La dépression du sujet âgé

Dr Michel Verboogen

Epidémiologie

- Les taux de prévalence de la dépression de la PA varient beaucoup d'une étude à l'autre. Selon les études, les symptômes de dépression touchent entre 8% et 16% de la population des PA.
- Cette prévalence élevée s'explique par des facteurs directement liés à l'âge:

  -la plus grande proportion de femmes

  -les troubles cognitifs

  -le handicap physique

  -une situation économique plus précaire

Chronicité

- La dépression du PA a souvent une évolution chronique.
- Dans une étude de suivi sur une période de 6 ans, 35% des P avec une dépression majeure avaient une évolution chronique.
- La rémission complète est atteinte plus difficilement si le P est confronté à une affection médicale sérieuse et à un soutien social faible.

Suicide

- La fréquence du suicide est très élevée chez les PA et particulièrement dans la tranche d'âge au-dessus des 85 ans.
- Les facteurs de risque de suicide sont:

  -le veuvage

  -la solitude

  -les troubles du sommeil

  -une santé fragile

  -les évènements de vie stressants.

Peut-on prévenir le suicide de la personne âgée ?

- Il est **impossible de prévoir** qui va se donner la mort mais il faut savoir reconnaître une dépression.
- **L'écoute et le temps passé pour aborder la question** du suicide reste la meilleure prévention.
- **Verbaliser les idées suicidaires** diminue le risque de suicide et soulage le patient.

Comment évaluer une modification de l'humeur d'une personne âgée ? (1)

- Déterminer la date d'apparition du trouble, si elle a été progressive ou relativement subite.
- **Passer en revue les ATCD psychiatriques** du patient, son passé social, sa personnalité antérieure.
- **Apprécier les facteurs interpersonnels et environnementaux**.

Comment évaluer une modification de l'humeur d'une personne âgée ? (2)

Passer en revue la liste des médicaments

avec une attention particulière aux changements survenus au moment où les troubles ont commencé.

Examiner le patient,

- en prêtant attention aux changements de son état mental.
- Rechercher les plaintes ou les signes physiques d'état douloureux.
- Evaluer son autonomie physique.
- Rechercher un handicap sensoriel.

Analyser l'estimation que la PA fait de sa maladie, de sa santé et de ses conditions de vie.

Selon le DSM IV

on parle de **trouble dépressif majeur** lorsqu'une personne présente **au moins 5 parmi 9 symptômes** pour une durée d'**au moins deux semaines, la plupart du temps**, entraînant un **changement dans le mode de fonctionnement habituel,** l'humeur triste et/ou l'anhédonie devant être obligatoirement présents:

- ***Humeur triste*** (dépressive): oppression, sans joie, parfois sans aucun sentiment perçu, le plus souvent pire le matin, avec chez les enfants et adolescents parfois une irritabilité accrue.

- ***Anhédonie*** : diminution du plaisir ou de l'intérêt pour toutes activités.

- ***Modification involontaire du poids*** : prise ou perte de 5 % ou plus du poids habituel en un mois, modification récente de l'appétit

- ***Troubles du sommeil*** : diminution (insomnie) ou augmentation (hypersomnie) du temps de sommeil

Trouble dépressif majeur selon DSM

- ***Troubles de la concentration et/ou du processus de prise de décision***
- ***Troubles du comportement*** : agitation ou ralentissement psycho-moteur
- ***Asthénie*** : sensation de fatigue ou de diminution d'énergie
- ***Sentiments de culpabilité***: souvent injustifiés et liés à liés à la dévalorisation
- ***Idées noires*** : volonté de mourir, idées suicidaires actives, avec ou sans plan spécifique, tentative de suicide.

Chez le sujet âgé

- Agitation inhabituelle
- Troubles du sommeil
- Conduites agressives ou d’opposition
- Refus alimentaire
- Troubles psycho- comportementaux
- Idées récurrentes de mort et de suicide

Ce quelle n’est pas !

- **La tristesse** fait partie des réactions normales à une perte, fréquente chez les PA. Elle ne traduit une dépression que si elle est disproportionnée par rapport aux difficultés existentielles et si elle envahit totalement sa vie psychique.

