mesure du possible, de réduire la dose graduellement plutôt que de cesser brusquement la prise du médicament. Si des symptômes intolérables surviennent après une baisse de la dose ou l'arrêt du traitement, on doit rajuster le retrait graduel du médicament en fonction de la réponse clinique du patient (voir EFFETS INDÉSIRABLES ; et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Traitements par le pms-PAROXÉTINE durant la grossesse – Effets sur les nouveau-nés

Des études épidémiologiques sur l'issue de la grossesse de femmes ayant pris des antidépresseurs durant le premier trimestre font état d'un risque accru de malformations congénitales, particulièrement de nature cardiovasculaire (p. ex., communications interventriculaires et communications interauriculaires), associées à l'emploi de la paroxétine. Si une patiente devient enceinte pendant qu'elle prend du pms-PAROXÉTINE, on doit envisager de recourir à d'autres options thérapeutiques. Le médecin doit poursuivre le traitement par le pms-PAROXETINE chez une patiente donnée seulement si les bienfaits escomptés l'emportent sur les risques éventuels. Chez les femmes qui veulent devenir enceintes ou qui en sont au premier trimestre de leur grossesse, on doit envisager d'amorcer un traitement par la paroxétine seulement après avoir examiné les autres options thérapeutiques (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières).

Des rapports de pharmacovigilance font état de complications commandant une prolongation de l'hospitalisation, une respiration assistée et le gavage, chez certains nouveau-nés exposés au chlorhydrate de paroxétine, à des ISRS (inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine) ou à d'autres antidépresseurs récents à la fin du troisième trimestre. De telles complications peuvent survenir immédiatement après l'accouchement. Le médecin doit donc soupeser soigneusement les risques possibles et les avantages éventuels du traitement de la femme enceinte au moyen du pms-PAROXETINE durant le troisième trimestre (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières ; et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Populations particulières, Traitement des femmes enceintes).

Dysfonction sexuelle

Dysfonction sexuelle Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) peuvent causer des symptômes de dysfonction sexuelle (voir la section EFFETS INDÉSIRABLES, Dysfonction sexuelle associée aux ISRS chez les hommes et les femmes). On doit informer les patients que des cas de dysfonction sexuelle prolongée où les symptômes ont persisté malgré l'arrêt du traitement ont été signalés chez des patients traités par un ISRS.

Risque d'efficacité réduite du tamoxifène administré en association avec un ISRS, y compris le pms-PAROXETINE

Le tamoxifène, un agent antitumoral, est un promédicament qui exige une activation métabolique par l'isoenzyme CYP2D6. Or, l'inhibition du CYP2D6 peut entraîner des concentrations plasmatiques réduites d'un métabolite primaire actif du tamoxifène (l'endoxifène). L'emploi prolongé d'inhibiteurs du CYP2D6, y compris certains ISRS, concurremment avec le tamoxifène peut se traduire par une diminution persistante des concentrations d'endoxifène (voir aussi INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Tamoxifène). Certaines études ont révélé que l'efficacité du tamoxifène, mesurée par le risque de rechute du cancer du sein ou de mortalité liée au cancer du sein, peut être réduite lorsque cet agent est administré en même temps que le chlorhydrate de paroxétine en raison de l'inhibition irréversible de l'isoenzyme CYP2D6 par la paroxétine. Ce

risque pourrait augmenter en fonction de la durée de l'administration concomitante. Lorsque le tamoxifène est employé dans le traitement du cancer du sein, le médecin prescripteur doit envisager d'utiliser un autre antidépresseur qui exerce peu voire pas d'effet inhibiteur sur l'isoenzyme CYP2D6.

Altération de la fonction psychomotrice

Bien que la paroxétine n'ait pas causé de sédation ni altéré les fonctions psychomotrices chez les sujets sains participant à des études contrôlées par placebo, on doit aviser les patients d'éviter de conduire un véhicule et de faire fonctionner des machines dangereuses avant d'être bien certains que le pms-PAROXETINE ne leur nuit pas.

Risque de fractures

Des études épidémiologiques révèlent un risque accru de fractures après l'exposition à certains antidépresseurs, y compris les ISRS. Les risques semblent plus élevés au début du traitement, mais des risques accrus marqués ont également été observés plus tard durant le traitement. On doit donc tenir compte de la possibilité de fractures dans le soin des patients traités par le pms-PAROXETINE. On doit informer les personnes âgées et les patients présentant des facteurs de risque importants de fractures des effets indésirables possibles du médicament qui augmentent le risque de chutes, tels les étourdissements et l'hypotension orthostatique, particulièrement au début du traitement, mais également peu après l'arrêt de celui-ci. Les données préliminaires d'études observationnelles font état d'un lien entre les ISRS et la faible densité minérale osseuse chez les hommes et les femmes plus âgés. Jusqu'à ce qu'on en sache davantage, on ne peut exclure un effet possible du traitement à long terme par les ISRS, y compris le pms-PAROXETINE sur la densité minérale osseuse; cet effet pourrait constituer une préoccupation pour les patients atteints d'ostéoporose ou pour ceux qui présentent des facteurs de risque important de fractures.

Des précautions additionnelles sont présentées ci-dessous en ordre alphabétique.

Carcinogenèse et mutagenèse

Voir les données sur les animaux dans la section TOXICOLOGIE.

Cardiovasculaire

Le chlorhydrate de paroxétine n'a pas fait l'objet d'étude ni d'utilisation à un degré appréciable chez des patients ayant récemment subi un infarctus du myocarde ou souffert de cardiopathie instable. Les précautions d'usage s'imposent dans les cas de cardiopathie.

Maladies concomitantes

L'expérience clinique avec du chlorhydrate de paroxétine chez les patients atteints de certaines maladies générales concomitantes est limitée. La prudence est de rigueur si on prescrit du pms-PAROXETINE à des patients présentant une maladie ou anomalie susceptible de modifier le métabolisme ou les réponses hémodynamiques.

Risque de dépendance

Le chlorhydrate de paroxétine n'a pas fait l'objet d'études systématiques sur l'animal ou chez l'humain, au regard du risque d'abus, de tolérance ou de dépendance physique. Le médecin doit évaluer soigneusement les antécédents de toxicomanie des patients et, le cas échéant, suivre de près les signes d'une mauvaise utilisation ou d'une surutilisation du pms-PAROXETINE.

Endocrinien et métabolisme

Élévation des taux sériques de cholestérol : Plusieurs études du domaine public révèlent une élévation des taux de cholestérol-LDL d'environ 10 % chez des volontaires et des patients qui ont pris de la paroxétine pendant 8 à 12 semaines. Habituellement, les taux se sont normalisés après l'arrêt du traitement par la paroxétine. De plus, parmi les participants à des études cliniques contrôlées par placebo chez lesquels on avait obtenu des mesures avant et pendant le traitement, on a enregistré une augmentation moyenne des taux sériques de cholestérol total d'environ 1,5 mg/dL chez les patients traités par la paroxétine ($n = 653$) comparativement à une diminution moyenne de quelque 5,0 mg/dL chez les patients ayant reçu le placebo ($n = 379$). Des hausses par rapport aux valeurs initiales de 45 mg/dL ou plus ont été enregistrées chez 6,6 % des patients sous paroxétine comparativement à 2,6 % des patients sous placebo (voir Surveillance et épreuves de laboratoire, Élévation des taux sériques de cholestérol).

Ces données doivent être prises en compte lorsqu'on traite des patients présentant des facteurs de risque cardiaque sous-jacents.

Hématologique

Saignement anormal : Les ISRS, y compris le pms-PAROXETINE, peuvent accroître le risque de saignement en altérant l'agrégation plaquettaire. L'emploi concomitant d'acide acétylsalicylique (AAS), d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), de warfarine et d'autres anticoagulants pourrait accroître davantage ce risque. Des exposés de cas et des études épidémiologiques (études cas témoin et études des cohortes) ont révélé une corrélation entre l'emploi de médicaments entravant le recaptage de la sérotonine et l'apparition de saignements gastro-intestinaux. Les saignements liés à l'utilisation d'ISRS prenaient la forme d'ecchymoses, d'hématomes, d'épistaxis et de pétéchies, mais pouvaient également être aussi graves que des hémorragies menaçant le pronostic vital. Des saignements d'origine gastro-intestinale et gynécologique ont également été signalés suivant le traitement par chlorhydrate de paroxétine.

On doit mettre en garde les patients au sujet du risque de saignement associé à l'emploi concomitant de pms-PAROXETINE et d'AINS, d'AAS ou d'autres médicaments pouvant agir sur la coagulation (voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Médicaments ayant un effet sur la fonction plaquettaire). La prudence est de mise chez les patients qui ont des antécédents de troubles hémorragiques ou qui présentent des affections les y prédisposant (p. ex., thrombocytopénie) (voir EFFETS INDÉSIRABLES).

Hépatique/biliaire/pancréatique

Atteinte hépatique : Selon les études sur les paramètres pharmacocinétiques du chlorhydrate de paroxétine, une demi-vie d'élimination prolongée et des concentrations plasmatiques accrues sont à prévoir chez les patients présentant une atteinte hépatique importante sur le plan clinique. L'administration du pms-PAROXETINE chez de tels patients commande donc la prudence et le recours à une faible posologie (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Populations particulières; et MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Insuffisance hépatique).

Immunitaire

Hypersensibilité: L'enrobage du comprimé à 10 mg contient un colorant azoïque (laque d'aluminium FD&C jaune n° 6) qui pourrait causer des réactions allergiques.

Neurologique

Épilepsie : À l'exemple d'autres antidépresseurs, le pms-PAROXETINE doit être employé avec prudence chez les patients épileptiques.

Convulsions : Au cours des essais cliniques, la fréquence globale des convulsions a été de 0,15 % chez les sujets traités par du chlorhydrate de paroxétine. Les sujets ayant déjà souffert de troubles convulsifs étaient toutefois exclus de ces études. La prudence est de mise quand on administre la paroxétine à des patients ayant de tels antécédents. On doit en cesser l'administration dans tous les cas où des convulsions surviennent.

Syndrome sérotoninergique/syndrome malin des neuroleptiques : Rarement des manifestations s'apparentant au syndrome sérotoninergique ou au syndrome malin des neuroleptiques surviennent lors du traitement par chlorhydrate de paroxétine, particulièrement lorsqu'il est administré en association avec d'autres médicaments sérotoninergiques ou avec des neuroleptiques/antipsychotiques, voire avec les deux. Comme ces syndromes peuvent entraîner des troubles pouvant menacer le pronostic vital, on doit arrêter le traitement par pms-PAROXETINE si le patient manifeste plusieurs symptômes, notamment l'hyperthermie, la rigidité, la myoclonie, l'instabilité autonome s'accompagnant possiblement de fluctuations rapides des signes vitaux, des modifications de l'état mental, y compris confusion, irritabilité, agitation extrême évoluant vers le délire et coma, et amorcer le traitement symptomatique de soutien. Compte tenu du risque de syndrome sérotoninergique ou de syndrome malin des neuroleptiques, le pms-PAROXETINE ne doit pas être employé concurremment avec des inhibiteurs de la MAO [y compris le linézolide, un antibiotique qui est un inhibiteur réversible non sélectif de la MAO, et le chlorure de méthylthioninium (bleu de méthylène)] ou des précurseurs de la sérotonine (comme le L-tryptophane et l'oxitriptan) et doit être administré avec prudence chez les patients prenant d'autres médicaments sérotoninergiques (p. ex., triptans, lithium, tramadol, millepertuis, majorité des antidépresseurs tricycliques) ou des neuroleptiques/antipsychotiques (voir CONTRE-INDICATIONS; et INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES).

Ophtalmologique

Glaucome à angle fermé : À l'instar d'autres antidépresseurs, la paroxétine peut causer une mydriase qui peut déclencher une crise de glaucome à angle fermé chez un patient dont l'angle cornéen est anatomiquement étroit. On doit user de prudence lorsque pms-PAROXETINE est prescrit à des patients présentant des angles étroits non traités. Le glaucome à angle ouvert n'est pas un facteur de risque de glaucome à angle fermé. On doit informer les patients de consulter un médecin immédiatement en présence de douleur oculaire, d'altérations de la vue ou encore d'enflure ou de rougeur des yeux ou dans la région oculaire.

Psychiatrique

Suicide : Le risque de tentative de suicide est inhérent à la dépression et peut persister jusqu'à l'obtention d'une rémission. Les patients atteints de dépression peuvent connaître une aggravation de leurs symptômes dépressifs et/ou l'apparition d'idées et de comportements suicidaires, qu'ils prennent ou non des antidépresseurs. Néanmoins, les patients ayant de fortes tendances suicidaires doivent faire l'objet d'une surveillance étroite pendant toute la durée du traitement et la nécessité d'une hospitalisation peut être à envisager. Afin de réduire au minimum le risque de surdosage, il y a lieu de prescrire la plus faible quantité de pms-PAROXETINE nécessaire pour la bonne prise en charge du patient.

La coexistence de la dépression et d'autres troubles psychiatriques a été bien établie. Par conséquent, il convient de prendre les mêmes précautions dans le traitement de la dépression que dans le traitement des patients atteints d'autres troubles psychiatriques (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Association possible avec la survenue de modifications comportementales et émotionnelles, y compris l'automutilation).

Activation de la manie ou de l'hypomanie : Au cours des essais cliniques réalisés chez une population composée principalement de patients souffrant de dépression unipolaire, environ 1 % des sujets traités par du chlorhydrate de paroxétine ont eu des réactions maniaques. Quand on n'a tenu compte que des cas de troubles bipolaires, la fréquence de la manie a été de 2 %. Comme tous les médicaments efficaces pour le traitement de la dépression, le pms-PAROXETINE doit être utilisé avec prudence chez les patients ayant des antécédents maniaques.

Un épisode de dépression majeure peut être la manifestation initiale d'un trouble bipolaire. Les patients atteints de trouble bipolaire peuvent être davantage prédisposés aux épisodes maniaques lorsqu'ils sont traités uniquement par des antidépresseurs. Aussi, avant de décider d'amorcer un traitement symptomatique de la dépression, il convient d'évaluer adéquatement les patients afin de déterminer s'ils sont à risque de trouble bipolaire.

Électroconvulsivothérapie (ECT) : L'administration concomitante de chlorhydrate de paroxétine et de l'ECT n'a pas fait l'objet d'études sur l'efficacité et l'innocuité.

Rénal

Hyponatrémie : Plusieurs cas d'hyponatrémie ont été signalés. L'hyponatrémie semble être réversible à l'arrêt du traitement par du chlorhydrate de paroxétine. La majorité des cas sont survenus chez des sujets âgés, et chez certains patients qui prenaient des diurétiques ou qui présentaient une hypovolémie quelconque.

Atteinte rénale : Le chlorhydrate de paroxétine étant métabolisé dans une large mesure par le foie, l'excration du médicament sous forme inchangée dans l'urine ne constitue qu'une voie d'élimination mineure. Des études pharmacocinétiques portant sur l'emploi de doses uniques laissent toutefois paraître des taux plasmatiques élevés de paroxétine chez les patients présentant une atteinte rénale significative sur le plan clinique. L'administration de la paroxétine chez de tels patients commande donc la prudence et le recours à une faible posologie (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Populations particulières; MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Insuffisance rénale).

Fonction sexuelle/reproduction

Dysfonction sexuelle : voir la section MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS, Dysfonction sexuelle.

Qualité du sperme : Certaines études cliniques ont montré que les ISRS (y compris le chlorhydrate de paroxétine) peuvent affecter la qualité du sperme. Cet effet semble réversible à l'arrêt du traitement. Les variations de la qualité du sperme pourraient affecter la fertilité chez certains hommes (voir également la Partie II : TOXICOLOGIE, Études sur la reproduction et l'altération de la fertilité).

Populations particulières

Femmes enceintes et nouveau-nés :

Risque de malformations cardiovasculaires après l'exposition à des ISRS durant le premier trimestre :

Des études épidémiologiques sur l'issue de la grossesse de femmes ayant pris des antidépresseurs durant le premier trimestre font état d'un risque accru de malformation congénitales, particulièrement de nature cardiovasculaire (p. ex., communications interventriculaires et communications interauriculaires), associées à l'emploi de la paroxétine.

Les données laissent supposer que le risque de donner naissance à un enfant présentant une malformation cardiovasculaire est d'environ 1/50 (2 %) si la mère a pris de la paroxétine alors qu'il se chiffre normalement à environ de 1/100 (1 %) dans la population en général.

