

Troubles dépressifs

Plan du cours

I- INTRODUCTION

II- EPIDEMIOLOGIE

III- SEMIOLOGIE DE LA DEPRESSION

IV- FORMES CLINIQUES

V- DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

VI- COMORBIDITES

VII- PRONOSTIC ET EVOLUTION

VIII ETIOPATHOGENIE

IX- TRAITEMENTS

X- CONCLUSION

Troubles dépressifs

I-INTRODUCTION :

Les troubles dépressifs sont fréquemment rencontrés, tant en psychiatrie qu'en médecine générale ou dans les autres spécialités médico-chirurgicales. Ils sont souvent méconnus ou incorrectement traités. Pourtant, ils retentissent négativement sur le fonctionnement socio-familial et professionnel, augmentent le risque de morbidité somatique et comportent un risque vital, représenté par les conduites suicidaires.

Ils représentent le trouble de l'humeur le plus fréquent, et surviennent soit isolés soit accompagnant divers troubles somatiques et psychiatriques. L'épisode dépressif majeure est un trouble fréquent affectant l'humeur, le comportement, les cognitions, et dont l'évolution peut être grave (suicide).

La dépression représente la pathologie la plus fréquente des affections psychiatriques.

Elle occupe le 3ème rang des maladies invalidantes, elle peut être un symptôme, un syndrome ou une maladie.

Le diagnostic d'état dépressif est parfois facile, lorsque la thymie est franchement affaissée, parfois le diagnostic est particulièrement difficile lorsque les manifestations dépressives sont discrètes.

II- EPIDEMIOLOGIE :

L'OMS recense plus de 100 millions de cas de dépression dans le monde chaque année.

La prévalence du trouble sur une vie entière varie entre 20 et 30 % en fonction des critères diagnostiques retenues.

La dépression est deux fois plus fréquente chez la femme. Le *Sex -ratio* : 2 F/1 H. Cette différence disparaît après 55 ans. Les raisons exactes de ce phénomène sont encore mal connues : influences hormonales, facteurs sociaux ou plus grande vulnérabilité.

Sa prévalence annuelle est de 5 % pour la dépression unipolaire ; le risque dépressif sur vie entière est de 15 à 20 % ; le risque suicidaire x 30 et 15 % EDM sévères décèdent par suicide

III SEMIOLOGIE DE LA DEPRESSION

1-Humeur dépressive

La tristesse constante : se manifeste fréquemment par des pleurs, qui dépassent les capacités de contrôle du sujet.

vécu pessimiste, avec représentation péjorative du passé, du présent et du futur, (+) désir ou idées de mort.

Sentiments d'incapacité, de dévalorisation de soi et d'infériorité, voire de culpabilité, d'indignité et d'incurabilité.

Inertie (ou anesthésie) affective : conscience pénible de ne plus pouvoir ressentir des sentiments adéquats, envers ses proches, ni du plaisir lors des situations, qui étaient auparavant agréables. Se traduit aussi par un dégoût de la plupart des activités, même celles qui étaient les plus appréciées auparavant.

2-Inhibition psychomotrice : ralentissement global, qui touche les côtés :

a-Moteur

- des gestes : qui sont lents, rares, retardés, de faible amplitude
- de la mimique : qui est figée, avec parfois un oméga mélancolique au front
- des paroles : qui sont rares, à débit lent (bradyphémie), à basse tonalité, à voix monotone

b-Psychique

- de la pensée : appauvrissement de la disponibilité et de la mobilité idéique, incapacité à penser de façon claire et efficace,
- de la mémoire,
- de l'attention et de la concentration, avec diminution du rendement intellectuel.

c-Fatigue et fatigabilité

Les gestes simples de la vie quotidienne deviennent pénibles, demandant un effort considérable.

