



Diagnostic et prise en charge de la dépression

Dr Christophe Arbus – CHU Toulouse

Les différentes situations



- Antécédents dépressifs (maladie bipolaire ou unipolaire)
- Dépression tardive (>65-70 ans)
- Dépression dans un contexte de pathologie neurodégénérative connue

Troubles cognitifs

Messages clés



- Fréquence élevée de la dépression mineure ou sub-syndromique avec impact fonctionnel et évolutif aussi sombre (Grabovich, 2010)
- Distinguer la maladie dépressive débutant à l'âge adulte...
 - Des premiers épisodes dépressifs survenant à l'âge tardif (dépression tardive, « *late life depression* », dépression vasculaire) (Alexopoulos GS, et al, 2003)
 - Dans ce dernier cas, la réponse thérapeutique est moins satisfaisante et la chronicisation fréquente. Risque d'évolution vers la démence (Alexopoulos GS, et al, 2001)
- Il ne faut pas méconnaître les tableaux sévères : mélancoliformes et/ou chroniques

Concept de dépression tardive



- Les dépressions précoces sont plus fréquemment associées à :
 - ▢ des antécédents familiaux de pathologie psychiatrique,
 - ▢ une histoire de carences relationnelles précoces et d'isolement
 - ▢ des évènements de vie stressant récents,
 - ▢ des troubles de la personnalité.
- Les dépressions tardives sont significativement associées à :
 - ▢ des troubles cognitifs,
 - ▢ des anomalies cérébrales
 - ▢ un risque plus élevé d'évolution vers une démence

Les formes sévères, chroniques et résistantes

- Le vieillissement cérébral modifie la clinique
 - La mélancolie délirante est fréquente
 - Présentation pseudo démentielle qui retarde le diagnostic
- Situation encore plus complexe en cas :
 - De maladie neurodégénérative
 - D'antécédent de maladie dépressive ou de trouble de la personnalité prémorbide
 - D'association des deux...

Les autres formes cliniques



- «Dépression masquée » :
 - Somatisation
 - Hypochondrie
 - Hostile : troubles du caractère et comportement
 - Conative avec apathie
 - Anxieuse
- Révéler le noyau dépressif +++
- Le risque est la chronicisation +++

Caractéristiques cliniques en faveur d'une démente

- Apathie et troubles de la motivation, désintérêt, manque d'énergie
- Absence d'antécédent
- Absence des signes typiques de l'EDM:
 - ▢ Tristesse
 - ▢ Troubles de l'appétit
 - ▢ Culpabilité
 - ▢ Idées de suicide

Berger, Neurology, 1999

Quelles sont les modalités thérapeutiques?



Recommandations AFSAPS



- AD indiqués dans les épisodes dépressifs majeurs
- Il est recommandé de ne pas traiter par un AD
 - Les symptômes dépressifs ne correspondant pas aux EDM, c'est-à-dire caractérisés, à savoir :
 - Les épisodes dépressifs caractérisés mais d'intensité légère, sauf en cas d'échec des autres stratégies
- Les antidépresseurs n'ont pas d'indication dans le trouble dysthymique, le trouble cyclothymique et le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive.

Généralités

- L'approche médicamenteuse reste toujours indispensable dans l'EDM
- De façon consensuelle, dans la plupart des cas de dépression du sujet âgé, les IRS et les IRSNa sont indiqués en première intention

Essais contrôlés

- Malgré la prévalence élevée, malgré l'enjeu économique → peu d'essais thérapeutiques spécifiques
- **Pourquoi ?**
 - **Raisons cliniques** □ **population + hétérogène** :
 - ▢ Comorbidités psychiatriques et somatiques ++
 - ▢ Risque suicidaire + élevé (TS chez le SA → 10% de décès)
 - ▢ Altérations cognitives
 - **Efficacité** :
 - ▢ Délai d'action + long
 - ▢ Au moins 50% des sujets âgés déprimés ne répondent pas au traitement AD de 1ère intention, même prescrit de façon optimale
 - ▢ Réponse partielle aux antidépresseurs = enjeu thérapeutique

Conduite du traitement

(Baldwin, 2004)

- Start low, go slow mais atteindre de bonnes posologies
- Savoir attendre, poursuivre longtemps
- Soutien psychothérapeutique
- Unités Mobiles de Psychiatrie du Sujet Âgé
- Télémédecine
- Mesures non pharmacologiques ?