Habituellement, les communications interventriculaire ou interauriculaire peuvent être symptomatiques et nécessiter une intervention chirurgicale ou être asymptomatiques et s'avérer spontanément résolutives. On ne dispose pas de données sur la gravité des malformations signalées dans les études.

Pendant le traitement par le pms-PAROXETINE - femmes enceintes ou prévoyant le devenir :

Si une patiente devient enceinte alors qu'elle suit un traitement par le pms-PAROXETINE, ou si elle prévoit le devenir, elle doit être informée du risque accru actuellement estimé que court l'enfant à naître exposé au chlorhydrate de paroxétine plutôt qu'aux autres antidépresseurs. L'examen de bases de données supplémentaires ainsi que des analyses actualisées pourraient donner lieu à des modifications des estimés qu'on fait actuellement du risque. On doit envisager de recourir à d'autres options thérapeutiques, y compris un autre antidépresseur ou un traitement non pharmacologique comme une thérapie cognitivo-comportementale. Le médecin doit poursuivre le traitement par le pms-PAROXETINE chez une patiente donnée seulement si les bienfaits escomptés l'emportent sur les risques éventuels.

Si le médecin décide de mettre un terme au traitement par le pms-PAROXETINE, il est recommandé de réduire la dose graduellement plutôt que de cesser brusquement la prise du médicament en raison des effets possibles à l'arrêt du traitement (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Arrêt du traitement par le pms-PAROXETINE; EFFETS INDÉSIRABLES, Effets indésirables observés à l'arrêt du traitement, et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Arrêt du traitement).

Instauration de la paroxétine : Chez les femmes qui prévoient devenir enceintes ou qui en sont au premier trimestre de leur grossesse, on doit envisager d'amorcer un traitement par la paroxétine seulement après avoir examiné les autres options thérapeutiques.

Complications secondaires à l'exposition à des ISRS à la fin du troisième trimestre :

Des rapports de pharmacovigilance font état de complications commandant une prolongation de l'hospitalisation, une respiration assistée et le gavage, chez certains nouveau-nés exposés au chlorhydrate de paroxétine, à des ISRS (inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine) ou à d'autres antidépresseurs récents à la fin du troisième trimestre. De telles complications peuvent survenir immédiatement après l'accouchement. Les données cliniques obtenues font état de détresse respiratoire, de cyanose, d'apnée, de convulsions, d'instabilité de la température, de difficultés à nourrir l'enfant, de vomissements, d'hypoglycémie, d'hypotonie, d'hypertonie, d'hyperréflexie, de tremblements, d'énervernement, d'irritabilité et de pleurs constants. Ces caractéristiques correspondent à un effet毒ique direct des ISRS et d'autres antidépresseurs récents ou peut-être à un syndrome d'arrêt du médicament. Fait à noter, le tableau clinique s'apparente, dans certains cas, au syndrome sérotoninergique (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Neurologique, Syndrome sérotoninergique/syndrome malin des neuroleptiques). Le médecin qui traite une femme enceinte à l'aide de pms-PAROXETINE durant le troisième trimestre doit soupeser soigneusement les risques possibles et les avantages éventuels du traitement (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Populations particulières, Traitement des femmes enceintes).

Risque d'hypertension artérielle pulmonaire persistante et exposition à des ISRS (y compris la paroxétine) : Des études épidémiologiques portant sur l'hypertension artérielle pulmonaire persistante chez le nouveau-né ont révélé que l'emploi des ISRS (y compris le chlorhydrate de paroxétine) durant la grossesse, particulièrement en fin de grossesse, a été associé à un risque accru d'hypertension artérielle pulmonaire persistante. Cette affection qui touche 1 à 2

nourrissons sur 1 000 dans la population générale est associée à une morbidité et à une mortalité néonatales substantielles. Dans une étude cas-témoin rétrospective portant d'une part sur 377 femmes ayant donné naissance à un enfant atteint d'hypertension artérielle pulmonaire persistante et d'autre part sur 836 femmes ayant eu un enfant en santé, le risque de développer une hypertension artérielle pulmonaire persistante était environ 6 fois plus élevé chez les nourrissons exposés à des ISRS après la 20^e semaine de grossesse que chez les nourrissons n'ayant pas été exposés à des antidépresseurs durant la grossesse (rapport de cotes de 6,1; IC à 95 % : 2,2-16,8). Une étude ayant utilisé les données du registre des naissances de la Suède (Swedish Medical Birth Register) sur 831 324 nourrissons nés entre 1997 et 2005 a fait état d'un risque d'hypertension artérielle pulmonaire persistante environ 2 fois plus élevé associé à l'emploi d'ISRS (signalé par la mère) durant le premier trimestre de la grossesse (rapport de risque de 2,4; IC à 95 % : 1,2-4,3) et environ 4 fois plus élevé associé à l'emploi d'ISRS par la mère durant le premier trimestre de la grossesse ainsi qu'à la prescription anténatale d'un ISRS plus tard durant la grossesse (rapport de risque de 3,6; IC à 95 % : 1,2-8,3).

Femmes qui allaient : Les concentrations de paroxétine décelées dans le lait maternel des femmes sont similaires à celles notées dans le plasma. Les femmes traitées par la paroxétine ne doivent pas allaiter leur bébé, à moins que le médecin traitant juge l'allaitement nécessaire. En pareil cas, le nourrisson doit être surveillé de près.

Pédiatrie (< 18 ans) : L'emploi du pms-PAROXETINE n'est pas indiqué chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Association possible avec la survenue de modifications comportementales et émotionnelles, y compris l'automutilation; voir aussi INDICATIONS, Pédiatrie; et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Populations particulières, Pédiatrie).

Des études cliniques comparatives menées chez des patients atteints de dépression n'ont pas réussi à montrer l'efficacité de la paroxétine chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans et ne corroborent donc pas son utilisation chez ce groupe de patients. De plus, les études contrôlées portant sur la dépression, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et la phobie sociale ont fait état d'une fréquence plus élevée d'effets indésirables liés à des modifications comportementales et émotionnelles, y compris l'automutilation, chez les patients traités par la paroxétine comparativement à ceux traités par le placebo (voir EFFETS INDÉSIRABLES, Effets indésirables du médicament observés au cours des essais cliniques, Pédiatrie).

Gériatrie (> 65 ans) : L'administration du chlorhydrate de paroxétine à des sujets âgés donne lieu à des concentrations plasmatiques plus élevées et à une demi-vie d'élimination plus longue que chez les adultes plus jeunes (voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE). Le traitement des patients âgés doit être amorcé et maintenu à la plus faible posologie quotidienne de paroxétine qui soit efficace sur le plan clinique (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

À l'échelle mondiale, environ 800 sujets âgés (> 65 ans) ont été traités par du chlorhydrate de paroxétine (de 10 à 40 mg par jour) dans le cadre des essais cliniques qui ont précédé sa commercialisation. Le tableau des effets indésirables signalés chez les sujets âgés a été comparable à celui obtenu chez des sujets plus jeunes. Toutefois, il est impossible d'écartier la

possibilité de différences liées à l'âge au chapitre de l'innocuité et de l'efficacité lors de l'utilisation prolongée, surtout chez les personnes âgées présentant des troubles généraux concomitants ou qui reçoivent simultanément d'autres médicaments.

Surveillance et épreuves de laboratoire

Élévation des taux sériques de cholestérol : Parmi les participants à des études cliniques contrôlées par placebo chez lesquels on avait obtenu des mesures avant et pendant le traitement, on a enregistré par rapport aux valeurs initiales une hausse des taux sériques de cholestérol de 45 mg/dL ou plus chez 6,6 % des patients sous paroxétine comparativement à 2,6 % des patients sous placebo (voir EFFETS INDÉSIRABLES, Changements dans les épreuves de laboratoires – Cholestérol; et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Endocrinien et métabolisme).

Ces données doivent être prises en compte lorsqu'on traite des patients présentant des facteurs de risque cardiaque sous-jacents.

EFFETS INDÉSIRABLES

Aperçu des effets indésirables du médicament

Effets indésirables fréquemment observés

Les effets indésirables associés à l'emploi de chlorhydrate de paroxétine le plus fréquemment observés dans les essais cliniques, mais dont la fréquence n'est pas équivalente chez les témoins traités par placebo sont les suivants : nausées, somnolence, transpiration, tremblements, asthénie, étourdissements, sécheresse de la bouche, insomnie, constipation, diarrhée, diminution de l'appétit et troubles sexuels chez l'homme (voir les tableaux 1 et 2).

Effets indésirables menant à l'arrêt du traitement

Vingt et un pour cent des quelque 4000 patients traités par le chlorhydrate de paroxétine dans l'ensemble des essais cliniques réalisés à l'échelle mondiale et portant sur la dépression ont abandonné le traitement à cause d'effets indésirables. Dans les études sur le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble panique, la phobie sociale, l'anxiété généralisée et l'état de stress post-traumatique, 11,8 % (64/542), 9,4 % (44/469), 16,1 % (84/522), 10,7 % (79/735) et 11,7 % (79/676) des sujets traités par le chlorhydrate de paroxétine ont abandonné le traitement respectivement, à cause d'effets indésirables. Les manifestations les plus fréquentes (signalées par au moins 1 % des sujets) qui ont motivé l'arrêt du traitement incluent les suivantes : asthénie, céphalées, nausées, somnolence, insomnie, agitation, tremblements, étourdissements, constipation, impuissance, éjaculation anormale, transpiration et diarrhée.

Effets indésirables observés à l'arrêt du traitement (ou lors de la réduction de la dose)

Essais cliniques

Les effets indésirables suivants ont été signalés à une fréquence d'au moins 2 % avec du chlorhydrate de paroxétine et étaient au moins deux fois plus fréquents qu'avec le placebo : rêves anormaux (2,3 % vs 0,5 %), paresthésies (2,0 % vs 0,4 %) et étourdissements (7,1 % vs 1,5 %).

Dans la majorité des cas, ces effets étaient légers ou modérés, spontanément résolutifs et n'ont pas nécessité d'intervention médicale. Ces effets ont été relevés lors d'essais cliniques réalisés chez des patients souffrant d'anxiété généralisée et de l'état de stress post-traumatique où on avait arrêté le traitement en diminuant graduellement la dose de la façon suivante : on a réduit la dose quotidienne par paliers de 10 mg chaque semaine, jusqu'à ce que la dose atteigne 20 mg par jour; les sujets ont ensuite continué de prendre cette dose pendant 1 semaine avant d'arrêter le traitement.

Effets observés depuis la commercialisation

Des manifestations indésirables ont été signalées spontanément lors de l'arrêt du traitement par le chlorhydrate de paroxétine (particulièrement dans les cas de cessation brusque du traitement), notamment : étourdissements, perturbations sensorielles (y compris paresthésies et sensations de choc électrique et acouphènes), agitation ou nervosité, anxiété, nausées, tremblements, confusion, diarrhée, vomissements, transpiration, céphalées et troubles du sommeil (rêves anormaux). Généralement, ces symptômes sont d'intensité légère ou modérée, bien qu'ils puissent être sévères chez certains patients. Ils se manifestent habituellement durant les premiers jours suivant l'arrêt du traitement. On a fait état de très rares cas de symptômes semblables chez des patients qui avaient accidentellement oublié de prendre une dose. Dans l'ensemble, ces symptômes sont spontanément résolutifs et disparaissent en l'espace de 2 semaines, parfois plus chez certaines personnes (2 à 3 mois, voire plus). Des symptômes associés à l'arrêt du traitement ont également été signalés avec d'autres inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine.

On doit surveiller la survenue des symptômes décrits ci-dessus ou de tout autre symptôme lors de l'arrêt du traitement, quelle que soit l'indication pour laquelle le pms-PAROXETINE avait été prescrit. Si des symptômes intolérables se manifestent après une baisse de la dose ou l'arrêt du traitement, on doit rajuster le retrait graduel du médicament en fonction de la réponse clinique du patient (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS; et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Effets indésirables du médicament observés au cours des essais cliniques

Puisque les essais cliniques sont menés dans des conditions très particulières, les taux des effets indésirables qui sont observés peuvent ne pas refléter les taux observés en pratique et ne doivent pas être comparés aux taux observés dans le cadre des essais cliniques portant sur un autre médicament. Les renseignements sur les effets indésirables d'un médicament qui sont tirés d'essais cliniques s'avèrent utiles pour la détermination des effets indésirables liés aux médicaments et pour l'estimation des taux.

Fréquence dans les essais cliniques comparatifs

Adultes

Au cours des essais cliniques, 4 126 sujets ont reçu des doses multiples de chlorhydrate de paroxétine pour traiter la dépression, 542 pour le TOC, 469 pour le trouble panique, 522 pour la phobie sociale, 735 pour l'anxiété généralisée et 676 pour l'état de stress post-traumatique. Les investigateurs ont noté les manifestations indésirables associées à ce traitement en ayant recours à une terminologie descriptive de leur choix.

Il est, par conséquent, impossible de donner une estimation claire de la proportion de sujets ayant eu de telles manifestations sans d'abord les grouper par types similaires dans un nombre limité (c'est-à-dire réduit) de catégories de manifestations uniformisées.

Le tableau 1 énumère les effets indésirables survenus à une fréquence d'au moins 1 % dans les essais de courte durée (6 semaines), à doses variables (de 20 à 50 mg/jour), contrôlés par placebo, réalisés chez des patients atteints de dépression. (Il y a eu aussi une étude à doses fixes, contrôlée par placebo, à laquelle 460 sujets ont participé.)

Le tableau 2 présente les effets indésirables qui se sont produits à une fréquence de 2 % ou plus chez les sujets traités par le chlorhydrate de paroxétine qui ont soit participé à des essais de 12 semaines sur le TOC (de 20 à 60 mg par jour), à des études de 10 à 12 semaines sur le trouble panique (de 10 à 60 mg par jour), à des essais de 12 semaines sur la phobie sociale (de 20 à 50 mg par jour), à des études de 8 semaines sur l'anxiété généralisée (de 10 à 50 mg/jour) ou à des essais de 12 semaines sur l'état de stress post-traumatique (de 20 à 50 mg par jour). Tous ces essais étaient contrôlés par placebo.

Le prescripteur doit être conscient du fait que ces chiffres ne permettent pas de prédire la fréquence des effets indésirables en pratique médicale courante, les caractéristiques des patients et d'autres facteurs étant différents de ceux des essais cliniques. On ne peut non plus comparer les fréquences indiquées avec les chiffres obtenus dans d'autres études cliniques comportant des traitements, des modalités d'emploi et des investigateurs différents. Les fréquences indiquées peuvent toutefois fournir certaines indications au prescripteur pour estimer la contribution relative du médicament et des facteurs non médicamenteux à la fréquence des effets indésirables dans la population étudiée. Les effets indésirables signalés ont été classés selon une terminologie fondée sur le dictionnaire COSTART pour ce qui est des essais sur la dépression et sur l'ADECS (dictionnaire COSTART modifié) en ce qui a trait aux essais sur le TOC et le trouble panique.