- **Le ralentissement psychomoteur et une moindre vivacité** peuvent traduire simplement le vieillissement ou l’existence de maladies.

- **La réduction de la fluidité verbale, de la richesse du langage et des association d’idées** peuvent faire évoquer une démence débutante

- **L’angoisse** de fin de vie peut être l’expression de la prise de conscience d’une mort prochaine : elle devient pour la personne âgée un événement personnel et n’est plus un concept général et abstrait.

Il peut s’agir de troubles bipolaires :

- épisodes dépressifs majeurs associés à un ou plusieurs épisodes maniaques ,
- troubles cyclothymiques dépressifs caractérisés par de nombreux épisodes de symptômes hypomaniaques et de symptômes dépressifs évoluant depuis au moins deux ans

Dépressions secondaires à une autre pathologie

La dépression peut accompagner :

- **des troubles endocriniens :** Hypothyroïdie, Maladie de Cushing, Hyperparathyroïdie, arrêt des corticoïdes, Addison
- **des Infections virales**: Hépatites…
- **des néoplasies (tête du pancréas)**
- **des maladies cérébro-vasculaires :**
- **Des maladies neurologiques :** Alzheimer, AVC, Sclérose Latérale Amyotrophique, tumeur intra-crânienne, Maladie de Huntington, Parkinson…

Quelques situations cliniques particulières.

Dépression et AVC :

- La dépression survient chez environ 25 % des patients au décours d'un AVC
- quelques caractéristiques s'y attachent :

-Il s'agit plus particulièrement de lésions de l'hémisphère gauche, à proximité du lobe frontal.

-de lésions multiples de la substance blanche des hémisphères cérébraux ou des noyaux de la base.

- **Dépression et maladie de Parkinson**:

- Certains auteurs considèrent la dépression comme un signe de la maladie de Parkinson
- Dans 15 à 25 % des cas, elle précède ou est concomitante des premiers symptômes
- La dépression finit par atteindre la moitié des patients parkinsoniens

- Il est important de diagnostiquer la dépression car elle peut être traitée par les antidépresseurs qui atténuent également provisoirement le tremblement, la rigidité et la bradykinésie

Dépression et démence :

- Une dépression majeure est rencontrée dans 17% à 31% des maladies d'Alzheimer ; à noter qu'un ATCD familial de trouble de l'humeur prédispose les patients atteints de maladie d'Alzheimer à la dépression.

- La dépression peut être initiale, traduisant une tentative d'adaptation mais l'installation de troubles mnésiques et du déficit intellectuel perturbent les mécanismes de défense et l'estime de soi. Rappelons l'intérêt du MMS

Diagnostic différentiel

	DEMENCE	DEPRESSION
Début	Insidieux	Rapide
Progr sympt	Progressif	Rapide
Orientation	Perturbée	Intacte
Humeur	Labile	Tristesse, anxiété
Nycthémère	Moins bien soir	Moins bien matin
Tr cognitifs	Niés	P s'en plaint
Atcd psy	Peu fréquents	Fréquents
Sympt associés	Confusion	Troubles sommeil, de appétit, idées suicide

La dépression hypochondriaque :

- Elle prend le masque d'une pathologie organique.
- Elle donne lieu à des investigations multiples et répétées.
- Elle traduit une préoccupation constante, envahissante d'être atteint d'une maladie grave et de la certitude d'en développer une, en dépit de l'assurance du contraire.
- Les traitements sont sans efficacité.

Dépression et mélancolie :

- Elle prend l'aspect d'une dépression intense mais avec prostration et mutisme
- Une perte de poids importante et une insomnie prédominante en fin de nuit doivent y faire penser
- Un syndrome mélancolique peut représenter l'évolution d'un trouble bipolaire déjà connu
- Elle constitue une urgence thérapeutique du fait du retentissement somatique et du **risque important de conduite suicidaire**

Principaux symptômes dépressifs associés à une sémiologie vasculaire

- dépression tardive (≥ 65 ans) ou **tout changement survenant au cours de l'évolution** d'un état dépressif précoce post maladie vasculaire,
- indications cliniques de maladie vasculaire et/ou de facteurs de risque mis en évidence par l'imagerie cérébrale ou d'autres examens complémentaires.

