

c **CAT devant une dépression majeure**

I. **Introduction, épidémiologie**

Les états dépressifs font partie des troubles de l'humeur.

La dépression est une des maladies les plus répandues et les plus invalidantes dans le monde, avec plus de 100 millions de personnes atteintes chaque année. Elle peut survenir à tout âge, du jeune enfant à la personne âgée.

Les femmes sont 2 fois plus touchées que les hommes.

La dépression constitue un enjeu majeur de santé publique, les patients déprimés ont un risque suicidaire multiplié par 30 par rapport à la population générale.

Le suivi des patients qui souffrent de dépression sévère montre que 15% décèdent par suicide.

II. **Intérêt de la question**

La dépression est une affection grave à cause du risque suicidaire très important.

Face à un état dépressif, le clinicien doit avoir à l'esprit 2 préoccupations:

- Évaluer l'intensité, la gravité et surtout le risque suicidaire
- Traiter et prévenir la récurrence et la rechute

III. Définition :

Etymologiquement le mot dépression vient du latin « déprimere » signifiant exercer une pression de haut en bas

- Le terme d'état dépressif traduit un ensemble de symptômes de durée et d'intensité **suffisante pour être source de souffrance et d'handicap pour le patient**

-

III. **Tableau clinique**

La sémiologie d'un syndrome dépressif franc est caractérisée par une triade symptomatique associant: une humeur dépressive, un ralentissement psychomoteur et des signes somatiques associés.

A. **Humeur dépressive**

Faite de:

- **Douleur morale:** il s'agit avant tout d'un sentiment de tristesse pathologique par son intensité, sa persistance et de la souffrance qu'il occasionne.

Cette douleur morale se traduit dans le comportement, la voix, la mimique, et les pleurs fréquents.

- **Perte de l'estime de soi** se traduit par des sentiments d'échec, d'infériorité, de dévalorisation, voire d'inutilité et d'incurabilité.

- **Vision péjorative du monde et de l'avenir**, patient découragé, pessimiste

B. **Ralentissement psychomoteur**

Symptôme central de la dépression, on le constate dans la gestuelle, la démarche, la mimique, l'initiative et la fluidité idéique.

La mimique est souvent pauvre, les gestes sont rares, l'idéation est ralentie, au maximum le cours idéique s'interrompt.

La bradypsychie va le plus souvent de pair avec l'inertie motrice (bradykinésie) et l'aboulie (perte de l'initiative motrice).

C. **Signes somatiques associés**

Les plaintes somatiques sont fréquentes, constituant parfois le seul motif de consultation.

Les principaux signes somatiques de dépression sont:

1. Troubles de l'appétit

L'anorexie est très fréquente avec dégoût des aliments, sensation d'oppression dans la gorge.

Cette anorexie s'accompagne d'une perte de poids dont l'importance signe la gravité.

Parfois, à l'inverse, on retrouve une hyperphagie avec prise de poids. Cette hyperphagie est en général concomitante d'un fond anxieux.

2. Troubles du sommeil

- Insomnie d'endormissement avec ruminations anxieuses et tension neuromusculaire rendant le repos impossible.

- Insomnie intermittente avec un sommeil entrecoupé de réveils multiples.

- Insomnie terminale qui est très évocatrice d'un trouble dépressif. Ce réveil est classiquement douloureux et à haut risque de passage à l'acte suicidaire.

Dans certains cas, le patient trouve refuge dans un sommeil avec hypersomnie qui peut s'accompagner d'une somnolence diurne.

3. Troubles de la libido

Baisse de la libido, impuissance, frigidité ..

D. Autres manifestations

1. Troubles cognitifs

Il s'agit de trouble de la mémoire, de la concentration, de trouble de l'attention et d'une perte des capacités d'anticipation.

2. Conduites suicidaires

Les idées suicidaires doivent toujours être recherchées, elles peuvent ne pas être exprimées clairement ou être dissimulées par culpabilité.

Si elles sont présentes, il est nécessaire de demander au sujet son projet (la méthode, l'horaire et les outils).

E. Évaluation psychomotrice

- HDRS: échelle de dépression de Hamilton, avec 3 versions (17, 23 et 26 items)
- **MADRS**: échelle d'évaluation de Montgomery et Asberg
 - Constituée de **10 items gradués de 0 à 6**, elle étudie les changements dans l'intensité de la dépression.

IV. Critères diagnostiques DSM-V

- A. Au moins **cinq** des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de **2 semaines** et représentent un **changement par rapport au fonctionnement antérieur** ; au moins un des symptômes est soit (1) une **humeur dépressive**, soit (2) **une perte d'intérêt ou de plaisir**.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne ou observée par les autres.

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours.

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (excédant 5 % en un mois) diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être

délirante) presque tous les jours.

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours

9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une **détresse** cliniquement significative ou une **altération du fonctionnement** social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

****Une fois le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé posé, il faut préciser son niveau de sévérité:**

- **Léger** : Peu, ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; la gravité des symptômes est à l'origine d'un sentiment de détresse mais qui reste gérable, et les symptômes sont à l'origine d'une altération mineure du fonctionnement social ou professionnel.