Tableau 1 : Effets indésirables survenus pendant le traitement chez des patients atteints de dépression dans des essais cliniques contrôlés de courte durée portant sur l'emploi de doses variables¹

Système ou appareil	Terme privilégié	Paroxétine (n = 421)	Placebo (n = 421)
Organisme en général	Céphalées	17,6%	17,3%
	Asthénie	15,0%	5,9%
	Douleur abdominale	3,1%	4,0%
	Fièvre	1,7%	1,7%
	Douleur thoracique	1,4%	2,1%
	Traumatisme	1,4%	0,5%
Appareil cardiovasculaire	Mal de dos	1,2%	2,4%
	Palpitation	2,9%	1,4%
	Vasodilatation	2,6%	0,7%
	Hypotension orthostatique	1,2%	0,5%
Peau et annexes cutanées	Transpiration	11,2%	2,4%
	Éruption	1,7%	0,7%
Appareil digestif	Nausées	25,7%	9,3%
	Sécheresse de la bouche	18,1%	12,1%
	Constipation	13,8%	8,6%
	Diarrhée	11,6%	7,6%
	Diminution de l'appétit	6,4%	1,9%

Système ou appareil	Terme privilégié	Paroxétine (n = 421)	Placebo (n = 421)
	Flatulence	4,0%	1,7%
	Vomissements	2,4%	1,7%
	Trouble oropharyngien ²	2,1%	0,0%
	Dyspepsie	1,9%	1,0%
	Augmentation de l'appétit	1,4%	0,5%
Appareil locomoteur	Myopathie	2,4%	1,4%
	Myalgie	1,7%	0,7%
	Myasthénie	1,4%	0,2%
Système nerveux	Somnolence	23,3%	9,0%
	Étourdissements	13,3%	5,5%
	Insomnie	13,3%	6,2%
	Tremblements	8,3%	1,9%
	Nervosité	5,2%	2,6%
	Anxiété	5,0%	2,9%
	Paresthésies	3,8%	1,7%
	Baisse de la libido	3,3%	0,0%
	Agitation	2,1%	1,9%
	Sensation d'être drogué	1,7%	0,7%
	Myoclonie	1,4%	0,7%
	Stimulation du SNC	1,2%	3,6%
	Confusion	1,2%	0,2%
Appareil respiratoire	Trouble respiratoire ³	5,9%	6,4%
	Bâillements	3,8%	0,0%
	Pharyngite	2,1%	2,9%
Appareil sensoriel	Vue brouillée	3,6%	1,4%
	Dysgueusie	2,4%	0,2%
Appareil génito-urinaire	*Éjaculation anormale ⁺	12,9%	0,0%
	*Troubles génitaux masculins ⁴	8,0%	0,0%
	Pollakiurie	3,1%	0,7%
	Troubles mictionnels ⁵	2,9%	0,2%
	*Impuissance	2,5%	0,5%
	*Troubles génitaux féminins ⁶	1,8%	0,0%

1 Comprend les effets indésirables signalés par au moins 1 % des patients traités par le chlorhydrate de paroxétine.

* Pourcentage corrigé pour tenir compte du sexe Placebo : hommes, n = 206, femmes, n = 215 Paroxétine : hommes, n = 201 femmes, n = 220

+ Surtout un retard de l'éjaculation. Dans un essai à doses fixes portant sur la paroxétine, la fréquence des troubles d'éjaculation chez les hommes prenant 20 mg de paroxétine par jour a été de 6,5 % (3/46) vs 0 % (0/23) dans le groupe placebo.

2 Comprend surtout la sensation de boule dans la gorge et de constriction dans la gorge

3 Comprend surtout les symptômes du rhume ou les infections des voies respiratoires supérieures

4 Comprend l'anorgasmie, les troubles de l'érection, l'éjaculation ou l'orgasme tardif, la dysfonction sexuelle et l'impuissance

5 Comprend la miction difficile et le retard de la miction

6 Comprend l'anorgasmie et la difficulté à atteindre un orgasme

Tableau 2 : Effets indésirables survenus pendant le traitement dans les essais contrôlés menés chez des patients atteints du trouble obsessionnel-compulsif, du trouble panique, de la phobie sociale, de l'anxiété généralisée et de l'état de stress post-traumatique¹

		Trouble obsessionnel-compulsif		Trouble panique		Phobie sociale		Anxiété généralisée		État de stress post- traumatique	
Système ou appareil	Terme privilégié	Paroxétine (n = 542)	Placebo (n = 265)	Paroxétine (n = 469)	Placebo (n = 324)	Paroxétine (n = 425)	Placebo (n = 339)	Paroxétine (n = 735)	Placebo (n = 529)	Paroxétine (n = 676)	Placebo (n = 504)
Organisme en général	Céphalées	25,3%	29,1%	25,4%	25,3%	22,4%	21,8%	16,9%	14,0%	18,9%	19,2%
	Asthénie	21,8%	13,6%	13,6%	4,6%	22,4%	13,6%	14,3%	6,4%	11,8%	4,2%
	Infection	5,4%	4,9%	5,3%	5,8%	3,8%	5,9%	5,6%	3,4%	4,9%	3,8%
	Douleur abdominale	4,8%	4,9%	4,3%	3,1%	2,1%	4,7%	4,5%	3,6%	4,3%	3,2%
	Douleur thoracique	2,8%	1,9%	2,3%	3,1%	0,7%	0,3%	1,0%	0,6%	1,2%	0,8%
	Mal de dos	2,4%	4,9%	3,2%	2,2%	1,6%	4,1%	2,3%	3,6%	3,4%	3,4%
	Frissons	2,0%	0,8%	2,3%	0,6%	0,2%	0,3%	1,0%	0,0%	0,1%	0,4%
	Traumatisme	3,1%	3,8%	3,6%	3,7%	2,6%	0,9%	2,6%	3,4%	5,8%	5,2%
	Vasodilatation	3,9%	1,1%	2,1%	2,8%	1,4%	0,6%	2,7%	0,8%	2,2%	1,2%
Appareil cardiovasculaire	Palpitation	2,0%	0,4%	2,3%	2,5%	1,2%	1,8%	1,1%	1,1%	1,0%	0,8%
Peau et annexes cutanées	Transpiration	8,9%	3,0%	14,3%	5,9%	9,2%	2,1%	6,3%	1,5%	4,6%	1,4%
	Éruption	3,1%	1,9%	2,3%	1,5%	0,7%	0,3%	1,5%	0,9%	1,5%	2,0%
Appareil digestif	Nausées	23,2%	9,8%	22,8%	17,3%	24,7%	6,5%	20,1%	5,3%	19,2%	8,3%
	Sécheresse de la bouche	18,1%	8,7%	18,1%	10,8%	8,9%	2,9%	10,9%	4,7%	10,1%	4,8%
	Constipation	15,7%	6,4%	7,9%	5,2%	5,4%	1,8%	10,5%	1,7%	5,5%	3,4%
	Diarrhée	10,3%	9,8%	11,7%	6,5%	8,5%	5,9%	9,1%	6,6%	10,5%	5,4%
	Diminution de l'appétit	9,0%	3,4%	7,0%	2,8%	7,8%	1,5%	5,2%	1,1%	5,9%	2,6%
	Dyspepsie	3,9%	6,8%	3,8%	6,8%	4,0%	2,4%	4,5%	4,9%	4,6%	3,4%
	Flatulence	3,0%	4,2%	1,7%	2,8%	4,0%	2,4%	1,4%	2,1%	1,0%	1,0%
	Augmentation de l'appétit	4,2%	3,0%	2,1%	0,6%	1,2%	1,8%	0,4%	1,1%	1,5%	1,0%
	Vomissements	2,2%	3,4%	1,9%	1,5%	2,4%	0,6%	2,7%	2,5%	3,0%	2,0%
Appareil locomoteur Système nerveux	Myalgie	3,1%	3,8%	2,3%	3,4%	4,0%	2,7%	2,9%	2,6%	1,8%	1,8%
	Somnolence	24,4%	7,2%	18,8%	10,8%	21,6%	5,3%	15,4%	4,5%	16,0%	4,6%
	Insomnie	23,8%	13,2%	17,9%	10,2%	20,9%	15,9%	10,7%	7,9%	11,8%	11,3%
	Étourdissements	12,4%	6,0%	14,1%	9,9%	11,3%	7,1%	6,1%	4,5%	6,1%	4,6%
	Tremblements	10,5%	1,1%	8,5%	1,2%	8,7%	1,2%	4,6%	0,8%	4,3%	1,4%
	Nervosité	8,5%	8,3%	7,9%	8,3%	7,5%	6,5%	3,9%	2,8%	3,0%	4,4%

		Trouble obsessionnel-compulsif		Trouble panique		Phobie sociale		Anxiété généralisée		État de stress post- traumatique	
Système ou appareil	Terme privilégié	Paroxétine (n = 542)	Placebo (n = 265)	Paroxétine (n = 469)	Placebo (n = 324)	Paroxétine (n = 425)	Placebo (n = 339)	Paroxétine (n = 735)	Placebo (n = 529)	Paroxétine (n = 676)	Placebo (n = 504)
Système ou appareil	Baisse de la libido	7,2%	3,8%	8,5%	1,2%	11,5%	0,9%	9,4%	1,5%	5,2%	1,8%
	Anxiété	4,1%	6,8%	4,5%	4,0%	4,7%	4,1%	1,6%	0,9%	3,8%	4,0%
	Rêves anormaux	3,9%	1,1%	2,8%	3,4%	1,9%	1,5%	0,5%	1,1%	2,5%	1,6%
	Myoclonie	3,3%	0,4%	3,2%	1,5%	2,1%	0,9%	1,6%	0,6%	1,0%	0,6%
	Difficulté à se concentrer	2,8%	1,5%	1,1%	0,9%	3,5%	0,6%	1,0%	0,6%	1,5%	1,0%
	Dépersonnalisation	2,6%	0,4%	1,7%	2,2%	0,7%	0,9%	0,7%	0,0%	0,9%	0,2%
	Amnésie	2,2%	1,1%	0,6%	0,0%	0,5%	0,3%	0,4%	0,6%	1,3%	1,0%
	Hyperkinésie	2,2%	1,5%	0,9%	0,9%	1,2%	0,0%	0,8%	0,0%	1,3%	0,2%
	Agitation	1,7%	2,2%	4,7%	3,7%	2,6%	0,9%	1,8%	1,1%	1,9%	3,2%
	Pharyngite	3,7%	4,9%	3,2%	3,1%	3,8%	2,1%	2,3%	2,1%	2,4%	2,2%
Appareil respiratoire	Rhinite	1,5%	3,4%	2,6%	0,3%	1,2%	3,2%	1,5%	1,1%	1,0%	2,0%
	Sinusite	1,5%	4,9%	5,8%	4,6%	2,1%	2,4%	3,5%	3,4%	3,8%	4,4%
	Bâillements	1,7%	0,4%	1,9%	0,0%	4,9%	0,3%	4,2%	0,2%	2,1%	0,2%
	Toux accrue	1,1%	1,9%	2,3%	1,5%	0,7%	0,9%	0,8%	0,8%	1,2%	0,6%
	Troubles respiratoires ¹	-	-	-	-	-	-	6,8%	5,1%	3,3%	1,0%
	Vue anormale	3,7%	2,3%	3,0%	2,8%	4,0%	0,3%	2,2%	0,6%	0,3%	0,0%
Appareil Sensoriel	Dysgueusie	2,0%	0,0%	1,0%	0,6%	0,7%	0,6%	0,7%	0,8%	0,7%	0,8%
Appareil génito-urinaire	Ejaculation anormale ²	23,3%	1,3%	20,5%	0,9%	27,6%	1,1%	24,7%	2,0%	12,6%	1,6%
	Dysménorrhée ²	1,4%	1,9%	2,0%	2,3%	4,6%	4,4%	1,3%	1,2%	1,6%	1,3%
	Impuissance ²	8,2%	1,3%	5,4%	0,0%	5,3%	1,0%	4,2%	3,0%	9,2%	0,5%
	Troubles génitaux féminins ^{2,3}	3,3%	0,0%	8,9%	0,5%	8,6%	0,6%	4,4%	0,6%	4,8%	0,6%
	Pollakiurie	3,3%	1,1%	2,1%	0,3%	1,6%	1,8%	1,0%	0,6%	1,0%	0,2%
	Troubles mictionnels	3,3%	0,4%	0,4%	0,3%	1,9%	0,0%	1,0%	0,0%	0,6%	0,0%
	Infection des voies urinaires	1,5%	1,1%	2,1%	1,2%	0,2%	1,2%	1,2%	1,1%	0,6%	0,8%

1. Comprend les effets indésirables signalés par au moins 2 % des patients traités par le chlorhydrate de paroxétine pour le TOC, le trouble panique, la phobie sociale, l'anxiété généralisée ou l'état de stress post-traumatique, sauf les effets suivants qui sont survenus aussi ou plus souvent avec le placebo qu'avec du chlorhydrate de paroxétine: [TOC] dépression, paresthésies et troubles respiratoires; [Trouble panique] syndrome grippal, dépression, paresthésies et troubles respiratoires; [Phobie sociale] dépression et troubles respiratoires; [Anxiété généralisée] sans objet; [État de stress post-traumatique] dépression, troubles respiratoires.

2. Fréquence corrigée pour tenir compte du sexe

TOC :

Placebo : hommes, n = 158; femmes, n = 107
Paroxétine : hommes, n = 330; femmes, n = 212

TROUBLE PANIQUE :

Placebo : hommes, n = 111; femmes, n = 213
Paroxétine : hommes, n = 166; femmes, n = 303

PHOBIE SOCIALE :

Placebo : hommes, n = 180; femmes, n = 159
Paroxétine : hommes, n = 228; femmes, n = 197

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE :

Placebo : hommes, n = 197; femmes, n = 332
Paroxétine : hommes, n = 283; femmes, n = 452

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

Placebo : hommes, n = 190; femmes, n = 314
Paroxétine : hommes, n = 238; femmes, n = 438

3. Comprend l'anorgasmie et la difficulté à atteindre l'orgasme.

Dysfonction sexuelle associée aux ISRS chez les hommes et les femmes

Il arrive souvent qu'un trouble psychiatrique entraîne des changements sur le plan de la libido, de la satisfaction sexuelle et de la qualité des rapports sexuels, mais ces dysfonctions peuvent aussi résulter d'un traitement pharmacologique. Certaines données semblent indiquer que les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) en particulier causeraient des dérèglements sexuels de ce genre. De plus, des rapports font état de cas de dysfonction sexuelle prolongée où les symptômes ont persisté malgré l'arrêt du traitement par les ISRS.

Il est toutefois difficile d'obtenir des statistiques fiables sur la fréquence et la gravité des effets indésirables liés à la libido, à la satisfaction sexuelle et à la qualité des rapports sexuels, en partie parce que les patients et les médecins peuvent être réticents à en discuter. Par conséquent, les données estimatives sur la fréquence des troubles d'ordre sexuel qui sont fournies dans la documentation sur le produit sont probablement inférieures à la fréquence réelle.

Fréquence des effets indésirables d'ordre sexuel selon les données groupées

Le tableau 3 ci-dessous présente la plage des fréquences des effets indésirables d'ordre sexuel signalées chez les hommes et les femmes ayant participé à des essais cliniques contrôlés par placebo et regroupant plus de 3 200 patients atteints du trouble dépressif majeur, du trouble obsessionnel-compulsif, du trouble panique, de la phobie sociale, de l'anxiété généralisée ou de l'état de stress post-traumatique.

Tableau 3 : Fréquence des effets indésirables d'ordre sexuel dans les essais cliniques contrôlés

	Chlorhydrate de paroxétine	Placebo
<i>n (hommes)</i>	1 446	1 042
Baisse de la libido	6-15 %	0-5 %
Trouble éjaculatoire	13-28 %	0-2 %
Impuissance	2-9 %	0-3 %
<i>n (femmes)</i>	1 822	1 340
Baisse de la libido	0-9 %	0-2 %
Trouble orgasmique	2-9 %	0-1 %

Aucune étude adéquate et bien contrôlée n'a été menée sur la dysfonction sexuelle lors du traitement par la paroxétine.

Plusieurs cas de priapisme ont été associés au traitement par la paroxétine. Dans les cas dont l'issue est connue, les patients se sont rétablis sans séquelles.

Bien qu'il soit difficile de connaître le risque exact de dysfonction sexuelle associé à l'emploi des ISRS, les médecins doivent systématiquement interroger le patient pour vérifier si de tels effets indésirables sont présents.

Changements dans les épreuves de laboratoire – Cholestérol

Des études portant sur la paroxétine font état d'augmentations des taux de cholestérol pertinentes sur les plans cliniques et statistique (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Endocrinien et métabolisme).

Parmi les participants à des études cliniques contrôlées par placebo chez lesquels on avait obtenu des mesures avant et pendant le traitement, on a constaté une augmentation moyenne des taux sériques de cholestérol total d'environ 1,5 mg/dL chez les patients traités par la paroxétine ($n = 653$) comparativement à une diminution moyenne de quelque 5,0 mg/dL chez les patients ayant reçu le placebo ($n = 379$). Des hausses par rapport aux valeurs initiales de 45 mg/dL ou plus ont été enregistrées chez 6,6 % des patients sous paroxétine comparativement à 2,6 % des patients sous placebo.

Pédiatrie

Dans des essais cliniques contrôlés par placebo menés chez des enfants et des adolescents de 7 à 18 ans atteints de dépression, de TOC et de phobie sociale (regroupant 633 patients traités par la paroxétine et 542 par le placebo), les effets indésirables suivants ont été signalés chez au moins 2 % des enfants et adolescents traités par le chlorhydrate de paroxétine et sont survenus à une fréquence au moins deux fois plus élevée que celle notée chez les jeunes patients recevant un placebo : labilité émotionnelle (y compris automutilation, pensées suicidaires, tentative de suicide, pleurs et fluctuations de l'humeur), hostilité (surtout agression, comportement d'opposition et colère), diminution de l'appétit, tremblements, transpiration, hyperkinésie et agitation.

