

Dépression-dépistage

PD Dr. Guido Bondolfi, Service de psychiatrie générale, HUG

Prof. Anne-Françoise Allaz, Service de médecine interne de réhabilitation,
Beauséjour

- Mme S., Patiente de 58 ans, vendeuse, mère de 2 enfants.
- Vous consultez pour une fatigue générale, associée à des troubles digestifs et des ballonnements, ayant débuté il y a environ 3 mois et aggravés depuis 2 semaines.
- Pas de troubles du transit net, pas de nausées vomissements. Diminution de l'appétit sans perte pondérale documentée.
- Mme S. se plaint de troubles de la concentration, d'un mauvais sommeil et d'un découragement.
- La patiente s'inquiète de son problème abdominal et se demande « s'il y a quelque chose ».
- Lors de l'anamnèse, vous mettez en évidence des tensions professionnelles, des soucis liés à un problème de lombalgies chroniques de son conjoint et des préoccupations croissantes pour sa mère âgée.

I.

Comment l'aborder ?

I. Comment l'aborder ? Attitudes et marche à suivre

- La première étape (1^{ère} consultation)
 - dépistage rapide à l'aide de deux questions : PHQ ;
 - aménagement du cadre : prévoir un 2^{ème} RDV de 45 minutes au moins;
 - investiguer les principaux symptômes d'un état dépressif;
 - considérer le diagnostic différentiel d'une possible origine somatique;
 - chercher les facteurs déclenchant
- La deuxième étape (2^{ème} consultation)
 - investigation sémiologique d'un état dépressif;
 - l'information du diagnostic au patient et, le cas échéant, aux proches;
 - le traitement pharmacologique de base;
 - l'orientation vers le spécialiste des situations cliniques complexes

Dépistage rapide de la dépression

DURANT LES DEUX DERNIERES SEMAINES

A. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ?

- 0 = Pas du tout
- 1 = Pendant plusieurs jours
- 2 = Plus de la moitié des jours durant ces deux dernières semaines
- 3 = Presque tous les jours

B. Avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?

- 0 = Pas du tout
- 1 = Pendant plusieurs jours
- 2 = Plus de la moitié des jours durant ces deux dernières semaines
- 3 = Presque tous les jours

Résultat total ≥ 3 = 14% de faux-positifs et 10% de faux-négatifs

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB (1999). Validation and utility of a self-report version of the PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. Journal of the American Medical Association 282, 1737-1744.

Diagnostic

Diagnostic d'un état dépressif majeur (DSM-IV TR)

Pendant une période de **deux semaines au moins**, pratiquement **tous les jours**, le patient a présenté **au moins 5 des symptômes suivants**: (dont le 1er ou le 2ème doit être inclus)

- 1 **Humeur triste**
- 2 **Perte d'intérêt ou de plaisir dans la plupart des activités**
- 3 Perte ou prise de poids ($\geq 5\%$ en 1 mois)
- 4 Insomnie ou hypersomnie
- 5 Ralentissement ou agitation psychomotrice
- 6 Fatigue ou perte d'énergie
- 7 Sentiment de dévalorisation, de culpabilité excessive
- 8 Troubles de la concentration
- 9 Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires

Affections médicales et symptômes dépressifs

Principales affections médicales qui entraînent des symptômes dépressifs:

- Affections endocriniennes et métaboliques (**hypothyroïdie**, trouble de l'axe cortico-surrénalien, diabète sucré)
- Affections neurologiques (Parkinson, SEP)
- Maladies cardiovasculaires (**infarctus du myocarde, AVC**)
- Maladies infectieuses (hépatite, mononucléose, HIV)
- Affections rhumatismales et auto-immunes
- Affections respiratoires (**syndrome d'apnée du sommeil**)
- Affections tumorales (carcinome du pancréas, rénal; masse intracrânienne)
- Hypovitaminoses (**carence B12, acide folique**)

Substances/médicaments et symptômes dépressifs

Principales substances et médicaments qui entraînent des symptômes dépressifs:

Substances engendrant dépendance et/ou abus:

OH, BDZ, analgésiques, narcotiques, barbituriques, hallucinogènes, amphétamines, cocaïne, cannabis

Médicaments:

Anabolisants, corticostéroïdes, interféron, contraceptifs, B-bloquants, antipaludéen (méfloquine), isotrétinoïne (rétinoïde utilisé dans le traitement de l'acné), certains antiépileptiques