Symptômes dépressifs secondaires associés à une sémiologie vasculaire

- Troubles cognitifs, essentiellement troubles des fonctions exécutives,
- Ralentissement psychomoteur,
- Idéation dépressive limitée,
- Appréhension/compréhension moyenne de la maladie,
- Altération du fonctionnement quotidien,
- Aucun antécédent familial de troubles de l'humeur

- **Personnalité fuyante ou dépendante** et difficultés à construire des relations sociales stables

Attention à la iatrogénie:

- Les troubles neuropsychiques représentent près de 25% de la symptomatologie iatrogène comprenant les troubles de la vigilance, les syndromes confusionnels voire pseudo- démentiels et **également les états dépressifs**.
- Médicaments potentiellement dépressogènes: bétabloquants, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, Benzodiazépines, Corticoïdes, L-Dopa
- **La possibilité de «déprescrire» doit toujours être discutée notamment quand le bénéfice de la molécule n'est pas clairement établi ou lorsque la prescription n'est plus actuelle.**

Traitement

Quel est l'objectif du traitement ?

La modification des symptômes et des conduites :

- Restaurer l'humeur
- Retrouver un sommeil de qualité
- Reprendre des activités sociales et améliorer la qualité de la vie
- Faire à nouveau des projets

ou plus simplement**:**

- Diminuer les symptômes de la dépression
- Réduire le risque de rechutes
- Prévenir le raptus suicidaire

Que dire au patient ?

- **Il faut employer le mot de dépression**
- La prise en charge ne se conçoit pas sans **expliquer** au patient sa maladie, le principe du traitement, ce qu'il peut en attendre et en craindre
- Insister sur la notion que la dépression est une maladie véritable, qu'**elle se traite et donc peut se guérir**
- Insister sur l'idée que **le traitement n'agit pas immédiatement** et qu'il doit être poursuivi

Que dire à son entourage ?

- Qu'il doit **faire preuve de patience**, de bienveillance, d'écoute et d'encouragement
- Qu'**il ne sert à rien de forcer la personne âgée à «réagir»**, pour qu'elle aille mieux
- Qu'il est important de l'aider dans son quotidien **et de la valoriser**

Psychothérapie

- Thérapie de soutien
- TCC
- Thérapie psychodynamique
- Thérapie de la réminiscence et examen rétrospectif de la vie
- Bibliothérapie: lecture de livres consacrés à la dépression et à l’évolution des symptômes

Activité physique

Améliore l’humeur et réduit les symptômes dépressifs

Quelles questions devons-nous nous poser avant toute instauration de traitement ?

- Y a-t-il des antécédents dépressifs, **des traitements antidépresseurs déjà prescrits ?**
- Y a-t-il des pathologies associées ?
- **Quel est le traitement actuel ?**
- Y a-t-il une altération des fonctions supérieures**, un déficit cognitif ?**
- Y a-t-il une perte d' autonomie physique ou un handicap sensoriel ?
- Quel est le contexte social? **Permet-il une prise en charge à domicile ?**

Y a-t-il des troubles du comportement associés?

Il faut faire un **inventaire psychiatrique :**

- •Y a-t-il des idées délirantes ?
- •Y a-t-il des hallucinations ?
- •Y a-t-il une agitation ou une agressivité ?
- •Y a-t-il une anxiété ?
- •Y a-t-il une exaltation de l’humeur ?
- •Y a-t-il une apathie , une indifférence ?
- •Y a-t-il une irritabilité ?
- •Existe-t-il un comportement moteur pathologique ?
- •Existe-t-il des troubles du sommeil ?
- •Existe-t-il des troubles de l’appétit ?

Quel est l’état physique de mon patient ?

- connaître **le poids** du patient pour adapter au mieux le posologie des médicaments
- connaître sa **fonction rénale**
- apprécier son état d’**hydratation**
- estimer son **état nutritionnel**
- Contrôler ses possibilités de **déglutition**
- définir son **état sensoriel et moteur**
- apprécier une **éventuelle instabilité à la marche**, source de chute
- Rechercher une **instabilité tensionnelle**, source de chute également

Comment choisir le bon antidépresseur chez la personne âgée ?