Dans des études cliniques réalisées chez des enfants et des adolescents souffrant de dépression, de TOC et de phobie sociale qui comportaient une phase de réduction progressive de la dose (307 patients âgés de 7 à 18 ans ont été traités par la paroxétine et 291 par un placebo), les effets signalés lors de l'arrêt du traitement qui sont survenus chez au moins 2 % des patients ayant reçu le chlorhydrate de paroxétine et à une fréquence au moins deux fois plus élevée que celle notée dans le groupe placebo ont été : labilité émotionnelle (y compris idées suicidaires, tentative de suicide, modifications de l'humeur et pleurs faciles), nervosité, étourdissements, nausées et douleur abdominale (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Arrêt du traitement par le pms-PAROXETINE)

Autres effets indésirables observés pendant le développement clinique de la paroxétine

Dans les énumérations qui suivent, on a eu recours à une terminologie basée sur le dictionnaire COSTART ou sur une modification de ce dictionnaire pour classer les effets indésirables signalés. Les fréquences indiquées représentent donc la proportion des 4 126, des 542, des 469, des 522, des 735 et des 676 sujets qui ont été traités par le chlorhydrate de paroxétine lors d'essais cliniques portant sur la dépression, le TOC, le trouble panique, la phobie sociale, l'anxiété généralisée et l'état de stress post-traumatique respectivement et qui ont connu un effet du type précisé au moins une fois pendant qu'ils prenaient ce médicament. Les effets sont, de plus, classés par appareil ou système et énumérés par ordre décroissant de fréquence selon les définitions suivantes : les effets indésirables fréquents sont survenus à une ou plusieurs reprises chez au moins 1 sujet sur 100; les effets indésirables peu fréquents sont survenus chez moins de 1 sujet sur 100 mais chez au moins un sujet sur 1 000; les effets indésirables rares sont survenus chez moins de 1 sujet sur 1 000.

Ont été inclus tous les effets indésirables, sauf ceux qui figurent déjà dans les tableaux 1 et 2, ceux dont la généralité des termes était telle qu'ils n'auraient donné aucun élément utile d'information et ceux dont la cause médicamenteuse était peu probable. Fait important à

souligner, même si les effets indésirables se sont manifestés pendant le traitement par le chlorhydrate de paroxétine, ils n'étaient pas nécessairement causés par ce médicament.

Organisme en général

Effets fréquents : douleurs, malaise. **Effets peu fréquents** : candidose, douleur à la nuque, frissons, infection, œdème facial, réaction allergique, surdosage. **Effets rares** : abcès, cellulite, douleur pelvienne, douleur rétrosternale, frissons et fièvre, hernie, kyste, périctonite, raideur de la nuque, septicémie, surdosage intentionnel, syndrome adrénal, ulcère, valeurs de laboratoire anormales.

Troubles du système immunitaire – Effets très rares : réactions allergiques sévères (y compris réactions anaphylactiques et œdème de Quincke).

Appareil cardiovasculaire

Effets fréquents : hypertension artérielle, syncope, tachycardie. **Effets peu fréquents** : anomalies électrocardiographiques, bradycardie, extrasystoles ventriculaires, hypotension artérielle, migraine, troubles de conduction. **Effets rares** : accident vasculaire cérébral, angine de poitrine, arythmie, arythmie auriculaire, bloc de branche, céphalée vasculaire, débit cardiaque faible, embolie pulmonaire, extrasystoles, extrasystoles supraventriculaires, fibrillation auriculaire, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive, ischémie cérébrale, ischémie myocardique, pâleur, phlébite, thrombose, trouble cardiaque, trouble vasculaire cérébral, trouble vasculaire, varices.

Peau et annexes cutanées

Effets fréquents : prurit. **Effets peu fréquents** : acné, alopécie, ecchymose, eczéma, furonculose, herpès, peau sèche, urticaire. **Effets rares** : changement de couleur de la peau, dermite de contact, dermite exfoliatrice, éruption maculo-papuleuse, érythème noueux, hypertrophie cutanée, œdème de Quincke, photosensibilité, réduction de la transpiration, ulcère cutané, zona. **Effets très rares** : réactions indésirables cutanées sévères (y compris érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johnson et épidermolyse nécrosante suraiguë).

Appareil endocrinien

Effets rares : diabète sucré, goitre, hyperthyroïdie, hypothyroïdie, réduction de la fertilité chez la femme, thyroïdite.

Appareil digestif

Effets fréquents : nausées et vomissements. **Effets peu fréquents** : anomalies des épreuves fonctionnelles hépatiques, bruxisme, dysphagie, éructation, gastro-entérite, glossite, grippe gastro-intestinale, hémorragie rectale, hypersalivation, troubles buccaux, ulcération buccale, vomissements et diarrhée. **Effets rares** : boulimie, cardiospasme, caries dentaires, colite, diarrhée sanglante, duodénite, fécalome, gastrite, gingivite, hématémèse, hépatite, hypertrophie des glandes salivaires, ictere, iléite, iléus, incontinence fécale, méléna, œdème de la langue,

œsophagite, sialadénite, stomatite, stomatite aphteuse, ulcère de l'estomac, ulcère gastroduodénal.

Sang et lymphé

Effets peu fréquents : adénopathie, anémie, anomalies du nombre de globules blancs, leucopénie, purpura. **Effets rares** : anémie ferriprive, anémie microcytaire, anémie normocytaire, augmentation du temps de saignement, éosinophilie, leucocytose, lymphoœdème, lymphocytose, monocytose, saignement anormal, particulièrement de la peau et des muqueuses, thrombocytopénie.

Métabolisme et nutrition

Effets fréquents : élévation des taux de cholestérol, perte de poids, prise de poids. **Effets peu fréquents** : hyperglycémie, œdème, œdème périphérique, soif. **Effets rares** : augmentation de l'azote non protéique, bilirubinémie, cachexie, déshydratation, goutte, hypocalcémie, hypoglycémie, hypokaliémie, hyponatrémie (surtout chez les patients âgés) résultant parfois du syndrome d'antidiurèse inappropriée, obésité, phosphatases alcalines accrues, SGOT accru, SGPT accru.

Appareil locomoteur

Effets peu fréquents : arthralgie, arthrite, fracture traumatique. **Effets rares** : affection des cartilages, arthrose, bursite, myosite, ostéoporose, tétanie, trouble osseux.

Système nerveux

Effets fréquents : dépression, difficultés de concentration, labilité émotionnelle, stimulation du SNC, vertige. **Effets peu fréquents** : abus d'alcool, akinésie, amnésie, anomalies de la pensée, ataxie, convulsion, dépersonnalisation, hallucinations, hyperkinésie, hypertonie, hypoesthésie, manque d'émotions, mauvaise coordination, réaction maniaque, réaction paranoïde. **Effets rares** : anomalies électroencéphalographiques, augmentation de la libido, confusion, crise de grand mal, délire, démarche anormale, dépression psychotique, diplopie, dysarthrie, dyskinésie, dystonie, euphorie, fasciculations, hostilité, hyperalgie, hypokinésie, hystérie, idées délirantes, méningite, mouvements choréo-athétosiques, myélite, neuropathie, névralgie, nystagmus, œdème cérébral, paresthésie périphérique, pharmacodépendance, psychose, réaction antisociale, réaction maniaco-dépressive, réflexes amplifiés, stupeur, syndrome de sevrage, torticolis.

Appareil respiratoire

Effets fréquents : aggravation de la toux, rhinite. **Effets peu fréquents** : asthme, bronchite, dyspnée, épistaxis, grippe respiratoire, hyperventilation, pneumonie, sinusite. **Effets rares** : altération de la voix, expectoration accrue, fibrose pulmonaire, hoquet, stridor, trouble trachéal.

Appareil sensoriel

Effets peu fréquents : acouphènes, conjonctivite, douleur oculaire, mydriase, otalgie, otite moyenne, troubles de l'accommodation. **Effets rares** : agueusie, amblyopie, anisocorie, cataracte précisée, exophtalmie, glaucome aigu, hémorragie oculaire, hémorragie rétinienne, hyperacousie, kératoconjonctivite, lésion cornéenne, œdème conjonctival, otite externe, photophobie, surdité, ulcère cornéen.

Appareil génito-urinaire

Effets peu fréquents : aménorrhée*, avortement*, cystite, douleurs mammaires*, dysménorrhée*, dysurie, incontinence urinaire, infection des voies urinaires, ménorragie*, miction impérieuse, nycturie, polyurie, rétention urinaire, vaginite*. **Effets rares** : affection endométriale*, anomalies urinaires, arrêt de la spermatogenèse*, atrophie mammaire*, calculs rénaux, candidose vaginale*, cylindres urinaires, douleur rénale, fonction rénale anormale, hématurie, lactation féminine*, mastite*, néoplasme utérin*, néphrite, oligurie, salpingite*, trouble cervical*, urétrite.

* Fréquence corrigée en tenant compte du sexe.

Effets indésirables du médicament signalés après la commercialisation du produit

D'autres effets indésirables, non mentionnées plus haut, ont été signalés depuis la mise en marché chez des patients prenant du chlorhydrate de paroxétine, notamment : pancréatite aiguë, manifestations hépatiques telles qu'une élévation des taux d'enzymes hépatiques et l'hépatite, parfois associées à un ictere ou à une insuffisance hépatique (aboutissant au décès dans de très rares cas), syndrome de Guillain-Barré, priapisme, thrombopénie, hypertension accrue, syndrome d'antidiurèse inappropriée, symptômes évoquant une hyperprolactinémie et une galactorrhée, troubles menstruels (y compris ménorragie, métrorragie et aménorrhée), vision trouble, symptômes extrapyramidaux, y compris akathisie (caractérisée par une agitation physique et psychomotrice intrinsèque, comme l'impossibilité de s'asseoir ou de rester debout sans bouger, habituellement associée à une détresse subjective), bradykinésie, phénomène de la roue dentée, dystonie, hypertonie, crise oculogyre associée à l'administration concomitante du pimozide, tremblement et trismus, rêves anormaux (y compris cauchemars), syndrome des jambes sans repos (SJSR), vomissements, manifestations évoquant le syndrome malin des neuroleptiques et syndrome sérotoninergique (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Neurologie, Syndrome sérotoninergique/syndrome malin des neuroleptiques), hypertension artérielle pulmonaire persistante (voir aussi MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Femmes enceintes et nouveau-nés, Risque d'hypertension artérielle pulmonaire persistante et exposition à des ISRS). On a signalé un cas d'élévation des concentrations de phénytoïne après 4 semaines d'administration concomitante de chlorhydrate de paroxétine et de phénytoïne. La fiche d'observations d'un autre patient indiquait une hypotension sévère survenue quand on a ajouté le chlorhydrate de paroxétine à un traitement prolongé par le métaproterol. Le rapport de causalité entre le chlorhydrate de paroxétine et l'apparition de ces effets indésirables n'a pas été établi.

On fait état de déclarations spontanées d'effets indésirables par suite de l'arrêt du traitement par le chlorhydrate de paroxétine et d'autres inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine

(surtout lorsqu'ils sont arrêtés brusquement) (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Généralités, Arrêt du traitement par pms-PAROXETINE; et EFFETS INDÉSIRABLES, Effets indésirables observés à l'arrêt du traitement).

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Interactions médicamenteuses pouvant entraîner des conséquences graves

- **Inhibiteurs de la monoamine oxydase : Voir CONTRE-INDICATIONS**
- **Thioridazine : Voir CONTRE-INDICATIONS**
- **Pimozide : Voir CONTRE-INDICATIONS**

Aperçu

À l'exemple d'autres inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, la paroxétine inhibe l'isoenzyme hépatique spécifique du cytochrome P450 (2D6) responsable du métabolisme de la débrisoquine et de la spartéine. Environ 5 à 10 % des personnes de race blanche sont de faibles métaboliseurs de la débrisoquine et de la spartéine. À l'état d'équilibre, la C_{min} (éq) médiane de chlorhydrate de paroxétine (20 mg par jour) était presque trois fois plus élevée chez les faibles métaboliseurs ($n = 8$) que chez les forts métaboliseurs ($n = 9$). Quoique la signification clinique de cet effet ne soit pas établie, l'inhibition de l'isoenzyme CYP2D6 pourrait donner lieu à une augmentation des concentrations plasmatiques des médicaments administrés concurremment et métabolisés par cette isoenzyme. On doit envisager de réduire la dose du médicament métabolisé par l'isoenzyme CYP2D6 ou de la paroxétine ou de surveiller les concentrations plasmatiques du médicament, voire les deux, surtout lorsque le chlorhydrate de paroxétine est administré conjointement avec des agents ayant un index thérapeutique étroit.

L'administration concomitante de chlorhydrate de paroxétine a été associée à des concentrations élevées de procyclidine, un anticholinergique, de certains neuroleptiques/antipsychotiques (p. ex., perphénazine, rispéridon), d'antidépresseurs tricycliques (p. ex., désipramine), d'atomoxétine, d'antiarythmiques de classe 1c (p. ex., propafénone) et de théophylline.

L'utilisation conjointe de phénobarbital ou de phénytoïne et de chlorhydrate de paroxétine a été associée à des taux réduits de chlorhydrate de paroxétine. L'emploi de la cimétidine a élevé les concentrations de chlorhydrate de paroxétine.

L'emploi concomitant de chlorhydrate de paroxétine et d'alcool n'a pas été étudié.

Interactions médicament-médicament

Inhibiteurs de la monoamine oxydase : L'utilisation conjointe de pms-PAROXETINE et d'inhibiteurs de la monoamine oxydase [y compris le linézolide, un antibiotique qui est un inhibiteur réversible non sélectif de la MAO, et le chlorure de méthylthioninium (bleu de méthylène)] est contre-indiquée en raison du risque de réactions graves dont les manifestations ressemblent à celles du syndrome sérotoninergique ou au syndrome malin des neuroleptiques (voir CONTRE-

INDICATIONS; et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Syndrome sérotoninergique/syndrome malin des neuroleptiques).

Thioridazine : L'administration concomitante de pms-PAROXETINE et de la thioridazine est contre-indiquée en raison d'un risque d'élévation des concentrations plasmatiques de thioridazine. Le traitement par la thioridazine seule entraîne une prolongation de l'intervalle QTc, ce qui se traduit par des arythmies ventriculaires graves, comme des arythmies de type torsades de pointes, et la mort subite (voir CONTRE-INDICATIONS).

Pimozide : Dans une étude ouverte réalisée chez des volontaires en santé, l'administration concomitante d'une dose unique de 2 mg de pimozide et de chlorhydrate de paroxétine à l'état d'équilibre (dose ajustée à 60 mg par jour) a été associée à des augmentations moyennes de l'ASC et de la Cmax du pimozide de 151 % et de 62 % respectivement, comparativement à l'emploi du pimozide en monothérapie. Ces hausses s'expliquent probablement par les propriétés inhibitrices connues de la paroxétine au regard de l'isoenzyme CYP2D6. Compte tenu de l'index thérapeutique étroit du pimozide et de sa capacité connue de prolonger l'intervalle QT et de produire des arythmies cardiaques sévères, y compris des torsades de pointes, l'utilisation concomitante du pimozide et de pms-PAROXETINE est contre-indiquée (voir CONTRE-INDICATIONS).

Bloqueurs neuromusculaires : Des études *in vitro*, de même qu'un petit nombre de rapports cliniques, donnent à penser que certains antidépresseurs, dont la paroxétine, pourraient réduire l'activité plasmatique de la cholinestérase, ce qui se traduirait par une prolongation de l'effet de blocage neuromusculaire de la succinylcholine.

Médicaments métabolisés par l'isoenzyme 2D6 du cytochrome P450 (CYP2D6) : Lors de deux études, l'administration quotidienne de chlorhydrate de paroxétine (20 mg par jour) à l'état d'équilibre a augmenté les paramètres pharmacocinétiques moyens suivants à la suite de l'administration d'une dose unique (100 mg) de désipramine chez les forts métaboliseurs : C_{max} (2 fois), ASC (6 fois) et T_{1/2} (de 3 à 5 fois). Le traitement concomitant par le chlorhydrate de paroxétine à l'état d'équilibre n'a pas nui davantage à l'élimination de la désipramine chez les faibles métaboliseurs. On ne dispose pas d'assez d'information pour formuler des recommandations sur la nécessité d'adapter la posologie des antidépresseurs tricycliques ou de chlorhydrate de paroxétine si ces médicaments sont administrés en association. Dans de tels cas, il faudra peut-être surveiller les concentrations plasmatiques des antidépresseurs tricycliques.