Prise de sang à "visée thérapeutique"

Chez les patients présentant:

- une symptomatologie anxieuse marquée
- des plaintes quasi exclusivement somatiques
- un discours "opérateur"
- plusieurs symptômes neurovégétatifs :
 - troubles du sommeil,
 - asthénie,
 - troubles de l' appétit,
 - polarité matinale des symptômes anxio-dépressifs,
 - ralentissement psychomoteur

Une prise de sang (chimie sanguine, électrolytes, hémogramme, VS, CRP, fonction thyroïdienne, Vitamine B12, acide folique) permet d'exclure les causes somatiques les plus fréquentes d'une baisse de l'humeur.

II.

Que dire à la patiente ?

Quel lien faire entre la symptomatologie physique et le diagnostic de dépression ?

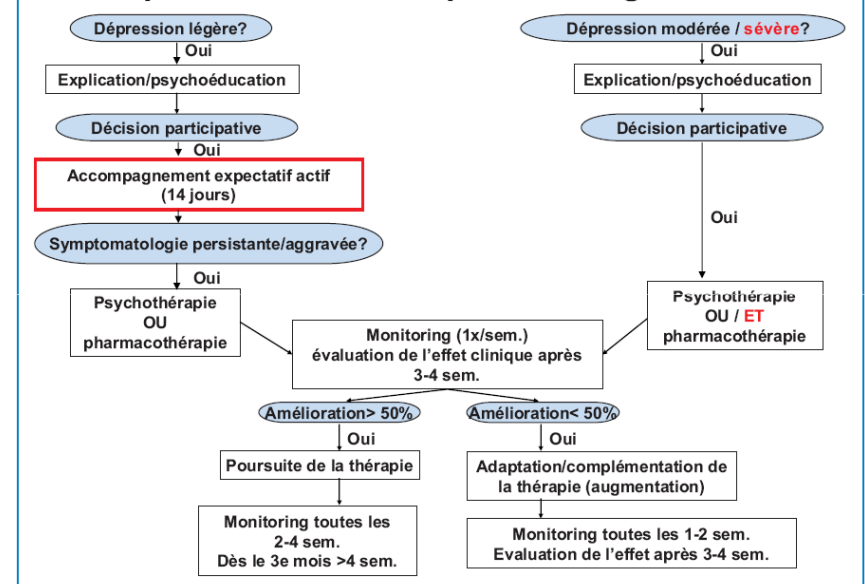
Comment le dire ?

II. Que dire à la patiente ?

Lors de la première consultation attitude d'écoute + psychoéducation:

- Quitter la souffrance subjective de la personne (discuter de sa difficulté à accepter la perte d'autonomie engendrée par son état de fatigue, les troubles de la concentration, le mauvais sommeil et son découragement);
- Souligner les facteurs de stress relèvés (tensions professionnelles, dorsalgies chez le conjoint, soucis pour sa mère);
- Expliquer les liens entre le stress et les symptômes somatiques (troubles digestifs, ballonnements);
- Proposer à ce stade l'hypothèse que c'est le corps qui se fait entendre, malgré sa résistance psychologique face aux facteurs de stress

Thérapie des troubles dépressifs: algorithme



2 semaines plus tard, vous revoyez la patiente :

- La patiente ne va pas mieux, bien au contraire.
- Les résultats de la prise de sang permettent d'exclure une cause somatique évidente
- La fatigue a nettement augmenté, ainsi que les troubles du sommeil.
- Elle se plaint de lombalgies et toujours de ballonnements abdominaux. Elle a les jambes lourdes
- Les troubles de concentration et le découragement ont augmenté.
- N'arrivant plus à faire face, la patiente a arrêté de travailler en début de semaine.

III.

Que faire ?

L'information du diagnostic au patient et aux proches

Fournir des explications simplifiées sur les causes neurobiologiques de la dépression

(p. ex. anomalie de la transmission de l'information d'une cellule à l'autre du cerveau; baisse de certains messagers chimiques de l'information dans le cerveau, les neurotransmetteurs comme la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline) ;

Informé et rassurer le sujet sur les moyens thérapeutiques disponibles et sur leur efficacité (pharmacothérapie, psychothérapie) ;

Avantages de l'implication des proches :

- réduction des tensions familiales induites par l'incompréhension du vécu du patient déprimé (expliquer par exemple qu'il ne s'agit pas d'une maladie de la volonté) ;
- soutien psychologique des membres de la famille, notamment conjoint et enfants (détection précoce chez ces derniers de signes de souffrance et orientation vers le spécialiste) ;
- répondre aux questions du type : ce qu'il faut ou ne pas faire.