3-Symptômes associés

a- Baisse des fonctions instinctuelles

- **insomnie** : typiquement de la fin de la nuit, avec appréhension du commencement d'une nouvelle journée, pleine de souffrance et de malheur.
- **anorexie**, (+) amaigrissement.
- **baisse de la libido**, avec impuissance sexuelle chez l'homme et frigidité chez la femme.

b-Anxiété

Incapacité à se détendre, avec état de tension intérieure. C'est un signe très fréquent et qui constitue un facteur de risque suicidaire.

c-Trouble du caractère et du comportement

Irritabilité, impulsivité, intolérance,

d-Troubles somatiques

Hypo TA, bradycardie, constipation, algies d'allure hypocondriaque, etc

IV- FORMES CLINIQUES

A-Formes symptomatiques

1-Dépression simple :

La symptomatologie se réduit parfois à une seule des dimensions fondamentales de l'accès dépressif : le trouble est alors essentiellement ou exclusivement thymique, cognitif, psychomoteur. Ces formes de mélancolie atténuée sont certainement favorisées par la chimiothérapie.

2-Dépression anxieuses (agitées) :

Est souvent agitée. Les crises d'angoisse les plus vives avec la certitude d'un danger vital à la fois attendu et redouté viennent ponctuer et exacerber une anxiété permanente, oppressante, invalidante. Il existe un important risque de raptus suicidaire.

Le risque suicidaire est majeur, du fait de l'absence de l'inhibition psychomotrice, qui protège habituellement le déprimé de ses vellétés suicidaires.

3-Dépression souriante :

Alors que la souffrance thymique est souvent vive, elle est déniée, banalisée par des patients qui, adynamiques, improductifs et inefficaces, en retrait, timorés et inquiets qu'on s'intéresse à eux, ne demandent qu'à être transparents dans le respect de leur présence-absence. La dépression informulable doit être reconnue car la potentialité suicidaire est importante.

4-Dépression stuporeuses (inhibées) :

L'inhibition psychomotrice y est à son degré majeur. Le malade immobile, mutique, ne répond à aucune sollicitation. Il refuse de s'alimenter, réclame seulement qu'on l'abandonne à son sort donc à son expectative douloureuse.

5-Dépression délirantes (psychotiques) :

- Peuvent s'accompagner d'hallucination.
- Idées délirantes plus ou moins riches :
- certaines sont congruentes à l'humeur (dites catathymiques) : ce sont les idées de culpabilité, d'indignité, d'incurabilité, de ruine, induisant tout un système de remords et de reproches, d'attente de sanction sociale ou de châtement divin.
- *les idées de persécution* sont non congruentes à l'humeur.

6-Dépression confuses (pseudo-démentielles) :

Fréquentes chez le sujet âgé et doivent faire penser à une cause organique.

7-Dépression masquée :

La symptomatologie dépressive est reléguée au second plan, par des plaintes somatiques ou psychiques. Le caractère saisonnier de ces troubles, leur prédominance matinale, leur résistance aux thérapies habituellement efficaces et leur réponse aux antidépresseurs, confirment le diagnostic. Il s'agit de troubles du sommeil résistants aux hypnotiques, d'asthénie que ne soulage aucun repos, les lombalgies sont les plus fréquentes et viennent seules argumenter la souffrance du patient. Il s'agit parfois de troubles digestifs, urinaires, ou sexuels.

8-Etats mixtes :

Dans lesquels coexistent des symptômes maniaques et dépressifs. Ils sont souvent méconnus, pris pour des schizophrénies.

B-Formes selon l'âge

1-Chez l'enfant :

La dépression se manifeste le plus souvent par des troubles du caractère et du comportement, par des symptômes névrotiques ou par un fléchissement scolaire l'humeur dépressive peut être remplacée chez l'enfant par une irritabilité et il peut y avoir une augmentation de poids au lieu d'une perte. Les dépressions les plus sévères, chez l'enfant, ont des symptômes tels que plaintes somatiques, retrait social, apathie, agitation, mésestime de soi, voire hallucinations.