L'administration concomitante de chlorhydrate de paroxétine et d'autres médicaments métabolisés par l'isoenzyme CYP2D6 n'a pas fait l'objet d'études en bonne et due forme, mais il se pourrait qu'elle nécessite des doses de chlorhydrate de paroxétine ou de l'autre médicament moins élevées que celles prescrites habituellement. Les médicaments métabolisés par l'isoenzyme CYP2D6 comprennent certains antidépresseurs tricycliques (p. ex. la nortriptyline, l'amitriptyline, l'imipramine et la désipramine), des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (p. ex. la fluoxétine), des neuroleptiques phénothiaziniques (p. ex. la perphénazine), la rispéridone, l'atomoxétine, des antiarythmiques de classe Ic (p. ex. la propafenone et le flécaïnide) et le métaproterolol. En raison du risque d'arythmies ventriculaires graves et de mort subite possiblement liées à des concentrations plasmatiques élevées de thioridazine, le

pms-PAROXETINE ne doit pas être administré concurremment avec la thioridazine (voir CONTRE-INDICATIONS).

Fosamprénavir/ritonavir : L'administration concomitante du fosamprénavir/ritonavir et de la paroxétine a réduit significativement les concentrations plasmatiques de la paroxétine (d'environ 60 % dans une étude). Tout ajustement posologique doit être guidé par l'effet clinique (tolérabilité et efficacité).

Tamoxifène : Le tamoxifène a un métabolite actif important, l'endoxifène, qui est produit par l'isoenzyme CYP2D6 et contribue significativement à l'efficacité du tamoxifène. Or, l'inhibition irréversible de l'isoenzyme CYP2D6 par la paroxétine entraîne des concentrations plasmatiques réduites d'endoxifène (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Risque d'efficacité réduite du tamoxifène administré en association avec un ISRS, y compris le pms-PAROXETINE).

Médicaments métabolisés par l'isoenzyme 3A4 du cytochrome P450 (CYP3A4) : Dans une étude d'interactions *in vivo* où on a administré de façon concomitante et à l'état d'équilibre du chlorhydrate de paroxétine et de la terfénadine, un substrat de l'isoenzyme CYP3A4, le chlorhydrate de paroxétine n'a eu aucun effet sur les paramètres pharmacocinétiques de la terfénadine. En outre, des études *in vitro* ont montré que le kétoconazole, un inhibiteur puissant de l'isoenzyme CYP3A4, exerce un effet inhibiteur au moins 100 fois plus puissant que celui de la paroxétine sur le métabolisme de plusieurs substrats de cette enzyme, y compris la terfénadine, l'astémizole, le cisapride, le triazolam et la cyclosporine. En supposant que le rapport entre la *Ki* *in vitro* de la paroxétine et son absence d'effet sur la clairance *in vivo* de la terfénadine permet de prédire son effet sur d'autres substrats de l'isoenzyme CYP3A4, on ne s'attend pas à ce que l'effet inhibiteur de la paroxétine sur l'activité de l'isoenzyme CYP3A4 soit significatif sur le plan clinique.

Inhibition ou induction des enzymes microsomiques : L'induction ou l'inhibition des enzymes qui métabolisent les médicaments peut modifier le métabolisme et la pharmacocinétique de chlorhydrate de paroxétine.

Médicaments fortement liés aux protéines plasmatiques : La paroxétine est fortement liée aux protéines plasmatiques. Par conséquent, l'administration de pms-PAROXETINE à un patient qui prend un autre médicament fortement lié aux protéines peut faire augmenter la fraction libre de l'autre médicament, ce qui pourrait causer des manifestations indésirables. De même, des effets indésirables pourraient résulter du déplacement de la paroxétine par d'autres médicaments fortement liés aux protéines plasmatiques.

Alcool : L'emploi concomitant de chlorhydrate de paroxétine et d'alcool n'a pas été étudié et n'est pas recommandé. On doit conseiller aux patients d'éviter l'alcool lorsqu'ils prennent du pms-PAROXETINE.

Anticholinergiques : Il a été signalé que le chlorhydrate de paroxétine augmente considérablement la biodisponibilité générale de la procyclidine. Les concentrations plasmatiques de procyclidine (5 mg par jour) à l'état d'équilibre ont augmenté d'environ 40 %

avec l'administration concomitante de 30 mg de paroxétine jusqu'à l'état d'équilibre. Si on observe des effets anticholinergiques, on doit réduire la dose de procyclidine.

Antirétroviraux : L'administration concomitante du fosamprénavir/ritonavir et de la paroxétine a réduit significativement les concentrations plasmatiques de la paroxétine (d'environ 60 % dans une étude). Tout ajustement posologique doit être guidé par l'effet clinique (tolérabilité et efficacité).

Phénobarbital : L'administration continue de 100 mg de phénobarbital 4 f.p.j. pendant 14 jours a diminué l'exposition générale procurée par une seule dose de 30 mg de paroxétine chez certains sujets. En moyenne, l'ASC et la $T_{1/2}$ de chlorhydrate de paroxétine ont diminué de 25 % et de 38 % respectivement, par rapport au chlorhydrate de paroxétine administré seul. On n'a pas étudié l'effet du chlorhydrate de paroxétine sur la pharmacocinétique du phénobarbital. Aucune modification de la posologie initiale de chlorhydrate de paroxétine n'est jugée nécessaire lorsque ce médicament est administré en association avec du phénobarbital; il convient de se fonder sur l'effet clinique pour décider si une modification ultérieure s'impose.

Anticonvulsivants : Chez un nombre limité de sujets épileptiques prenant des anticonvulsivants à long terme (carbamazépine à raison de 600 à 900 mg/jour, n = 6; phénytoïne à raison de 250 à 400 mg/jour, n = 6; valproate sodique à raison de 300 à 2 500 mg/jour, n = 8), l'administration concomitante de chlorhydrate de paroxétine (30 mg/jour pendant 10 jours) n'a eu aucun effet significatif sur les concentrations plasmatiques de ces anticonvulsivants. Chez des volontaires sains, l'administration simultanée de paroxétine et de phénytoïne s'est traduite par une diminution des concentrations plasmatiques de paroxétine et par une fréquence accrue de manifestations indésirables. Cependant, aucune adaptation de la posologie initiale du pms-PAROXETINE n'est jugée nécessaire quand le médicament doit être administré avec un inducteur enzymatique connu (p.ex., carbamazépine, phénytoïne, valproate sodique). Toute adaptation posologique ultérieure sera faite en fonction de l'effet clinique. L'administration concomitante de chlorhydrate de paroxétine et d'anticonvulsivants peut augmenter la fréquence des effets indésirables.

Médicaments antipsychotiques/syndrome malin des neuroleptiques : Comme c'est le cas avec d'autres ISRS, on doit faire preuve de prudence si on prescrit du chlorhydrate de paroxétine à des patients prenant déjà des antipsychotiques/neuroleptiques, car cette association a parfois donné lieu à des symptômes évoquant le syndrome malin des neuroleptiques (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Syndrome sérotoninergique/syndrome malin des neuroleptiques).

Médicaments sérotoninergiques : À la lumière du mécanisme d'action de la paroxétine et du risque de syndrome sérotoninergique, la prudence est de mise lorsque le pms-PAROXETINE est administré concurremment avec d'autres médicaments ou agents pouvant affecter les systèmes de neurotransmetteurs sérotoninergiques, tels que le tryptophane, les triptans, les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine, le lithium, le fentanyl et ses analogues, le dextrométhorphone, le tramadol, le tapentadol, la mécépidine, la méthadone et la pentazocine ou le millepertuis (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Syndrome sérotoninergique/syndrome malin

des neuroleptiques). L'emploi concomitant de pms-PAROXETINE et d'inhibiteurs de la MAO (y compris le linézolide, un antibiotique qui est un inhibiteur réversible non sélectif de la MAO) est contre-indiqué (voir CONTRE-INDICATIONS).

Médicaments ayant un effet sur la fonction plaquettaire (p. ex., AINS, AAS et autres anticoagulants) : La libération de la sérotonine par les plaquettes joue un rôle important dans l'hémostase. Des études épidémiologiques (études cas-témoin et études des cohortes) ont révélé une corrélation entre l'emploi de psychotropes qui entravent le recaptage de la sérotonine et l'apparition de saignements touchant les voies gastro-intestinales hautes. Ces études ont également montré que l'emploi concomitant d'un AINS, d'AAS ou d'autres anticoagulants peut potentialiser le risque de saignement.

On a fait état d'effets anticoagulants modifiés, y compris une tendance accrue aux saignements, lorsque des ISRS et la warfarine sont administrés concurremment. Il convient de surveiller attentivement les patients qui prennent de la warfarine lorsqu'on amorce ou qu'on arrête le traitement par pms-PAROXETINE (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Hématologique, Saignement anormal).

Lithium : Dans une étude réalisée chez des sujets déprimés stabilisés par le lithium, on n'a observé aucune interaction pharmacocinétique entre la paroxétine et le lithium. Cependant, en raison du risque de syndrome sérotoninergique, on recommande la prudence lorsque le pms-PAROXETINE est administré en même temps que le lithium.

Triptans : On a signalé postcommercialisation de rares cas de patients ayant manifesté une faiblesse, une hyperréflexie et une incoordination suivant la prise d'un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) et du sumatriptan, un agoniste des récepteurs 5_{HT1}. Si l'administration concomitante d'un triptan et d'un ISRS (tel que la fluoxétine, la fluvoxamine, la paroxétine ou la sertraline) est justifiée sur le plan clinique, il est conseillé de surveiller le patient adéquatement. On doit aussi envisager la possibilité de telles interactions si on prescrit d'autres agonistes des récepteurs 5_{HT1} en association avec un ISRS (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Syndrome sérotoninergique/syndrome malin des neuroleptiques).

Tryptophane : Le tryptophane peut être métabolisé en sérotonine. À l'instar d'autres inhibiteurs du recaptage de la sérotonine, le chlorhydrate de paroxétine administré en association avec du tryptophane peut entraîner des effets indésirables, principalement des céphalées, des nausées, de la transpiration et des étourdissements, ainsi que le syndrome sérotoninergique. Par conséquent, on ne recommande pas l'administration concomitante de pms-PAROXETINE et du tryptophane (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Syndrome sérotoninergique/syndrome malin des neuroleptiques).

Médicaments agissant sur le SNC : Selon les essais menés chez un petit nombre de sujets sains, le chlorhydrate de paroxétine n'accroît ni la sédation ni la somnolence associées à l'halopéridol, à l'amobarbital ou à l'oxazépam, quand il est administré en association. Les effets de l'administration concomitante de chlorhydrate de paroxétine et de neuroleptiques n'ayant pas encore été étudiés, l'association de pms-PAROXETINE et de ces médicaments commande la prudence.

Diazépam : Une étude sur des doses multiples portant sur l'interaction entre le chlorhydrate de paroxétine et le diazépam n'a révélé aucune modification de la pharmacocinétique de chlorhydrate de paroxétine justifiant une modification de la dose de chlorhydrate de paroxétine chez les patients prenant les deux médicaments en même temps. On n'a pas évalué les effets de chlorhydrate de paroxétine sur la pharmacocinétique du diazépam.

Médicaments cardiovasculaires : Le traitement à l'aide de doses multiples de chlorhydrate de paroxétine (30 mg par jour) a eu peu ou pas d'effet sur la pharmacocinétique de la digoxine (0,25 mg par jour) ou du propranolol (80 mg 2 fois par jour) à l'état d'équilibre.

Théophylline : On a fait état de cas d'élévation des concentrations de théophylline associée au traitement par le chlorhydrate de paroxétine. Bien que cette interaction n'ait pas fait l'objet d'étude en bonne et due forme, on recommande de surveiller les taux de théophylline lors de l'administration concorrente de ces deux médicaments.

Cimétidine : L'administration concomitante de cimétidine (300 mg 3 fois par jour), inhibiteur enzymatique connu, a produit une augmentation d'environ 50 % des concentrations de chlorhydrate de paroxétine (30 mg par jour) à l'état d'équilibre. Lorsque pms-PAROXETINE est administré concurremment avec un inhibiteur enzymatique connu, il y a lieu d'envisager l'administration de plus faibles doses.

Interactions médicament-aliment

Les aliments et les antiacides ne modifient ni l'absorption ni la pharmacocinétique de chlorhydrate de paroxétine.

Interactions médicament-herbe médicinale

Millepertuis : Des interactions pharmacodynamiques sont possibles entre le millepertuis, une plante médicinale, et la paroxétine. Ces interactions, qui surviennent aussi entre le millepertuis et d'autres ISRS, peuvent accroître les effets indésirables.

Effets du médicament sur les épreuves de laboratoire

Des interactions avec les épreuves de laboratoire n'ont pas été établies.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Considérations posologiques

Généralités

pms-PAROXETINE (chlorhydrate de paroxétine) n'est pas indiqué chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Association possible avec la survenue de modifications comportementales et émotionnelles, y compris l'automutilation).

On recommande de prescrire des doses initiales de pms-PAROXETINE plus faibles chez les personnes âgées et les patients affaiblis de même que chez les patients présentant une atteinte rénale ou hépatique (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Populations particulières). On doit administrer pms-PAROXETINE une fois par jour, le matin, avec ou sans aliments. Le comprimé doit être avalé entier plutôt que d'être mâché.

Ajustements posologiques : Selon les paramètres pharmacocinétiques, les taux plasmatiques de paroxétine atteignent l'état d'équilibre en 7 à 14 jours. La posologie sera donc augmentée par paliers de 10 mg à intervalles de 1 à 2 semaines ou selon le jugement du clinicien.

Traitemen t d'entretien : Pendant un traitement de longue durée, quelle que soit l'indication, la dose doit être maintenue au seuil d'efficacité le plus bas.

Aucun corpus de données n'indique pendant combien de temps un patient doit continuer de prendre pms-PAROXETINE pour traiter ses symptômes. On convient généralement que les épisodes de dépression nécessitent une pharmacothérapie soutenue sur plusieurs mois, voire plus longtemps. On ignore si la dose d'antidépresseur nécessaire pour obtenir une rémission est identique à celle qui permet de maintenir ou de soutenir l'euthymie.

Une évaluation systématique a montré que l'efficacité du chlorhydrate de paroxétine était maintenue sur une période d'au moins 6 mois à des doses moyennes d'environ 30 mg (voir ESSAIS CLINIQUES, Dépression).

Arrêt du traitement : Des symptômes associés à l'arrêt du traitement par le chlorhydrate de paroxétine ont été signalés dans les essais cliniques et les rapports de pharmacovigilance. Il convient de surveiller les patients qui cessent leur traitement, de façon à déceler ces symptômes ou d'autres, indépendamment de l'indication pour laquelle on a prescrit pms-PAROXETINE (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Arrêt du traitement par le pms-PAROXETINE; et EFFETS INDÉSIRABLES, Effets indésirables observés à l'arrêt du traitement).

On recommande de réduire la dose graduellement si possible plutôt que de cesser brusquement la prise du médicament. Si des symptômes intolérables surviennent après une baisse de la dose ou l'arrêt du traitement, on doit rajuster le retrait graduel du médicament en fonction de la réponse clinique du patient (voir EFFETS INDÉSIRABLES).

Adultes

Dépression

Posologie usuelle pour adultes : On doit commencer l'administration de pms-PAROXETINE à raison de 20 mg par jour. Pour la plupart des patients, cette dose de 20 mg constitue aussi la dose optimale. L'effet thérapeutique peut ne se manifester que la troisième ou la quatrième semaine de traitement.

Éventail des doses : L'augmentation graduelle de la dose jusqu'à 40 mg par jour peut être envisagée chez les patients qui ne répondent pas suffisamment à la posologie de 20 mg par jour. La dose quotidienne maximale recommandée est de 50 mg.

Trouble obsessionnel-compulsif

Posologie usuelle pour adultes : On doit commencer l'administration de pms-PAROXETINE à raison de 20 mg par jour. La dose recommandée de pms-PAROXETINE pour le traitement du TOC est de 40 mg par jour.