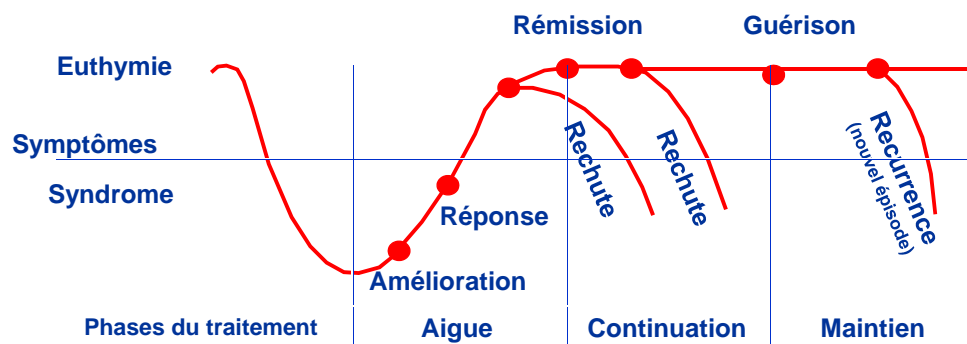
Désavantages potentiels de l'implication des proches :

- difficulté à gérer les ingérences dans la prise en charge d'un conjoint avec qui le patient serait en conflit ;
- gestion d'informations confidentielles (infidélités, dettes, etc.)

Information sur les traitements disponibles et décision participative

- *Pour les dépressions d'intensité légère-moderée qui répondent aussi favorablement à la psychothérapie qu'aux antidépresseurs, discuter s'il y a lieu de donner la priorité à une thérapie non pharmacologique (psychothérapie assurée par un spécialiste) ou à une pharmacothérapie, selon la demande du patient.*

Schéma d'évolution de la dépression unipolaire



Kupfer (1991)

Traitement de l'épisode dépressif Pharmacothérapie

Phase aigue:

- L'objectif est la rémission complète des symptômes
- L'amélioration intervient 2-4 semaines après le début du traitement pharmacologique
- La guérison est généralement obtenue au bout de 3-6 mois

Traitement de continuation:

- L'objectif est la prévention de la réactivation de l'ED en cours (*rechute*)
- La pharmacothérapie est poursuivie pendant 6-12 mois dès que la rémission complète est atteinte

Traitement prophylactique ou de maintien:

- L'objectif est la prévention d'un nouvel ED distinct du précédent (*réurrence*)
- La durée de la pharmacothérapie pendant cette phase dépend du nombre d'ED préalables (2-3 ans après 2 ED; après 3 ED entre 3 ans et à long terme)

Les principaux antidépresseurs

Classes	Nom générique	Posologie standard mg/jour
SSRI: Selective Serotonine Reuptake Inhibitors	Citalopram	20-40
	Escitalopram	10-20
	Fluoxetine	20-60
	Fluvoxamine	100-200
	Paroxetine	20-40
	Sertraline	50-150
SNRI: Selective Serotonine and Noradrenaline Reuptake Inhibitors	Duloxetine	60-120
	Venlafaxine	75-375
NARI: Noradrenaline Reuptake Inhibitors	Reboxetine	8-12
NNDRI: Noradrenaline and Dopamine Reuptake Inhibitors	Bupropion	150-450
NaSSA: Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant	Mirtazapine	15-45
IMAO: Inhibiteurs réversibles sélectifs de la MAO de type A	Moclobemide	300-600
AGONISTE MT	Agomélatine	25-50 mg
TCA: Tricycliques	Clomipramine, Amitriptyline, etc	100 - max selon la molécule

Traitement de l'épisode dépressif Pharmacothérapie

- Pour le choix de l'antidépresseur, la notion de mécanisme d'action n'est pas fondamentale
- Dans le traitement d'un ED d'intensité moyenne au cabinet, tous les antidépresseurs se valent
- Se préoccuper plutôt:
 - de la tolérance
 - de l'observance
 - de la relation thérapeutique
 - du rôle persistant ou diminué des facteurs de stress