2-Chez l'adolescent :

Actuellement, la dépression de l'adolescent est considérée comme un trouble sévère avec retentissement négatif sur la scolarité, les relations familiales ou amicales, associé à un risque accru de toxicomanie, de tentative de suicide et de récurrence dépressive. Du point de vue clinique, la dépression chez l'adolescent se rapproche de l'épisode dépressif majeur de l'adulte.

3-Chez le sujet âgé :

La dépression prend souvent une allure hypocondriaque ou démentielle. Elle peut annoncer le début d'une démence.

4-Chez la femme enceinte ou en post partum :

La dépression est particulièrement fréquente, surtout en post partum, réalisant le classique « post partum blue », contemporain de la montée laiteuse.

a-post-partum blues :

Il s'agit d'une dysphorie transitoire qui apparaît chez 50 % des accouchées entre le 3^e et le 5^e jour et disparaît en quelques jours avec restitution ad integrum.

b-Dépression de post-partum précoce typique :

Il survient dans le premier mois du post-partum, souvent vers la 3^e semaine.

c-Dépression du post-partum, retardée atypique : Elle touche environ 10 % des accouchées et survient entre les 2^e et 12^e mois du post-partum.

C-Formes selon la durée

1-Dépression récurrente brève :

Réalise des états dépressifs récurrents, sévères, d'installation brutale et de courte durée (< à 15 jours)

2-Dysthymie (ou névrose dépressive) :

Etat dépressif mineur, subaigu, de durée > à 2 ans. C'est une personnalité névrotique, qui se caractérise par la tendance à être la plupart du temps déprimé de manière peu intense, mais chronique.

3-Dépression saisonnière :

Fréquente dans les pays peu ensoleillés et survient généralement à l'automne ou l'hiver. Elle est plus fréquente chez la femme et est sensible à la photothérapie.

D-Formes étiologiques

1-Dépression primaire :

Pas d'ATCD psychiatriques, à part des troubles de l'humeur.

2-Dépression endogène (= *mélancolique, psychotique*) :

Évolue dans le cadre d'une MMD (maladie maniaco-dépressive, appelée aussi PMD : psychose maniaco-dépressive), qui peut être :

- unipolaire : il n'y a eu que des accès dépressifs.
- bipolaire : il y a eu au moins un accès maniaque (même sans aucun accès dépressif).

3-Dépression exogène (psychogène) :

Survient en réaction à une agression extérieure. Peut-être :

- Névrotique : en rapport avec une personnalité fragile, supportant mal les frustrations et trouvant du mal à s'adapter avec son environnement.
- Réactionnelle : survenant suite à des événements pénibles et traumatisants
- D'épuisement : survenant après un effort mental ou physique, qui dure trop longtemps.

4- Dépression secondaire :

Survenant chez un sujet ayant des ATCD autres que dysthymiques, pouvant être :

- Pathologie organique (hormonale, infectieuse, neurologique,...). D'où la nécessité de rechercher systématiquement une étiologie organique devant toute dépression.
- Pathologie psychiatrique (névrose, psychose, alcoolisme, toxicomanie,...).
- Pathologie iatrogène (prise ou sevrage de certains médicaments).

5-Dépression résistante :

Après l'échec confirmé d'au moins 2 traitements différents dont un imipraminique pendant 4 à 6 semaines à posologie adéquates avec une observance satisfaisante.

V DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Il est nécessaire de discuter des autres troubles de l'humeur, des psychoses chroniques (si présence de symptômes psychotiques associés) et de rechercher une cause non psychiatrique, iatrogène ou toxique.

- Troubles de l'humeur : troubles bipolaires type I, II ou trouble cyclothymique
- Psychoses chroniques : trouble schizoaffectif, schizophrénie, psychoses chroniques non dissociative
- Pathologies médicales générales :
 - causes neurologiques (maladie de Parkinson, SEP, démences, lésions cérébrales...)
 - causes endocriniennes (hypothyroïdie, hypercorticisme...)
 - causes générales (maladies de systèmes, infectieuses...)
 - Causes iatrogènes ou toxiques :
 - Iatrogène : corticoïdes, interféron, bêtabloquants, L-Dopa
 - Toxiques : alcool, cannabis, cocaïne...