Éventail des doses : L'augmentation graduelle de la dose peut être envisagée chez les patients qui ne répondent pas suffisamment à la posologie de 40 mg par jour. La dose quotidienne maximale recommandée est de 60 mg.

Trouble panique

Posologie usuelle pour adultes : On recommande de commencer l'administration de pms-PAROXETINE à raison de 10 mg par jour dans le traitement du trouble panique. La dose recommandée de pms-PAROXETINE pour le traitement du trouble panique est de 40 mg par jour.

Éventail des doses : L'augmentation graduelle de la dose peut être envisagée chez les patients qui ne répondent pas suffisamment à la posologie de 40 mg par jour. La dose quotidienne maximale recommandée est de 60 mg.

Phobie sociale

Posologie usuelle pour adultes : La posologie initiale recommandée est de 20 mg par jour. Aucun lien entre la dose et le résultat thérapeutique n'a été clairement démontré à des doses supérieures à la plage de 20 à 60 mg par jour.

Éventail des doses : L'augmentation graduelle de la dose quotidienne, par paliers de 10 mg, peut être envisagée chez les patients qui ne répondent pas suffisamment à la posologie de 20 mg par jour. La dose quotidienne maximale est de 50 mg.

Anxiété généralisée

Posologie usuelle pour adultes : La posologie initiale recommandée est de 20 mg par jour.

Éventail des doses : L'augmentation graduelle de la dose quotidienne, par paliers de 10 mg, peut être envisagée chez les patients qui ne répondent pas suffisamment à la posologie de 20 mg par jour. La dose quotidienne maximale est de 50 mg.

État de stress post-traumatique

Posologie usuelle pour adultes : La posologie initiale recommandée est de 20 mg par jour.

Éventail des doses : L'augmentation graduelle de la dose quotidienne, par paliers de 10 mg, peut être envisagée chez les patients qui ne répondent pas suffisamment à la posologie de 20 mg par jour. La dose quotidienne maximale est de 50 mg.

Populations particulières

Traitement des femmes enceintes : Des études épidémiologiques sur l'issue de la grossesse de femmes ayant pris des antidépresseurs durant le premier trimestre font état d'un risque accru de malformations congénitales, particulièrement de nature cardiovasculaire (p. ex., communications interventriculaires et communications interauriculaires), associées à l'emploi de la paroxétine. Si une patiente devient enceinte pendant qu'elle prend pms-PAROXETINE, elle doit être informée du risque actuellement estimé que court l'enfant à naître (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières) et on doit envisager de recourir à d'autres options thérapeutiques. Le médecin doit poursuivre le traitement par pms-PAROXETINE chez une patiente donnée seulement si les bienfaits escomptés l'emportent sur les risques éventuels. Chez les femmes qui veulent devenir enceintes ou qui en sont au premier trimestre de leur grossesse, on doit envisager d'amorcer un traitement par la paroxétine seulement après avoir examiné les autres options thérapeutiques (pour plus de détails, voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières).

Des rapports de pharmacovigilance font état de complications commandant une prolongation de l'hospitalisation, une respiration assistée et le gavage, chez certains nouveau-nés exposés à pms-PAROXETINE, à des ISRS ou à d'autres antidépresseurs récents à la fin du troisième trimestre (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières). Le médecin qui traite une femme enceinte à l'aide de pms-PAROXETINE durant le troisième trimestre doit souper se soigneusement les risques possibles et les avantages éventuels du traitement. Il peut envisager de réduire progressivement la dose de pms-PAROXETINE durant le troisième trimestre de la grossesse.

Gériatrie (> 65 ans) : L'administration de pms-PAROXETINE aux personnes âgées est associée à une élévation des concentrations plasmatiques et à une prolongation de la demi-vie d'élimination comparativement aux adultes plus jeunes (voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE). La posologie de départ de pms-PAROXETINE recommandée est de 10 mg par jour chez les personnes âgées et/ou affaiblies. On pourra augmenter la posologie dans les cas où cela est indiqué. La posologie maximale est de 40 mg par jour.

Pédiatrie : pms-PAROXETINE n'est pas indiqué chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans (voir INDICATIONS; et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Association possible avec la survenue de modifications comportementales et émotionnelles, y compris l'automutilation).

Atteinte rénale/hépatique : pms-PAROXETINE doit être utilisé avec prudence chez les patients présentant une atteinte rénale ou hépatique. La posologie de départ recommandée est de 10 mg par jour chez les patients présentant un dysfonctionnement hépatique ou rénal significatif sur le plan clinique. La posologie maximale de 40 mg par jour ne devrait pas être dépassée (voir

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS et MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE).

SURDOSAGE

À notre connaissance, le cas de surdosage de paroxétine le plus important dont s'est remis un patient est survenu à une dose de 2 000 mg. La dose la plus faible de paroxétine employée seule ayant donné lieu à une issue fatale est d'environ 400 mg.

Symptômes de surdosage

Les effets indésirables le plus couramment signalés après un surdosage de paroxétine seulement comprennent les suivants : somnolence, nausées, tremblements, étourdissements, vomissements, diarrhée, agitation, agression, anxiété, état de confusion, céphalées, fatigue, insomnie, tachycardie, hyperhidrose, mydriase, convulsions, paresthésies, syndrome sérotoninergique, fièvre, changements de la tension artérielle, contractions musculaires involontaires et perte de conscience. Il convient de noter que, dans certains cas, les patients pourraient avoir consommé de l'alcool en plus de prendre une surdose de paroxétine. *Certains de ces symptômes peuvent également être observés lors de l'usage clinique.*

Des manifestations telles qu'un coma ou des changements à l'ECG ont également été observées.

Traitements du surdosage

Le médecin traitant doit envisager de communiquer avec un centre antipoison pour obtenir plus de renseignements sur le traitement d'un surdosage.

On ne connaît pas d'antidote spécifique. Le traitement doit consister à appliquer les mesures générales employées dans les cas de surdosage de tout antidépresseur. Rétablir la perméabilité des voies aériennes supérieures et maintenir une ventilation pulmonaire efficace et une oxygénation suffisante.

Il n'est pas recommandé de provoquer des vomissements. Étant donné le volume de distribution important de chlorhydrate de paroxétine, une diurèse forcée, une dialyse, une hémoperfusion ou une transfusion d'échange ne seraient probablement pas utiles.

Des mesures de soutien alliées à une surveillance fréquente des signes vitaux et à l'observation attentive du patient sont recommandées. Il convient d'effectuer un ECG et de surveiller la fonction cardiaque en cas d'anomalie apparente. La prise en charge des patients doit reposer sur l'indication clinique ou sur les recommandations du centre national antipoison, le cas échéant.

Au moment de la prise en charge d'un cas de surdosage, on doit tenir compte du fait que plus d'un médicament peut entrer en jeu.

Une mise en garde particulière s'impose dans le cas des patients qui prennent du chlorhydrate de paroxétine ou qui l'ont pris récemment et qui pourraient ingérer, volontairement ou accidentellement, une quantité excessive d'un antidépresseur tricyclique. En pareil cas, l'accumulation de l'antidépresseur tricyclique mère et de son métabolite actif peut augmenter la possibilité de séquelles cliniques importantes et prolonger la nécessité d'une surveillance médicale étroite.

Pour traiter une surdose soupçonnée, communiquez avec le centre antipoison de votre région.

MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE

Mode d'action

La paroxétine est un inhibiteur puissant et sélectif du recaptage de la sérotonine (5-hydroxytryptamine, ou 5-HT) (ISRS). Ses propriétés antidépressives et anxiolytiques dans le traitement de la dépression, du trouble obsessionnel-compulsif (TOC), du trouble panique, de la phobie sociale, de l'anxiété généralisée et de l'état de stress post-traumatique (ESPT) découleraient de cette activité du médicament sur les neurones cérébraux.

La paroxétine est un dérivé de la phénylpipéridine, de constitution chimique non apparentée aux antidépresseurs tricycliques ou tétracycliques. Dans les études sur la liaison aux récepteurs, la paroxétine n'a fait preuve d'aucune affinité significative pour les récepteurs adrénergiques (α_1 , α_2 , β), dopaminergiques, sérotoninergiques (5HT₁, 5HT₂) ou histaminergiques de la membrane cérébrale du rat. Une faible affinité pour les récepteurs cholinergiques muscariniques a cependant été mise en évidence. Les métabolites prédominants de la paroxétine sont pour ainsi dire inactifs comme inhibiteurs du recaptage de la 5-HT.

Pharmacocinétique

À des doses supérieures à 20 mg/jour, aucune relation évidente n'a été démontrée entre la dose de la paroxétine et son effet antidépresseur. Les résultats d'études portant sur l'emploi de doses fixes comparant la paroxétine et un placebo dans le traitement de la dépression, du trouble panique, de l'anxiété généralisée et de l'état de stress post-traumatique ont révélé que certains des effets indésirables dépendaient de la dose.

Absorption : La paroxétine est bien absorbée après son administration par voie orale. Chez des volontaires sains, l'absorption d'une seule dose de 30 mg administrée par voie orale n'a pas été sensiblement modifiée par la présence ou l'absence d'aliments.

Il semble que le taux d'absorption et la demi-vie d'élimination terminale soient indépendants de la dose. Les concentrations plasmatiques de paroxétine atteignent généralement l'état d'équilibre en 7 à 14 jours. Aucune corrélation n'a été établie entre les concentrations plasmatiques de paroxétine et son efficacité thérapeutique ou la fréquence des effets indésirables.

Chez de *jeunes volontaires sains* ayant reçu 20 mg par jour de paroxétine pendant 15 jours, la concentration plasmatique maximale a atteint en moyenne 41 ng/mL à l'état d'équilibre (voir le Tableau 4). Les pics plasmatiques ont généralement été atteints entre 3 et 7 heures après l'administration.

Distribution : Étant donné la grande distribution tissulaire de la paroxétine, on croit qu'une proportion de moins de 1 % de la quantité totale du médicament dans l'organisme reste dans la circulation générale.

Aux concentrations thérapeutiques, la paroxétine se fixe aux protéines plasmatiques dans une proportion d'environ 95 %.

Métabolisme : La paroxétine est éliminée de l'organisme par métabolisme biphasique : par effet de premier passage avant de pénétrer dans la circulation générale et après son arrivée dans la circulation générale. Le métabolisme de premier passage est considérable, mais peut être en partie saturable, ce qui explique l'accroissement de la biodisponibilité avec l'administration de doses multiples. La paroxétine est partiellement métabolisée par l'isoenzyme 2D₆ du cytochrome P450. La non-linéarité de la pharmacocinétique de la paroxétine semble être attribuable à la saturation de cette enzyme aux doses cliniques, à mesure que la dose et la durée du traitement augmentent. Le rôle que joue cette enzyme dans le métabolisme de la paroxétine laisse également croire à la possibilité d'interactions médicamenteuses (voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES). La majeure partie de la dose administrée semble être oxydée en un catéchol intermédiaire, qui est ensuite transformé en un sulfate et en un glucuroconjugué hautement polaires par réactions de méthylation et de conjugaison. Ces métabolites glucuroconjugué et sulfoconjugué de la paroxétine sont environ > 10 000 et 3 000 fois moins puissants, respectivement, que la substance mère comme inhibiteurs du recaptage de la 5-HT dans les synaptosomes du cerveau du rat.

Excération : Après l'administration d'une dose unique ou de doses multiples de paroxétine à raison de 20 à 50 mg, la demi-vie d'élimination moyenne chez les sujets sains semble être d'environ 24 heures, bien que des durées allant de 3 à 65 heures aient été enregistrées.

Environ 64 % de la dose de paroxétine administrée est éliminée par les reins et environ 36 % par voie fécale. On retrouve moins de 2 % de la dose sous forme de substance non métabolisée.

Populations particulières et états pathologiques

Gériatrie : Chez les sujets âgés, on a observé des concentrations plasmatiques accrues à l'état d'équilibre et une demi-vie d'élimination prolongée par rapport à celles notées chez des adultes plus jeunes qui servaient de témoins (Tableau 4). Le traitement des personnes âgées doit, par conséquent, être amorcé et maintenu à la plus faible posologie quotidienne de paroxétine qui soit efficace sur le plan clinique (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Insuffisance hépatique : Selon les résultats d'une étude de pharmacocinétique portant sur l'emploi de doses multiples de paroxétine et réalisée chez des sujets atteints de dysfonction hépatique sévère, la clairance de la paroxétine serait considérablement ralentie dans de tels cas

(voir le Tableau 4). Comme l'élimination de la paroxétine dépend d'un métabolisme hépatique important, son administration commande la prudence chez les patients présentant une atteinte hépatique (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Populations particulières).

Insuffisance rénale : Dans une étude de pharmacocinétique portant sur l'emploi d'une dose unique chez des patients présentant une atteinte rénale légère à sévère, les concentrations plasmatiques de paroxétine ont eu tendance à augmenter en fonction de la détérioration de la fonction rénale (voir le Tableau 5). Comme il n'y a pas eu d'étude de pharmacocinétique sur l'emploi de doses multiples chez des sujets accusant une affection rénale, la paroxétine doit être administrée avec prudence dans de tels cas (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Populations particulières).

Tableau 4 : Pharmacocinétique de la paroxétine à l'état d'équilibre après l'administration de doses de 20 mg par jour (moyenne et extrêmes)

	Sujets sains jeunes [n = 22]	Sujets âgés sains [n = 22]	Patients présentant une atteinte hépatique* [n = 10]
C_{\max} (éq) (ng/mL)	41 (12-90)	87 (18-154)	87 (11-147)
T_{\max} (éq) (h)	5,0 (3-7)	5,0 (1-10)	6,4 (2-11)
C_{\min} (éq) (ng/mL)	21 (4-51)	58 (9-127)	66 (7-128)
ASC(éq) (ng.h/mL)	660 (179-1 436)	1 580 (221-3 286)	1 720 (194-3 283)
$T_{1/2}$ (h)	19 (8-43)	31 (13-92)	66 (17-152)

* Capacité d'élimination du galactose : de 30 à 70 % de la normale

Les paramètres pharmacocinétiques varient considérablement d'une personne à l'autre.

Tableau 5 : Pharmacocinétique de la paroxétine après l'administration d'une dose unique de 30 mg chez des sujets sains et des sujets présentant une atteinte rénale

	^a Sujets présentant une atteinte rénale sévère [n = 6]	^b Sujets présentant une atteinte rénale modérée [n = 6]	^c Sujets sains jeunes [n = 6]
C_{\max} (ng/mL)	46,2 (35,9-56,7)	36 (3,6-59,4)	19,8 (1,4-54,8)
T_{\max} (h)	6,5 (4,0-11,0)	4,8 (1,5-9,0)	4,3 (1-7)
ASC _∞ (ng.h/mL)	2 046 (605-3 695)	1 053 (48-2 087)	574 (21-2 196)
$T_{1/2}$ (h)	29,7 (10,9-54,8)	18,3 (11,2-32,0)	17,3 (9,6-25,1)

^aClairance de la créatinine = 13-27 mL/min ^bClairance de la créatinine = 32-46 mL/min ^cClairance de la créatinine > 100 mL/min

Abréviations :

C_{\max} = concentration plasmatique maximale; T_{\max} = délai d'atteinte de la C_{\max}

ASC_∞ = aire sous la courbe de la concentration plasmatique en fonction du temps, entre 0 et l'infini

$T_{1/2}$ = demi-vie d'élimination terminale

ENTREPOSAGE ET STABILITÉ

Conserver à une température de 15 °C à 30 °C.

FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT

Présentation

Les comprimés pms-PAROXETINE 10 mg sont offerts en comprimés jaunes, pelliculés, ovales, biconvexes et portent l'inscription "PXT" d'un côté et "1" et "0" de part et autre de la ligne sécable de l'autre côté. Disponible en flacon PEHD de 30, 100 ou 500 comprimés; et en plaquette alvéolées de 30 comprimés.

Les comprimés pms-PAROXETINE 20 mg sont offerts en comprimés roses, pelliculés, ovales, biconvexes et portent l'inscription "PXT" d'un côté et "2" et "0" de part et autre de la ligne sécable de l'autre côté. Disponible en flacon PEHD de 100 ou 500 comprimés; et en plaquette alvéolées de 30 comprimés.

Les comprimés pms-PAROXETINE 30 mg sont offerts en comprimés bleus, pelliculés, ovales, biconvexes et portent l'inscription "PXT" d'un côté et "30" de l'autre côté. Disponible en flacon PEHD de 30, 100 ou 500 comprimés.