Le choix de la molécule dépend:

- De l'histoire et du terrain du patient
- **Du médicament lui -même**
  - -Propriétés pharmacocinétiques
  - -Interactions potentielles
  - -Effets secondaires

- **Du type de dépression**:
  - -Plutôt anxieuse
  - -Plutôt inhibée

Start low and go slow

But go

Les antidépresseurs

- Constituent la base du traitement de la dépression modérée à sévère chez la PA
- Tous les AD ont une efficacité équivalente quelle que soit la tranche d'âge
- Le choix d'un médication sera fondé sur

  -l'expérience du médecin

  -la prise en compte du rapport risques/bénéfices

Les ISRS

- Traitement de choix de l'état dépressif du patient âgé:
  Efficaces, sûrs, bien tolérés

- Principaux effets II: symptômes GI, anorexie, insomnie, nervosité, anxiété, tremblements, céphalées, somnolence, sudations, tr sexuels.

- Certains effets II globalement rares se rencontrent plus fréquemment chez le sujet âgé:

-hyponatrémie (syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique)

-syndrome sérotoninergique

-Allongement espace QT (Etudes uniquement réalisées avec citalopram et escitalopram-pas plus de 10 mg chez les + de 65 ans)

Les ISRS

- n’ont guère de contre-indication, mais sur le plan pharmacocinétique, ils sont capables de modifier le métabolisme d’autres médicaments.
- Les risques sont significatifs avec des produits comme la fluoxétine et la paroxétine, et moindres avec l’escitalopram et la sertraline.

Syndrome sérotoninergique

- *est un désordre potentiellement mortel de l'équilibre chimique du système nerveux central dû à un excès de sérotonine au niveau cérébral.*
- *Le tableau clinique associe de manière inconstante et à des degrés divers nausées, diarrhée, agitation, troubles du comportement, hallucinations, tremblements, rigidité musculaire, myoclonies, hyperréflexie, tachycardie, élévation de la pression artérielle, sueurs, hyperthermie.*
- *Les formes sévères peuvent comporter acidose métabolique, rhabdomyolyse, insuffisance rénale, convulsion, coma, choc et coagulation intravasculaire disséminée.*
- *Le diagnostic, basé sur les symptômes cliniques et l'anamnèse, est difficile à poser car aucun symptôme n'est spécifique et les diagnostics différentiels sont nombreux.*
- *Le traitement est symptomatique, avec recours possible au dantrolène (myorelaxant) et à la curarisation.*

Les IRSN

- Venlafaxine et Duloxétine
- Efficaces et sûres également
- Effets secondaires relativement limités:

  GI, céphalées, transpiration, nervosité, sécheresse buccale, somnolence, anorexie. La Venlafaxine peut être responsable d'une élévation modérée et dose dépendante de la pression artérielle diastolique. Attention aux patients à risques cardiovasculaires.

  Par contre, les risques d'interactions médicamenteuses sont assez faibles avec les représentants de cette classe.

La Mirtazapine

- En général bien tolérée et interférant peu avec le métabolisme des autres médications.

- Certains effets II peuvent être utiles chez un patient et problématiques chez un autre. Notamment les effets sédatifs sont intéressants pour les patients souffrant d'insomnie mais la somnolence parfois associée peut favoriser les chutes. La M peut aussi entraîner une augmentation de l'appétit avec prise de poids. Par contre, elle est bien tolérée sur le plan digestif et n'exerce pas d'effet significatif sur la fonction sexuelle.

Le Bupropion (IRND)

- Peut avoir un intérêt chez la PA dont la symptomatologie est surtout caractérisée par de la fatigue et un ralentissement psychomoteur.

- Dans l'ensemble, le produit est assez bien toléré mais peut entraîner des effets II comme une diminution de l'appétit, la bouche sèche, l'insomnie, une éruption cutanée, des céphalées et des crises d'épilepsie. (Tout à fait contre-indiqué chez les patients épileptiques)

Les tricycliques

- Sont des antidépresseurs anciens sur lesquels nous possédons beaucoup de données.
- Leur efficacité a été largement démontrée dans la littérature mais leur profil d'effets II et leur toxicité potentielle en font des médications de seconde intention.