Ces 2 derniers groupes de diagnostics différentiels correspondront aux troubles dépressifs induits par une substance ou un médicament et aux troubles dépressifs dus à une autre affection médicale.

En conséquence, un bilan médical général complet (et pré-thérapeutique) devra être réalisé lors d'un épisode dépressif caractérisé :

- Examen clinique complet (avec PA, FC, FR, T°, IMC)
- Bilan biologique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie à jeun, créatinémie, bilan hépatique (ggt, ASAT, ALAT), TSHus, BHCG (si femme en âge de procréer)
- Recherche de toxiques (selon le contexte)
- TDM cérébrale avec injection de produit de contraste voir IRM cérébrale (si pas d'antériorité)
- ECG
- EEG

VI COMORBIDITES

Les comorbidités sont fréquentes dans le trouble dépressif.

- **Comorbidités anxieuses (50 à 70%)** : troubles anxieux tel que le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxieux généralisé, le trouble obsessionnel compulsif, la phobie sociale ou l'état de stress post-traumatique.
- **Comorbidités addictives (30%)** : les abus d'alcool, l'alcoolodépendance et dans une moindre mesure les consommations de toxiques (cannabis, cocaïne...)
- **Le trouble schizophrénique** : dans le cas d'un épisode dépressif post-psychotique dans les suites d'un épisode de décompensation psychotique aigu (même s'il est parfois difficile de le distinguer avec un trouble schizoaffectif).
- **Les troubles de conduites alimentaires** : anorexie mentale, boulimie
- Les troubles du contrôle des impulsions
- **Les troubles de la personnalité**
- **Comorbidités non psychiatriques** (pathologies endocriniennes, maladies inflammatoires chroniques, pathologies tumorales, maladies neuro-dégénératives,...)

VII PRONOSTIC ET EVOLUTION

L'évolution du trouble dépressif caractérisé est variable :

- un seul épisode dépressif caractérisé sur la vie
- récurrence d'épisodes dépressifs caractérisés avec une fréquence variable
- rémissions partielles entre les épisodes
- chronicisation (évolution de l'épisode supérieure à 2 ans)
- résistance (échec à deux traitements antidépresseurs bien conduits en termes de posologie et de durée).

Les complications sont représentées par le risque de suicide, de désinsertion socioprofessionnelle, de récurrences dépressives et de comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques.

Les facteurs de mauvais pronostics, prédictifs de rechutes dépressives sont :

- le sexe féminin
- une histoire familiale de trouble de l'humeur
- un âge de début précoce
- le nombre d'épisodes passés
- une durée plus longue de l'épisode index
- persistance de symptômes résiduels dépressifs
- présence d'une comorbidité psychiatrique ou non-psychiatrique

VIII ETIOPATHOGENIE

A - APPROCHE BIOLOGIQUE

La plupart des théories biochimiques actuelles s'appuient sur la découverte des modifications du SNC induites par les antidépresseurs.

1-théorie mono-aminergique (MA) :

Théorie quantitative :

L'une des 1ères hypothèses avancées a été celle d'un déficit absolu ou relatif en MA.

En effet :

- les ADP tricycliques et ISRS par inhibition de la recapture de la NA et de la sérotonine,
- et les IMAO, par inhibition de la dégradation des 3 MA entraînent une augmentation des neurotransmetteurs au niveau de la fente synaptique.

Théorie membranaire des mono-amines :

Cette théorie rend compte du délai d'action des ADP.

Il est démontré que tous les ADP (y compris la sismothérapie mais plus rapidement) entraînent une désensibilisation des récepteurs post-synaptiques (↓ nbre) B-adrénergiques et sérotoninergiques vers le 10^e jour, date du début de l'effet clinique.