SSRI: effets secondaires

- Généralement bien tolérés
- Pas de contre-indications médicales
- Les effets indésirables les plus fréquents:
 - Gastro-intestinaux: nausées, rarement vomissements, diarrhées (N.B lors de l'introduction, le + souvent disparaissent après 1 semaine)
 - SNC: insomnie, nervosité
 - Dysfonctionnements sexuels (~1/3 des patients): baisse de la libido, anorgasmie, éjaculation retardée/impuissance
 - Syndrome de sevrage (Ø fluoxetine)

Antidépresseurs à double action ou noradrénergique sélectif : effets secondaires

Effets secondaires	SNRI		NaSSA Mirtazapine	NDRI Bupropion	NARI Reboxetine
	Venlafaxine, Duloxetine				
Nausées	++	++	O	+	+
Insomnie/agitation	++	++	O	+++	+++
Sédation	O	O	++	O	O
Sudation	+++	+	O	++	++
T.A (orthostase)	↑	O	+	++	(↑)
Troubles de la fonction sexuelle	++	+	O	O	+
Prise de poids	O	O	++	O	O

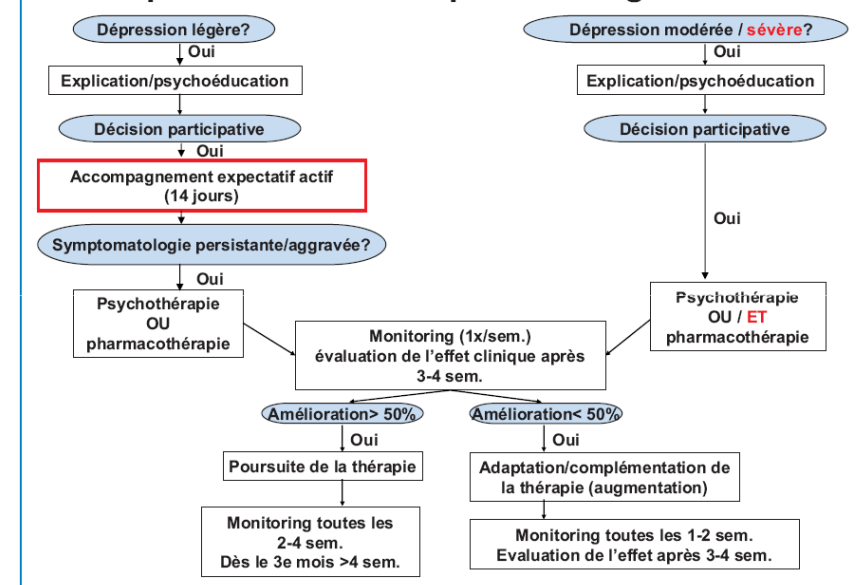
+++ fréquemment + occasionnellement
 ++ modérément o aucun ou rarement ↑ Hypertension

WFSBP, 2007

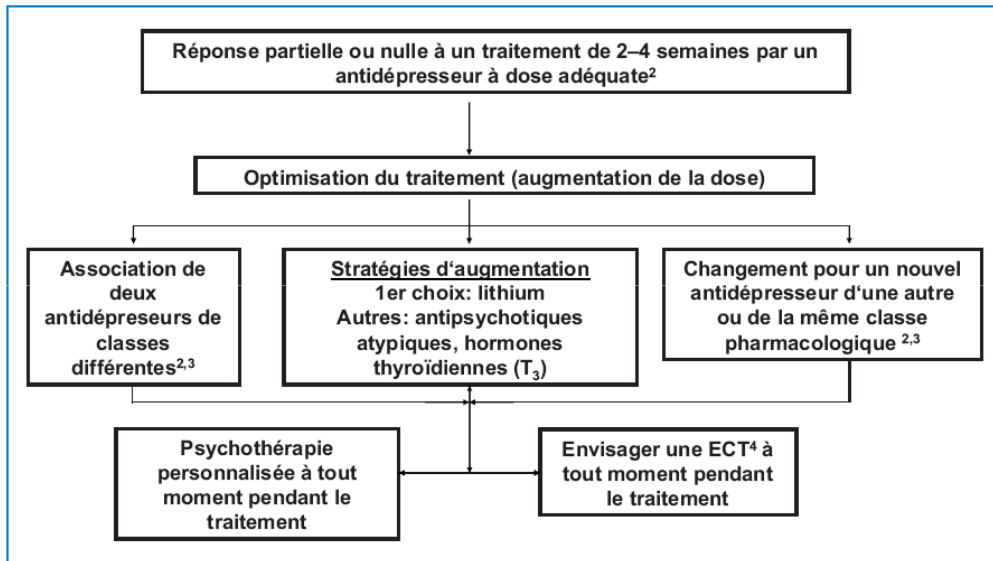
Tricycliques: effets secondaires (E.S.)