- **Moyen** : Le nombre et la gravité des symptômes et/ou de l'altération du fonctionnement sont compris entre « léger » et « grave ».

- **Grave** : Le nombre de symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic ; la gravité des symptômes est à l'origine d'une souffrance importante et ingérable et les symptômes perturbent nettement le fonctionnement social ou professionnel.

V. Formes nosographiques

A. Dépressions primaires

Ce sont des maladies dépressives appelées dépressions majeures ou mélancolique.

Ce sont des dépressions **endogènes**: formes bipolaires (alternant avec des épisodes maniaques, hypomaniaques ou mixtes), ou formes unipolaires (trouble dépressif majeur récurrent).

→ L'accès mélancolique: la forme la plus complète et la plus grave des états dépressifs. Dans le DSM-V, l'épisode dépressif majeur peut avoir une caractéristique mélancolique.

→ Les formes cliniques:

- **Formes délirantes**: délire de culpabilité, de possession, de damnation.
- **Formes stuporeuses**: stupeur et mutisme masquent une activité idéique centrée sur des thèmes d'incapacité, d'incurabilité et une douleur morale intense.
- **Formes hypocondriaques**: délire de négation d'organe (syndrome de Cotard)
- **Formes atypiques**: évoquant un diagnostic de schizophrénie (adolescent, adulte jeune)
- **Dépression masquée**: signes physiques au premier plan.

B. Dépressions secondaires

- Dépression et comorbidités psychopathologiques et addictives.
- Dépression iatrogène survenant au cours d'une pathologie organique.

VI. Diagnostic différentiel

Nécessite un examen clinique minutieux et un bilan biologique afin de déceler une éventuelle pathologie organique dont la symptomatologie dépressive occupe le devant (**hypothyroïdie, hypercorticisme, tumeurs frontales ..**)

VII. Évolution

L'évolution spontanée des épisodes dépressifs non traités dure en moyenne 6 mois, parfois beaucoup plus longtemps.

L'évolution des dépressions traitées efficacement par AD se fait vers une disparition des symptômes en 6 à 8 semaines pour 60-70% des patients.

Les récurrences dépressives surviennent après 80% des épisodes non traités.

La chronicité survient dans 15 à 20% des cas.

Non traités, les épisodes dépressifs augmentent la mortalité par suicide et la morbidité médicale. Ils ont un retentissement socioprofessionnel important.

VIII. Prise en charge

A. But

Réduire au maximum la durée de l'accès et de la souffrance qu'il induit, notamment le risque suicidaire.

B. Hospitalisation

Impérative devant:

- Tout état dépressif majeur sévère
- Tout état dépressif comportant un risque suicidaire
- Le mauvais état général
- L'importance de l'anxiété
- L'isolement social et l'existence de situation conflictuelle familiale et sociale
- Aggravation du tableau clinique malgré une thérapeutique bien conduite

C. Traitement médicamenteux: antidépresseurs

- Tricycliques: Anafranil (Clomipramine)
- ISRS: Déroxat (Paroxétine), Prozac (Fluoxétine), Séropram (Citalopram), Zoloft (Sertraline)
- IRSNA: Ixel (Milnacipram), Effexor (Venlafaxine)

AD sédatifs

- Tricycliques: Laroxyl (Amitriptyline), Surmontil (Trimipramine)

La voie orale est la plus fréquemment utilisée. Toutefois, la voie IM ou IVL peut être utilisée dans certains cas, notamment de dépression sévère.

Cas de la Clomipramine (Anafranil): en augmentant progressivement les doses par palier de 2-3 jours, de 25mg, dans 250cc de SG.

Après 10-15 jours de traitement, passer à la voie perOs en doublant la dernière dose IV

(100mg IV ⇒ 200mg per Os)

Le risque de **sd. de levée d'inhibition** est lié à l'amélioration du ralentissement psychomoteur alors que l'humeur reste dépressive (j7 à j10-20): c'est une période à risque de passage à l'acte suicidaire (où l'on peut prescrire un NLP sédatif type Nozinan

..) **Traitements associés**

Les anxiolytiques et hypnotiques (BZD, NLP sédatifs, antihistaminiques) peuvent être co-prescrits avec les AD en début de traitement pour traiter l'anxiété, les troubles du sommeil avant qu'il ne soient améliorés par les AD pour **prévenir le sd. levée d'inhibition**. Ils devront être interrompus progressivement dès que possible.

Durée du traitement

Pour un premier épisode, la durée minimale de traitement est d'**un an**.

En cas d'épisodes récurrents, elle sera d'autant plus longue que les épisodes sont nombreux, sévères et rapprochés.

D. Autres traitements médicamenteux: thymorégulateurs

Dans la prévention des rechutes dans les formes bipolaires des troubles de l'humeur.

E. Sismothérapie

F. Psychothérapies

G. Autres thérapies biologiques:

1. RTMS

Consiste à stimuler la région préfrontale dont l'activité est diminuée lors de la dépression.

2. Stimulation du nerf vague

Technique relativement invasive qui requiert la pose d'un générateur électrique sous la peau de la région gauche du thorax. Une électrode connecte le dispositif au nerf vague dans le cou.

3. Luminothérapie