Les comprimés pms-PAROXETINE 40 mg sont offerts en comprimés verts, pelliculés, ovales, biconvexes et portent l'inscription "PXT" d'un côté et "40" de l'autre côté. Disponible en flacon PEHD de 100 comprimés.

Composition

Les comprimés pms-PAROXETINE (chlorhydrate de paroxétine) 10 mg, 20 mg, 30 mg et 40 mg contiennent 10 mg, 20 mg, 30 mg et 40 mg de paroxétine, sous forme de chlorhydrate de paroxétine anhydre, respectivement. Les comprimés contiennent aussi les ingrédients non médicinaux suivants (par ordre alphabétique): cellulose microcristalline, croscarmellose de sodium, dioxyde de silice colloïdal, dioxyde de titane, polyéthylèneglycol et stéarate de magnésium. De plus,

Les comprimés à 10 mg contiennent aussi : hypromellose, laque d'aluminium D&C jaune n° 10, laque d'aluminium FD&C jaune n° 6, polydextrose, triacétine.

Les comprimés à 20 mg contiennent aussi : hypromellose, laque d'aluminium D&C rouge n° 30, polydextrose, triacétine.

Les comprimés à 30 mg contiennent aussi : hypromellose, laque d'aluminium FD&C bleu n° 2, polydextrose, triacétine.

Les comprimés à 40 mg contiennent aussi : alcool polyvinyle, laque d'aluminium D&C jaune n° 10, laque d'aluminium FD&C bleu n° 2, lécithine, talc.

PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES

RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES

Substance pharmaceutique

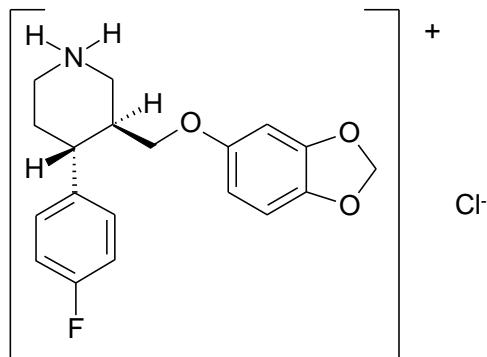
Nom propre : Chlorhydrate de paroxétine acétone solvate

Nom chimique : hémihydrate de chlorhydrate de (-)-trans-4R-(4'- fluorophényl)-3S- (3',4' méthylène-dioxyphénoxyméthyl)-pipéridine.
ou
anhydrate de chlorhydrate de (-)-trans-4R-(4'-fluorophényl)-3S-(3',4'- méthylène-dioxyphénoxyméthyl)-pipéridine

Formule moléculaire : C₁₉H₂₀NO₃F•HCl

Masse moléculaire : 365,8 (sel anhydrite) g/mol
329,4 (base libre) g/mol

Formule développée :



Propriétés physicochimiques :

Description : une poudre cristalline blanche à blanchâtre, hygroscopique

Point de fusion : de 118° à 138°C

pKa et pH :

pH: 5,5 à 7,5 (0,25g de substance et 50,0 mL d'eau)
pKa: 8,4

Mesurée dans du diméthylsulfoxyde aqueux à 50 %, le pKa aqueux est de 9,90 par rapport à la valeur calculée de 9,84.

Le pH d'une solution saturée de chlorhydrate de paroxétine est de 5,7 et celui d'une solution renfermant 2 mg/mL de chlorhydrate de paroxétine est de 6,3.

Coefficient de partage huile-eau :

Le coefficient de partage apparent du chlorhydrate de paroxétine dans un système octanol-eau (Poct/eau) est de 3,38 ($\log P = 0,53$).

Le coefficient de partage de la paroxétine base entre l'octanol et l'eau, déterminé à l'aide d'une solution de chlorhydrate de paroxétine dans de l'octanol et une solution d'hydroxyde de sodium en phase aqueuse (1M), est de 222 ($\log P = 2,35$).

Coefficient d'extinction molaire: 4031 L/mol·cm @ 293 nm

Le chlorhydrate de paroxétine est légèrement soluble dans l'eau (4,9 mg de base libre pure par millilitre). Il est soluble dans le méthanol et peu solubles dans le dichlorométhane et dans l'éthanol.

ESSAIS CLINIQUES

Études comparatives de biodisponibilité

Une étude comparative de biodisponibilité des comprimés de la paroxétine 30 mg, a été réalisée dans les conditions de jeûne et d'alimentation. Les données pharmacocinétiques et de biodisponibilité ont été mesurées chez 30 volontaires à l'état de jeûne et chez 48 volontaires à l'état nourri. Les résultats sont résumés dans les tableaux suivants :

SOMMAIRE DES DONNÉES COMPARATIVES DE BIODISPONIBILITÉ

[Administration orale d'une dose unique de 30 mg (1 comprimé) de paroxétine à l'état de jeûne]

Comprimés de pms-PAROXETINE 30 mg (Pharmascience inc., Québec, Canada)

Versus

Comprimés de PAXIL^{MD} 30 mg (GlaxoSmithKline, Mississauga, Ontario)

PARAMÈTRE	Test*	Référence [†]	Rapport des moyennes géométriques (%)	Intervalle de confiance 90%	
				Inférieure	Supérieure
ASC _T (ng·h/mL)	241,918 335,816 (71,6)	228,394 316,155 (71,8)	105,92	99,15	113,16
ASC _I (ng·h/mL)	262,540 376,372 (82,3)	249,107 358,566 (85,5)	105,39	99,18	111,99
C _{MAX} (ng/mL)	11,55 14,052 (58,0)	11,338 13,741 (55,1)	101,92	95,76	108,48
T _{MAX} [*] (h)	7,23 (15,8)	7,34 (20,9)			
T _{1/2} [*] (h)	15,15 (52,3)	15,50 (64,5)			

* pms-PAROXETINE, Pharmascience inc., Canada

† PAXIL^{MD}, GlaxoSmithKline, Canada.

^{*}Seule la moyenne arithmétique est présentée

SOMMAIRE DES DONNÉES COMPARATIVES DE BIODISPONIBILITÉ

[Administration orale d'une dose unique de 30 mg (1 comprimé) de paroxétine à l'état d'alimentation]

Comprimés de pms-PAROXETINE 30 mg (Pharmascience inc., Québec, Canada)

Versus

Comprimés de PAXIL^{MD} 30 mg (GlaxoSmithKline, Mississauga, Ontario)

PARAMÈTRE	Test*	Référence†	Rapport des moyennes géométriques (%)	Intervalle de confiance 90%	
				Inférieure	Supérieure
ASC _T (ng·h/mL)	203,207 296,157 (80,2)	197,272 292,086 (89,3)	103,01	96,00	110,52
ASC _I (ng·h/mL)	222,639 337,927 (92,0)	217,301 335,037 (101,8)	102,46	96,21	109,11
C _{MAX} (ng/mL)	9,521 11,667 (56,4)	9,787 11,955 (60,5)	97,28	90,61	104,43
T _{MAX} (h)	7,06 (27,0)	7,13 (32,2)			
T _½ (h)	14,67 (60,6)	14,85 (57,6)			

* pms-PAROXETINE, Pharmascience inc., Canada

† PAXIL^{MD}, GlaxoSmithKline, Canada.

*Seule la moyenne arithmétique est présentée

Une étude sous condition de jeûne: Une étude comparative de biodisponibilité à dose unique en double sens, en chasé croisé, a été réalisée chez des volontaires sains, non-fumeurs, de sexe masculin (n = 26) sous condition de jeûne sur les comprimés de paroxétine en utilisant les comprimés de pms-PAROXETINE 40 mg de Pharmascience inc par rapport au produit de référence, les comprimés de PAXIL^{MD} 20 mg, par GlaxoSmithKline inc. Les données pharmacocinétiques calculées pour les comprimés pms-PAROXETINE 40 mg et les comprimés PAXIL^{MD} 20 mg, sont présentées ci-dessous:

SOMMAIRE DES DONNÉES COMPARATIVES DE BIODISPONIBILITÉ

Pharmascience inc. pms-PAROXETINE

Versus

GlaxoSmithKline inc., PAXIL^{MD} (À dose de 2 x 20 mg)
Administration orale de chlorhydrate de paroxétine à jeun

De Données Mesurées

Paramètre	Test*	Référence†	Paroxétine	Intervalle de confiance (90%)
			(1 x 40 mg de Test et 2 x 20 mg de Référence)	
ASC _T (ng·h/mL)	469,80 668,42 (88,2)	446,51 647,36 (85,9)	De données mesurées	
ASC _I (ng·h/mL)	382,79 476,63 (61,3)	367,27 478,23 (68,3)	Aucune correction apportée aux puissances	
C _{max} (ng/mL)	23,75 27,59 (50,1)	22,30 26,37 (54,9)	Moyenne géométrique	
T _{max} ‡ (h)	6,00 (5,00 – 7,50)	6,50 (5,00 – 8,00)	Moyenne arithmétique (CV %)	
T _½ § (h)	13,19 (20,8)	13,45 (24,8)		

* pms-PAROXETINE

† PAXIL^{MD}, GlaxoSmithKline, Canada. Acheté au Canada.

‡ La moyenne de seulement 22 sujets car soit la ASC_{Extrap} a été plus de 20 % ou il n'a pas été possible d'estimer la demi-vie dans un degré acceptable de confiance pour 4 sujets.

§ Exprimé sous forme de médiane (intervalle)

€ Exprimé sous forme de moyenne arithmétique (CV %)

Une étude sous conditions d'alimentation: Une étude comparative de bioéquivalence à double sens, à l'insu, à dose unique, a été réalisée chez des volontaires sains, non-fumeurs, de sexe masculin (n = 25) sous conditions d'alimentation sur les comprimés de chlorhydrate de paroxétine en utilisant les comprimés de pms-PAROXETINE 40 mg de Pharmascience inc par rapport au produit de référence, les comprimés de PAXIL^{MD} 20 mg, par GlaxoSmithKline inc. Les données pharmacocinétiques calculées pour les comprimés pms-PAROXETINE 40 mg et les comprimés PAXIL^{MD} 20 mg, sont présentées ci-dessous:

SOMMAIRE DES DONNÉES COMPARATIVES DE BIODISPONIBILITÉ

Paroxétine (1 x 40 mg de Test et 2 x 20 mg de Référence, conditions d'alimentation) De données mesurées Aucune correction apportée aux puissances Moyenne géométrique Moyenne arithmétique (CV %)				
Paramètre	Test*	Référence†	Rapport des moyennes géométriques (%)	Intervalle de confiance (90 %)
ASC _T (ng·h/mL)	517,61 755,81 (77,48)	461,75 680,18 (75,80)	112,38	105,79 – 119,37
ASC _I (ng·h/mL)	448,32 622,95 (66,21)	389,59 534,91 (62,62)	113,90	106,19 – 122,18
C _{max} (ng/mL)	23,31 27,26 (43,50)	21,81 26,44 (48,16)	107,04	99,66 – 114,96
T _{max} ‡ (h)	5,50 (2,00 – 8,00)	6,50 (2,00 – 14,00)		
T _½ € (h)	15,21 (38,07)	15,13 (32,57)		

* pms-PAROXETINE

† PAXIL^{MD}, GlaxoSmithKline, Canada. Acheté au Canada.

‡ Les moyennes de 21 sujets, depuis les ASCT ont été exclues de l'analyse statistique en raison de ratio d'extrapolation ASC supérieure à 20 % pour 4 sujets

§ Exprimé sous forme de médiane (intervalle)

€ Exprimé sous forme de moyenne arithmétique (CV %)

Résultats d'études

Dépression

L'efficacité du chlorhydrate de paroxétine dans le traitement de la dépression a été établie dans six essais cliniques contrôlés par placebo d'une durée de six semaines, menés auprès de patients atteints de dépression âgés de 18 à 73 ans. Dans ces études, le chlorhydrate de paroxétine s'est avéré significativement plus efficace que le placebo dans le traitement de la dépression et ce, d'après les mesures suivantes : échelle de dépression de Hamilton (HDRS), item Humeur dépressive sur l'échelle de Hamilton et gravité de la maladie sur l'échelle CGI (Impression clinique globale).

Une étude a été réalisée chez des patients en consultation externe atteints d'un trouble dépressif majeur récurrent qui avaient répondu au chlorhydrate de paroxétine (score total HDRS < 8) pendant une première phase de traitement ouverte d'une durée de 8 semaines et qui ont ensuite été répartis au hasard de façon à poursuivre le traitement par le chlorhydrate de paroxétine ou le placebo pendant un an. Les résultats ont révélé qu'une proportion significativement plus faible de patients sous chlorhydrate de paroxétine (15 %) que de patients sous placebo (39 %) ont répondu aux critères de rechute partielle¹. Les critères d'une rechute complète² ont été satisfaits par un pourcentage significativement plus faible de patients sous chlorhydrate de paroxétine (12 %) que de patients sous placebo (28 %). L'efficacité a été semblable chez les hommes et chez les femmes.

Trouble obsessionnel-compulsif

Trois essais cliniques de 12 semaines à double insu et contrôlés par placebo ont été effectués pour déterminer l'efficacité du chlorhydrate de paroxétine dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif : deux études portant sur l'emploi de doses variables (de 20 à 60 mg/jour) et une étude portant sur l'emploi de doses fixes (20, 40 et 60 mg/jour). Les résultats de cette dernière et de l'une des études sur doses variables ont indiqué des différences statistiquement significatives en faveur du chlorhydrate de paroxétine au chapitre du changement moyen au point d'évaluation par rapport au départ sur l'échelle Yale-Brown du trouble obsessionnel-compulsif et/ou sur l'échelle du trouble obsessionnel-compulsif du *National Institute of Mental Health*. Dans l'étude portant sur l'emploi de doses fixes, la proportion de patients ayant connu une « grande ou très grande amélioration » sur l'échelle CGI (item d'amélioration) au point d'évaluation était de 15 % (13/88) dans le groupe sous placebo, de 20 % (17/85) dans le groupe recevant du chlorhydrate de paroxétine à 20 mg/jour, de 36 % (30/83) dans le groupe recevant du chlorhydrate de paroxétine à 40 mg/jour et de 37 % (31/83) dans le

¹ La rechute partielle était définie par le besoin d'un antidépresseur additionnel et la satisfaction des critères du DSM-IIIR pour un épisode de dépression majeure.

² La rechute complète était définie par le besoin d'un antidépresseur additionnel, la satisfaction des critères du DSM-IIIR pour un épisode de dépression majeure, la détérioration des symptômes dépressifs depuis au moins une semaine, l'augmentation de ≥ 2 points du score de l'item gravité de la maladie sur l'échelle CGI et un score ≥ 4 à l'item gravité de la maladie sur l'échelle CGI (au moins modérément malade).

groupe recevant du chlorhydrate de paroxétine à 60 mg/jour. Dans les deux études portant sur l'administration de doses variables, les pourcentages de répondeurs (définis selon ce même critère) étaient de 28 % (28/99) et de 25 % (19/75) avec le placebo, alors que les taux de réponse obtenus avec le chlorhydrate de paroxétine étaient de 45 % (89/198) et de 35 % (28/79) respectivement.

Trouble panique

Un essai portant sur l'emploi de doses fixes et trois essais sur des doses variables, tous contrôlés par placebo, ont été menés pendant 10 à 12 semaines pour établir l'efficacité du chlorhydrate de paroxétine dans les cas de trouble panique. L'étude portant sur les doses fixes et deux des trois études sur des doses variables ont montré des différences en faveur du chlorhydrate de paroxétine dans la fréquence des crises de panique. Dans l'étude portant sur l'emploi de doses fixes, la proportion de patients exempts de crises de panique au point d'évaluation était de 44 % (29/66) dans le groupe sous placebo, de 56 % (33/59) dans le groupe traité par le chlorhydrate de paroxétine à raison de 10 mg/jour, de 57 % (35/61) dans le groupe recevant le chlorhydrate de paroxétine à 20 mg/jour et de 76 % (47/62) dans le groupe recevant le chlorhydrate de paroxétine à 40 mg/jour.