  La nortryptiline entraîne moins d'effets anticholinergiques que l'amitryptiline ou la clomipramine. Ils a aussi moins d'effets sédatifs ou hypotenseurs.
- Attention à leurs effets cardiotoxiques. Eviter de les prescrire en présence de certains troubles du rythme et d'insuffisance cardiaque.
- L'hypotension orthostatique peut présenter un risque significatif chez la personne âgée.
- Certains produits sont sédatifs et augmentent le risque de chute et de fracture.
- Enfin, ils sont susceptibles d'aggraver les troubles cognitifs.

Les IMAO

- Il n'existe plus qu'un représentant en Belgique: la phénelzine.
- Difficiles à utiliser. Génèrent la méfiance des cliniciens par la nécessité de suivre un régime évitant les aliments riches en tyramine susceptibles de provoquer des à coups hypertensifs potentiellement sérieux.
- Le risque important d'hypotension contribue également à limiter leur prescription.
- Cependant, les IMAO peuvent représenter peuvent représenter une alternative dans les cas particulièrement sévères et résistants.

Comment prescrire ?

- Il faut atteindre une **posologie normale** mais **souvent avec des doses faibles en début de traitement.**

- Chez la personne âgée, il faut savoir changer d'antidépresseur

- En pratique il faut réévaluer la situation au bout d'un mois; en cas d'inefficacité changer d'antidépresseur (pour une autre classe).

Il faut rappeler les objectifs :

- l'amélioration des symptômes et des conduites, l'amélioration de la qualité de la vie, l'amélioration de l'état de santé, la prévention des tentatives de suicide

- donc **documenter régulièrement l'efficacité du traitement**

- Evaluer le comportement du patient et ses capacités d'adaptation

- Réaliser un bilan environnemental appréciant la participation sociale, familiale ou de voisinage.

Que faire en cas d'inefficacité du traitement ?

- **Changer de classe thérapeutique**
- Ne pas oublier la **psychothérapie.**
- **Mettre en place ou renforcer le soutien familial.**
- Proposer la **sismothérapie** qui est un traitement hautement efficace pour la dépression gériatrique sévère et durable (elle est indiquée dans les formes à caractéristiques psychotiques ou mélancoliques ou les formes avec anorexie majeure et encore en cas de résistance aux traitements antidépresseurs bien conduits. Les troubles de mémoire restent l'effet II principal. Ils sont pourtant transitoires.)
- Une technique plus récente, la stimulation magnétique transcrânienne, pourrait constituer une alternative intéressante permettant d'éviter ces troubles de mémoire. En effet, cette approche ne nécessite pas d'induction d'une crise d'épilepsie et pas d'anesthésie générale.

Quand arrêter le traitement ?

Chez la personne âgée, le **traitement doit être poursuivi**:

- Au moins six à neuf mois après normalisation de la thymie s'il s'agit d'un premier épisode
- très longtemps en présence d'une forme récurrente ou d'une dépression ayant menacé le pronostic vital
- Le soutien , la relation d'aide, la qualité d'écoute de **la relation «médecin- malade»** sont **à maintenir le plus longtemps possible.**

Conclusions (1)

Le dépistage de la dépression chez le PA est très important.

La dépression du PA est importante à reconnaître et ne fait pas partie du vieillissement « normal ».

Chez la PA, la dépression s'exprime généralement dans un contexte somatique.

La coexistence d'une dépression et d'une affection somatique à un âge avancé aggrave fortement le pronostic des deux pathologies.

Le diagnostic reste pourtant assez difficile, tant la symptomatologie a souvent un caractère atypique et polymorphe. L'anhédonie est plus souvent à l'avant-plan que l'humeur dépressive.

De nombreux facteurs de risque sont associés à l'âge bien que l'âge ne soit pas en soi un facteur de risque.

Conclusions (2)

Le traitement de la dépression de la PA sera basé principalement sur la psychothérapie et sur les antidépresseurs.

Start low and go slow.

Ces médications, choisies en fonction de leur profil d'effets secondaires et des risques d'interaction médicamenteuse, sont efficaces dans la dépression du sujet âgé avec ou sans comorbidité somatique.

Risque de rechute et de récidive plus important que les jeunes adultes. La durée du traitement est aussi plus longue.

Taux de suicide élevé chez PA et particulièrement chez les hommes de grand âge.