- AD anciens (50s), efficaces et puissants mais avec plusieurs inconvénients:
 - Contre-indiqués en cas de : tr. du rythme, insuff. cardiaque, adénome de la prostate, OH non sevré
 - E.S. anticholinergiques: sécheresse buccale, vision floue, rétention urinaire, constipation
 - E.S. cardio-vasculaires: hypotension orthostatique, tr. du rythme et de la conduction
 - E.S. centraux: sédation, tr. du sommeil, myoclonies, tremblements, convulsions, tr. cognitifs
 - E.S. divers: prise de poids, impuissance.

Thérapie des troubles dépressifs: algorithme



Options en cas de réponse partielle ou de non réponse à un AD



Holsboer-Trachsler et al, 2010 Forum médical suisse, 10, p. 802-9

IV. Comment prendre en charge les troubles du sommeil ?

Troubles du sommeil et dépression

- BDZ hypno-inductrices:
 - Durée d'utilisation 2-3 semaines max
 - ≠ en relation à la $\frac{1}{2}$ vie (p. ex. Halcion: 2-3 h; Dalmadorm :100 h)
- Non – BDZ :
 - Stilnox (n.b. forme CR à 6.25 mg/ 12.5 mg);
 - Imovane
- Alternative:
 - Trittico (trazodone) entre 25 et 150 mg
 - Lyrica (prégabaline) entre 25 et 150 mg

V. Faut-il envoyer la patiente à un collègue psychiatre ?

Quand faut-il la référer ?

L'orientation vers le spécialiste

- ED sévère avec symptômes psychotiques ;
- ED sévère avec idées suicidaires structurées et persistantes ;
- ED sévère + un trouble de la personnalité (typiquement borderline) ;
- ED léger-moyen lorsque le patient refuse la pharmacothérapie et envisage/souhaite être soigné par une psychothérapie;
- Un doute quant au diagnostic, la gravité du trouble (délire, suicidalité), la récurrence des épisodes dépressifs ainsi que la chronicisation

La collaboration avec les spécialistes

- Les critiques récurrentes :
 - longs délais d'attente pour une consultation ;
 - problème de disponibilité téléphonique;
 - peu d'intérêt de la part des spécialistes de l'avis du MPR qui bien souvent connaît le patient et son histoire depuis des années;
 - peu de feed-back des spécialistes aux MPR (lettres ou rapports après avoir reçu un patient orienté par le MPR au spécialiste);
 - pas de discussion possible sur les patients suivis par les spécialistes.

VI.

Quelles sont les ressources concrètes disponibles pour les somaticiens ?

La collaboration avec les spécialistes

- Pour obtenir un 2^{ème} avis rapide (diagnostic, proposition de traitement et du cadre pour le suivi), accompagné d'un rapport écrit:
 - **ligne téléphonique de l'alliance genevoise contre la dépression: tél 022 305 45 45**
 - **Programme Dépression : tél 022 305 45 11**
(suivi conjoint de certains patients, à travers des échanges réguliers entre MPR et spécialiste)

Aspects pratiques et concrets

- Déjà disponibles:
 - Une fois/mois, 4 groupes de supervision destinés aux MPR assurés par un médecin adjoint du service de psychiatrie générale (HUG):
 - Consultation des Eaux-Vives (rue du 31 décembre 36: tél 022 372 31 03);
 - Consultation de la Jonction (rue des Bains 35: tél 022 809 82 30);
 - Consultation de la Servette (rue de Lyon 91: tél 022 372 33 00);
 - Consultation des Pâquis (rue de Lausanne 67: tél 022 716 44 11).
 - Alliance genevoise contre la dépression:
 - Ligne téléphonique 022 305 45 45 avec liste à jour des psychiatres

Aspects pratiques et concrets

- A paraître en 2011:
 - Alliance genevoise contre la dépression:**
 - Création en 2011 d'un site web (liste des psychiatres disponibles, avis-conseils à travers le courriel, etc);
 - Création de cercles de qualité : 1 psy + 1 MPR par quartier

Forum Med Suisse 2010;10(46):802–809

Forum Med Suisse 2010;10(47):818–822