Phobie sociale

Un essai clinique portant sur l'emploi de doses fixes et deux essais portant sur l'emploi de doses variables, tous contrôlés par placebo, ont été réalisés pendant 12 semaines pour déterminer l'efficacité du chlorhydrate de paroxétine dans le traitement de la phobie sociale. On a relevé des différences statistiquement significatives en faveur du chlorhydrate de paroxétine dans le changement moyen du score sur l'échelle de phobie sociale de Liebowitz au point d'évaluation, par rapport au score initial, et dans le pourcentage de répondeurs au traitement d'après l'échelle CGI (amélioration). Dans l'étude sur les doses fixes, la proportion de patients ayant connu une « grande ou très grande amélioration » sur l'échelle CGI (amélioration) à la 12e semaine de traitement était de 28,3 % (26/92) dans le groupe sous placebo, de 44,9 % (40/89) dans le groupe recevant 20 mg/jour, de 46,6 % (41/88) dans le groupe recevant 40 mg/jour et de 42,9 % (39/91) dans le groupe recevant 60 mg/jour. Dans les deux études portant sur l'emploi de doses variables (20 à 50 mg/jour), les pourcentages de répondeurs (définis selon ce même critère) étaient de 23,9 % (22/92) et de 32,4 % (47/145) avec le placebo, alors que les taux de réponse obtenus avec le chlorhydrate de paroxétine étaient de 54,9 % (50/91) et de 65,7 % (90/137) respectivement.

Anxiété généralisée

Les résultats de deux études multicentriques de 8 semaines contrôlées par placebo ont montré l'efficacité du chlorhydrate de paroxétine dans le traitement de l'anxiété généralisée, telle que définie dans le DSM-IV. L'une des études portait sur l'administration de doses variables (20 à 50 mg/jour) alors que l'autre portait sur de multiples doses fixes (20 ou 40 mg/jour). Dans les deux études, le chlorhydrate de paroxétine s'est avéré supérieur au placebo, de façon statistiquement significative, selon le paramètre d'évaluation primaire, c'est-à-dire le score total obtenu sur l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A), ainsi que selon plusieurs paramètres secondaires, notamment la cote obtenue aux items anxiété et tension de l'échelle HAM-A, la cote de réponse

au traitement selon l'échelle d'impression clinique globale (CGI) et le score obtenu à l'échelle d'invalidité de Sheehan. Dans une autre étude d'une durée de 8 semaines portant sur l'administration de doses variables, il n'y avait pas de différence significative entre le chlorhydrate de paroxétine (20 à 50 mg/jour) et le placebo au chapitre du paramètre d'efficacité primaire. Cependant, le chlorhydrate de paroxétine (20 à 50 mg/jour) a été plus efficace que le placebo au regard de nombreux paramètres d'évaluation secondaires.

État de stress post-traumatique

Deux études multicentriques de 12 semaines contrôlées par placebo (étude 1 et étude 2) ont démontré l'efficacité du chlorhydrate de paroxétine dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez des adultes qui répondaient aux critères du DSM-IV pour l'ESPT. Les résultats de l'étude ont été évalués à l'aide du i) score obtenu sur l'échelle d'ESPT administrée par le clinicien (CAPS-2) et de (ii) la cote à l'item Amélioration globale de l'échelle d'impression clinique globale (CGI-I). L'échelle CAPS-2 est un instrument à items multiples qui mesure les trois groupes de symptômes propres à l'ESPT : le sentiment de revivre l'événement/les souvenirs envahissants, l'évitement/l'émoussement et l'activation neurovégétative (réaction de sursaut exagérée). Les deux paramètres d'efficacité primaires pour chacune de ces études étaient i) le changement du score total sur l'échelle CAPS-2 (17 items) au point d'évaluation par rapport au départ et ii) la proportion de répondeurs selon l'item Amélioration globale de l'échelle CGI, c'est-à-dire la proportion de sujets ayant obtenu un score de 1 (très grande amélioration) ou de 2 (grande amélioration).

L'étude 1, d'une durée de 12 semaines, a comparé des doses fixes de 20 ou de 40 mg/jour de paroxétine à un placebo. D'après le score total sur l'échelle CAPS-2 et la proportion de répondeurs (échelle CGI, item Amélioration globale), l'efficacité des doses de 20 mg et de 40 mg de chlorhydrate de paroxétine a été significativement supérieure à celle du placebo.

L'étude 2, elle aussi échelonnée sur 12 semaines, a comparé des doses variables de paroxétine (20 à 50 mg une fois par jour) à un placebo. Encore ici, le chlorhydrate de paroxétine s'est avéré significativement supérieur au placebo d'après le score total sur l'échelle CAPS-2 et la proportion de répondeurs selon l'échelle CGI, item Amélioration globale.

La majorité (66 à 68 %) des participants à ces essais cliniques étaient des femmes. Les analyses de sous-groupe n'ont pas révélé de différences dans les résultats thérapeutiques liées au sexe du sujet. Le nombre de patients ayant 65 ans ou plus et le nombre de patients n'étant pas de race blanche étaient insuffisants pour mener des analyses de sous-groupe fondées sur l'âge ou la race.

PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE

Pharmacologie animale

In vitro : La paroxétine a fait preuve d'un grand pouvoir d'inhibition du recaptage de la 5-HT dans des synaptosomes hypothalamiques du rat ($K_i = 1,1$ nM), mais n'a exercé que des effets relativement faibles sur le recaptage de la noradrénaline ($K_i = 350$ nM). Les métabolites

prédominants de la paroxétine, un sulfate et un glucuroconjugué, se sont révélés pour ainsi dire inactifs comme inhibiteurs du recaptage de la 5-HT. La paroxétine a une faible affinité pour les récepteurs cholinergiques muscariniques (K_i de 89 nM pour déplacer le [3 H]quinuclidinylbenzilate). Les études sur les animaux n'ont révélé que de faibles propriétés anticholinergiques.

Les méthodes de liaison avec un radioligand appliquées au cerveau du rat, *in vitro*, ont indiqué que la paroxétine, à des concentrations inférieures à 1 mcM, avait peu d'affinité pour les récepteurs adrénnergiques α_1 , α_2 et β , pour les récepteurs dopaminergiques (D₂), pour les récepteurs 5-HT₁-analogues et 5-HT₂ et pour les récepteurs histaminergiques (H₁). Cette faible interaction avec les récepteurs postsynaptiques *in vitro* est corroborée par les études *in vivo* qui montrent l'absence de propriétés hypotensives et dépressives sur le SNC.

In vivo : Chez la souris, la paroxétine (DE_{50} = 0,4 mg/kg par voie orale) a été associée à une potentialisation forte et prolongée de l'hypermotilité provoquée par le précurseur de la 5-HT, le 5-hydroxytryptophane. Dans un modèle de souris soumises à des électrochocs, la paroxétine (DE_{50} = 0,4 mg/kg par voie orale) a également potentialisé les effets anticonvulsivants du 5-hydroxytryptophane. Chez le rat, la paroxétine (DE_{50} = 0,8 mg/kg par voie orale) a inhibé l'hypermotilité provoquée par la p-chloroamphétamine, substance qui produit une déplétion de la 5-HT stockée dans les neurones. Chez des rats conscients porteurs en permanence d'électrodes corticales implantées, la paroxétine, administrée à raison de 1 mg/kg par voie i. p., n'a provoqué pour ainsi dire aucun changement de l'EEG, selon l'analyse de l'amplitude des potentiels et de la fréquence.

Les mesures électrophysiologiques ont montré que la paroxétine augmentait la vigilance chez les animaux. Des doses de 0,32 à 18 mg/kg de paroxétine administrées par voie orale à des rats ont prolongé la période d'éveil et raccourci les périodes de sommeil lent et de sommeil paradoxal proportionnellement à la dose. À l'instar d'autres inhibiteurs sélectifs du recaptage de la 5-HT, la paroxétine, administrée à une dose de 5 mg/kg par voie i.p., provoque des symptômes d'hyperstimulation des récepteurs 5-HT chez les rats ayant préalablement reçu des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), comme la tranylcypromine ou la phénelzine, ou encore le L-tryptophane, précurseur de la 5-HT.

Les études comportementales et électroencéphalographiques indiquent que la paroxétine stimule légèrement l'activité lorsqu'elle est administrée à des doses supérieures à celles généralement nécessaires pour inhiber le recaptage de la 5-HT. Ces propriétés stimulantes ne sont pas analogues à celles de l'amphétamine. Chez des rats conditionnés à distinguer la d-amphétamine, à raison de 1 mg/kg par voie i.p., d'une solution physiologique salée, on n'a observé aucune généralisation en faveur de l'amphétamine après l'administration de paroxétine (à raison de 0,3, 1, 3 ou 10 mg/kg par voie i.p.). La paroxétine a provoqué des convulsions chez la souris à une dose létale de 300 mg/kg administrée par voie orale. À une dose de 50 mg/kg administrée par voie orale, la paroxétine a abaissé le seuil de convulsions provoquées par électrochoc, chez la souris.

D'après les études sur les animaux, la paroxétine est bien tolérée par l'appareil cardiovasculaire. Lorsqu'on a comparé les effets cardiovasculaires de la paroxétine et de l'amitriptyline chez le

lapin conscient et le chat anesthésié, il a fallu des doses intraveineuses de paroxétine à peu près deux à quatre fois supérieures (en mg/kg) à celles d'amitriptyline pour provoquer des modifications importantes de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque et des paramètres électrocardiographiques. De même, chez le chien anesthésié à l'aide de pentobarbital, l'administration par voie intraveineuse d'imipramine, d'amitriptyline et de clomipramine (à des doses de 10 mg/kg) a causé un bloc auriculoventriculaire grave et des arythmies ventriculaires, alors que des doses équivalentes de paroxétine n'ont fait qu'allonger légèrement l'intervalle PQ. En outre, de faibles doses (0,3 à 1 mg/kg) d'antidépresseurs tricycliques ont provoqué une tachycardie prononcée, alors que la paroxétine administrée à des doses atteignant 10 mg/kg n'a pas eu d'effet sur la fréquence cardiaque.

Les études réalisées chez des rats spontanément hypertendus indiquent que la paroxétine, administrée à raison de 5 mg/kg par voie IV, a beaucoup moins tendance à inhiber les effets antihypertenseurs de la guanéthidine que les antidépresseurs qui inhibent le recaptage de la noradrénaline.

La 5-HT est transportée dans les plaquettes sanguines et les neurones centraux par un mécanisme de captage et de transport actif similaire à celui qui existe dans la membrane cellulaire. Par conséquent, l'administration de paroxétine se traduit par une déplétion de 5-HT dans les plaquettes, comme c'est aussi le cas pour d'autres inhibiteurs sélectifs du recaptage de la 5-HT. Ce phénomène a été constaté après l'administration quotidienne répétée de paroxétine à des doses intrapéritonéales de 0,1, de 1 et de 10 mg/kg chez des souris et des rats, à des doses orales de 1 à 7,5 mg/kg chez des singes et à des doses orales de 10 à 50 mg chez des volontaires humains en santé. Une déplétion de 5-HT a également été constatée dans le sang entier de sujets déprimés, après l'administration de paroxétine.

Pharmacologie humaine

Des doses uniques de 30 mg de paroxétine, administrées à des volontaires sains non déprimés, n'ont pas altéré la fonction psychomotrice, mesurée par des tâches psychomotrices telles que la frappe de morse et des manipulations motrices, par l'appréciation de la perception subjective et par l'appréciation générale de l'éveil.

À des doses atteignant 40 mg par jour, la paroxétine, administrée à des sujets sains, n'a provoqué aucune modification significative sur le plan clinique de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque ou du tracé de l'ECG.

TOXICOLOGIE

On a effectué des études de toxicité générale chez le singe rhésus et le rat, deux espèces chez lesquelles la voie métabolique de la paroxétine est la même que chez les êtres humains.

Toxicité aiguë

Par rapport à la dose clinique, la DL₅₀ de la paroxétine est très élevée chez le rat et la souris (environ 350 mg/kg).

Toxicité à long terme

Les seuils de toxicité sont, chez le singe rhésus, de 4 à 10 fois et, chez le rat, de 6 à 15 fois supérieurs aux doses de l'intervalle posologique recommandé en clinique. À des doses plus élevées (40 mg/kg pendant 3 mois et 25 mg/kg pendant 12 mois), on a observé une lipidose dans plusieurs tissus du rat (poumons, ganglions lymphatiques mésentériques, épидidymes, tissus rétiniens – dans ces derniers par microscopie électronique seulement). Comme la paroxétine est une amine lipophile divisée en parties hydrophobe et hydrophile, il est possible qu'elle se dépose dans les lysosomes et entrave le catabolisme lipidique, ce qui entraînerait une accumulation de lipides dans les lysosomes. On doit cependant noter que le léger degré de lipidose constaté chez le rat s'est limité à des doses et à des taux plasmatiques bien supérieurs à ceux observés chez les êtres humains. Dans une étude clinique portant sur les inclusions cellulaires lamellaires dans les leucocytes du sang périphérique pendant un traitement au long cours, on n'a décelé aucune différence entre le placebo et la paroxétine.

Cancérogénicité

Aucun pouvoir carcinogène n'a été mis en évidence chez des rats (1, 5 et 20 mg/kg par jour) et des souris (1, 5 et 25 mg/kg par jour) traités à vie durant. Une augmentation des hépatomes malins non liée à la dose s'est produite chez les souris mâles aux doses de 1 et de 5 mg/kg par jour et, à cette dernière dose, elle a atteint le seuil de signification statistique. Il n'y a pas eu d'augmentation à la dose de 25 mg/kg par jour ni chez les femelles et la fréquence des hépatomes est restée dans les limites de celles des témoins historiques.

Études sur la reproduction et l'altération de la fertilité

Il est bien connu que la 5-hydroxytryptamine et les modulateurs de cette amine affectent la fonction reproductrice des animaux et, à des doses élevées, causent manifestement une toxicité marquée. Administrée à des doses de 15 et de 50 mg/kg, la paroxétine (sous forme de sel de chlorhydrate) a provoqué une altération de la fonction reproductrice du rat.

Chez le rat mâle, l'administration au long cours d'une dose de 50 mg/kg s'est traduite par des réactions granulomateuses dans les épидidymes, accompagnées d'atrophie et de dégénérescence des tubes séminifères. Il n'y a pas eu d'effets biologiquement significatifs sur la fécondité des rates, mais le nombre de corps jaunes était légèrement réduit et les pertes avant l'implantation légèrement accrues à la dose de 50 mg/kg, en association avec une nette toxicité maternelle.

Études de tératologie

On a mené des études sur la reproduction de rats et de lapins à des doses atteignant 42 et 5 fois la dose quotidienne maximale recommandée chez l'homme (60 mg), selon la formule mg/kg. Il

s'agit de 8,3 fois (rats) et 1,7 fois (lapins) la dose maximale recommandée chez l'homme selon la formule mg/m². Ces études n'ont révélé aucun effet tératogène ou toxique sélectif sur les embryons.

Études sur l'immunotoxicité

Selon des études spécifiques, la paroxétine ne semble pas posséder de pouvoir immunotoxique.

On a obtenu des échantillons de sérum de patients déprimés qui avaient reçu 30 mg de paroxétine par jour pendant six à douze mois, de groupes de rats faisant l'objet d'une étude de toxicité portant sur l'emploi de doses multiples et ayant reçu quotidiennement 1, 5 et 25 mg/kg de paroxétine pendant 52 semaines, de cobayes ayant reçu des applications épicutanées (locales sous pansement occlusif) de paroxétine et de lapins blancs de Nouvelle-Zélande (NZB) ayant reçu des injections parentérales (i.m. et s.c.) de paroxétine dans un adjuvant de Freund. À titre de témoins positifs, on a prélevé des échantillons de sérum de lapins NZB préalablement immunisés par injections i.m. et s.c. d'émulsions d'adjuvant de Freund contenant de la paroxétine chimiquement conjuguée avec une gammaglobuline bovine (GGB).

Le titrage immunoenzymatique (ELISA) ou le dosage radio-immunologique (DRI) n'ont mis en évidence aucune activité d'anticorps anti-paroxétine dans les échantillons de sérum provenant des patients, des rats de l'étude de toxicité, des cobayes ayant reçu des applications épicutanées de paroxétine ou des lapins traités par injections parentérales de paroxétine. On a cependant décelé des anticorps anti-paroxétine dans le sérum des lapins immunisés à l'aide d'émulsions d'adjuvant de Freund contenant de la paroxétine couplée avec la GGB, ce qui a permis de vérifier l'efficacité du système radio-immunologique employé pour déceler des anticorps dirigés contre la paroxétine.

Par ailleurs, la paroxétine n'a pas provoqué de réactions d'hypersensibilité de contact chez les cobayes à la suite de l'application épicutanée.