La dépression serait donc due à un déficit en noradrénaline et sérotonine secondaire à une hypersensibilité (↑ nbre) B-adrénergiques qui freinerait par feed-back la synthèse et la libération présynaptiques des MA.

Cette théorie du dysfonctionnement de la sensibilité des récepteurs aurait une détermination génétique.

2-les explorations neuro-endocriniennes :

Les principales investigations ont concerné : *l'axe HT-HP-surrénalien*

Dans plus de la moitié des dépressions endogènes, on observe :

- augmentation du cortisol plasmatique
- altération du rythme circadien du cortisol et de l'ACTH
- absence de freinage de la cortisolémie après administration de la dexaméthasone.

B - APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Dans son ouvrage "*Deuil et mélancolie*" (1917) Freud individualise 3 étapes pour la détermination de l'accès mélancolique :

- l'étape initiale est représentée par l'existence d'une **ambivalence** ancienne pour l'objet d'amour.
- l'étape suivante est représentée par la **perte** de cet objet d'amour narcissiquement indispensable au sujet. L'abandon actuel réactive les situations d'abandon et de carences anciennes et libère l'agressivité contre l'objet d'amour perdu.
- La dernière étape concerne le **destin** de cette libido et du sentiment agressif. L'objet n'étant plus présent, la haine va se retourner contre le moi du sujet.

L'auto-accusation, la perte de l'estime de soi relèvent de ce mécanisme (clivage). Cette haine peut aller jusqu'au désir de mort.

C - APPROCHE COGNITIVE

D'après la théorie de Beck (1974), un certain nombre de distorsions cognitives façonnées précocement dans la vie du patient caractérisent la pensée du déprimé.

Ces distorsions cognitives sont des pensées dépressogènes stables et inconscientes, qui une fois activées par des événements électifs, colorent l'ensemble du vécu du patient dans un sens négatif.

Ce schéma concerne surtout les dépressions dites exogènes qui seraient déclenchées par la perte d'un objet important (mort d'un être cher, rupture sentimentale, perte de travail,...).

Par la suite, les structures cognitives négatives du patient l'orientent vers une attribution interne de la cause de la perte (culpabilité). La tendance à la globalisation l'amène à exagérer l'importance de cette perte dans sa vie. Après une certaine période d'évolution, il pense qu'il ne faut rien faire pour améliorer son état (stabilité).

D - APPROCHE SOCIO-ENVIRONNEMENTALE

Cette théorie renvoie au concept de réaction.

Tout événement "life event", toute modification des rapports du sujet avec son environnement (affectif, matériel) est suivi d'effets psychologiques et peut aboutir soit à une bonne adaptation, soit à une mauvaise adaptation (souffrance).

IX TRAITEMENTS :

1-Médicamenteux :

Les tricycliques :

Ce sont les premiers antidépresseurs apparus sur le marché, à partir d'un antituberculeux. Citons pour information le LAROXYL, L'ANAFRANIL, le TOFRANIL et un tétracyclique très dopaminergique, le LUDIOMIL. Ces produits sont actifs car noradrénergiques, dopaminergiques et sérotoninergiques. Cette dernière action est responsable d'une action antidouleur. L'action atropinique de ces produits constitue l'obstacle thérapeutique principal. Le seuil épiléptogène est abaissé, il existe un risque

confusio-gène important, surtout chez le sujet âgé, ajoutons une constipation, une sécheresse de bouche, des troubles cardiaques (le risque vital est nettement engagé en cas de TDS). La plupart des antidépresseurs aggravent les diabètes sucrés. Leurs effets cardiovasculaires adrénolytiques (HTA, impuissance et troubles du rythme) incitent à la prudence, un ECG est le bienvenu avant le traitement. Ils peuvent entraîner enfin des tremblements, une prise de poids, des hépatites, des atteintes cutanées...

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine :

Le premier d'entre eux fut le FLOXYFRAL, suivi du PROZAC, DEROXAT, ZOLOFT, DIVARIUS, SEROPRAM, SEROPLEX et ZOLOFT.

Les effets indésirables les plus fréquents sont les nausées, les céphalées, des vertiges, des diarrhées ou des constipations, une hypersudation, parfois des tremblements, plus rarement de réels syndromes extrapyramidaux. De manière exceptionnelle on note des hyponatrémies ou des hémorragies. Les syndromes sérotoninergiques ont d'abord été décrits avec cette classe.

Mais ces problèmes restent rares, la surveillance en est donc simplifiée.

Il existe de manière constante mais variable entre les produits une baisse de la libido et des interactions hépatiques susceptibles de modifier l'action d'autres produits, à visée psychique (lithium) ou somatique (pilule).

Ceci dit ils sont mieux tolérés que les précédentes et volontiers prescrits en première intention.

Les Produits noradrénergiques et sérotoninergiques (NASA) :

La dernière classe arrivée sur le marché :

L'EFFEXOR (proche des tricycliques mais avec moins d'effets indésirables aux doses usuelles), le NORSET (en fait un peu à part du fait d'un mode d'action original, proche de l'ATHYMIL, un peu moins sédatif, avec quelques prises de poids comme pour la plupart des antidépresseurs, une somnolence, plus rarement des troubles hépatiques, hématologiques, une sécheresse buccale, des œdèmes, une bradycardie)

L'Ixel (très stimulant, on l'a vu, aux effets indésirables rares, vertiges, dysurie, bouffées de chaleur, anxiété ou plus rarement encore un syndrome sérotoninergique, nausées, constipation, tremblements, palpitations, céphalées, prurit)

Le CYMBALTA, encore dans les cartons.

Ces produits sont un compromis entre les ISRS classiques et les tricycliques, ils sont en passe d'emporter le marché.

2- Sismothérapies :

Les indications se limitent aux dépressions majeures résistantes au traitement ou en cas d'impossibilité de proposer un traitement (femmes enceintes, personnes âgées, etc...).

Il s'agit des classiques électrochocs, un courant d'intensité variable passe durant quelques ms entre deux électrodes céphaliques. Les chocs unilatéraux semblent moins intéressants. Les séances ont lieu sous curare (ce qui entraîne une décontraction musculaire et évite les classiques luxations articulaires lors des contorsions épileptiques) et sous anesthésie générale, à raison en général de trois fois par semaine. Une dizaine de séances est nécessaire, l'effet se fait sentir au bout de trois ou quatre chocs.

Le choc électrique entraîne une crise comitiale, la qualité électrique de celle-ci conditionne les résultats. Les seuls traitements à proscrire en cas de chocs sont donc les antiépileptiques, benzodiazépines en particulier. On peut donc poursuivre les antidépresseurs, y compris ceux qui abaissent le seuil épileptogène. Quant aux contre-indications classiques, en dehors de celles qui sont dictées par l'anesthésie générale, il s'agit des malformations vasculaires intracérébrales et des antécédents d'état de mal.

3 - Psychothérapies :

Toutes les études tentant de rendre compte de l'efficacité des traitements et comparant celles-ci entre elles objectivent une supériorité nette à l'association psychothérapie et traitements médicamenteux.

Le choix est le plus souvent affaire de possibilité locale, des moyens du patient (aussi bien sur le plan cognitif que financier) ou du désir de tiers (la famille, l'équipe, ...). Nombre de ces thérapies, en particulier comportementales insistent sur la compliance aux traitements et l'entraînement aux habiletés sociales.

X CONCLUSION :

Les troubles dépressifs sont des affections fréquentes en médecine générale et en psychiatrie, un traitement bien conduit doit diminuer les facteurs de résistance.

Malheureusement c'est un domaine encore trop souvent mal connu ou devrait s'exercer une meilleure collaboration entre psychiatre et généraliste grâce à laquelle leurs préventions et leurs pronostics devrait notablement s'améliorer.