

SYNDROME DEPRESSIF DU SUJET AGE



INTRODUCTION



- ⌘ Pathologie fréquente
- ⌘ Qui augmente la morbi-mortalité
- ⌘ sous diagnostiquée car:
 - ⊞ Présentation clinique souvent atypique
 - ⊞ La tristesse trop souvent considérée comme normale chez le sujet âgé
 - ⊞ Nécessite de prendre du temps
- ⌘ Traitements efficaces
- ⌘ Non systématiquement prescrit
- ⌘ Durée de traitement souvent trop courte

EPIDEMIOLOGIE



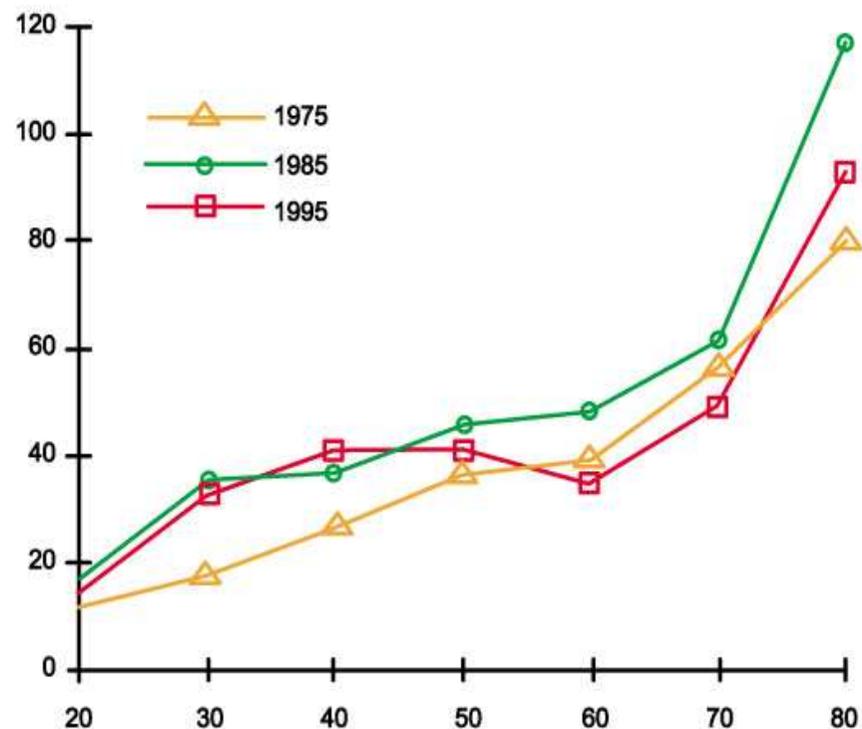
- ⌘ 1/3 des sujets de plus de 65 ans ont une symptomatologie dépressive dont:
 - ☒ 2 à 3%: Épisodes dépressifs majeurs
 - ☒ 10 à 15%: Episodes dysphoriques
- ⌘ En médecine générale: 15 à 30% des sujets âgés ont des symptômes dépressifs.
 - ☒ 50% sont diagnostiqués
 - ☒ 20% sont traités de façon adéquate
- ⌘ 40% des sujets en institution seraient dépressifs
- ⌘ Prévalence du décès par suicide 2 fois plus importante que chez le sujet jeune.



Un risque suicidaire élevé

L. Hugonot-Diener - J. Pellerin

Dépression du Sujet Âgé :
intérêt du dépistage



Profil du taux de suicide par âge décennal (1975-1995) en suicides pour cent-mille (source : INSERM)



Facteurs de risque suicide réussi



- ⌘ Homme
- ⌘ Antécédents psychiatrique: Dépression, trouble de la personnalité, tentative de suicide
- ⌘ Alcoolisme
- ⌘ Isolement social et affectif
- ⌘ Menaces de passage à l'acte

Facteurs de risque de dépression



- ⌘ Sexe féminin
- ⌘ Antécédent de dépression
- ⌘ Maladies somatiques sévères ou douloureuses
- ⌘ **Désafférentation sensorielle**
- ⌘ Handicap fonctionnel important
- ⌘ Traumas psychiques: Conjoint malade
- ⌘ Facteurs sociaux
 - ⊞ Veuvage, Isolement, Institution
 - ⊞ Difficultés financières

Vieillessement: Période de crise



- ⌘ Cadre théorique de la crise: rupture d 'un état d 'équilibre. Pour acquérir une nouvelle stabilité, l 'individu doit s'ajuster aux **contraintes** et aux changements qui lui sont imposés en mettant en œuvre des **processus de réadaptation qui lui sont propres.**
- ⌘ Le dépassement de la crise dépendra la personnalité mais également de la force des contraintes et des stress auxquels il est exposé.

Vieillessement: Période de crise



- ⌘ Période de fragilisation en raison des pertes
 - ☒ Perte de l'activité professionnelle
 - ☒ Diminution des liens sociaux
 - ☒ Pertes des personnes chères
 - ☒ Diminution des performances psychiques et physiques
 - ☒ Prise de conscience de la finitude
- ⌘ Nécessité d'une adaptation à ces pertes
- ⌘ Fréquentes dépressions réactionnelles
- ⌘ Adaptation plus difficile pour les personnalités **passives dépendantes** et **narcissiques**

Vieillessement cérébral

⌘ Modification du métabolisme des neurotransmetteurs

- ☒ Dysrégulation des systèmes dopaminergiques et sérotoninergiques: Dépression
- ☒ Altération du système cholinergique: Alzheimer

⌘ Si facteurs de risque vasculaire:

- ☒ Lésions cérébrales, surtout frontales, avec atteinte de zones stratégiques dans le système limbique: Apathie, Dépression vasculaire (30%)

Une Pathologie sous diagnostiquée

⌘ Perception de la dépression par le sujet âgé lui même (ENHMA,1996)

☒ 58%: Il est normal de déprimer avec l 'âge

☒ 49%: Signe de faiblesse perçu comme un laisser-aller
conséquence:

☒ Dépression non exprimée spontanément

☒ Médecins généralistes en première ligne

☒ 75% sujets jeunes déprimés VS 40% sujets âgés déprimés
suivis par un psychiatre

⌘ Point de vue médical rejoignant celui du patient:
Dépression=conséquence du vieillissement.

Une Pathologie sous diagnostiquée

⌘ Alexithymie:

- ☒ définition: incapacité ou grande difficulté à exprimer ses émotions et ses sentiments.
- ☒ Littéralement: absence de mot pour exprimer les émotions.

⌘ Intrication médico-psychologique

DEPRESSION  **MALADIE ORGANIQUE**

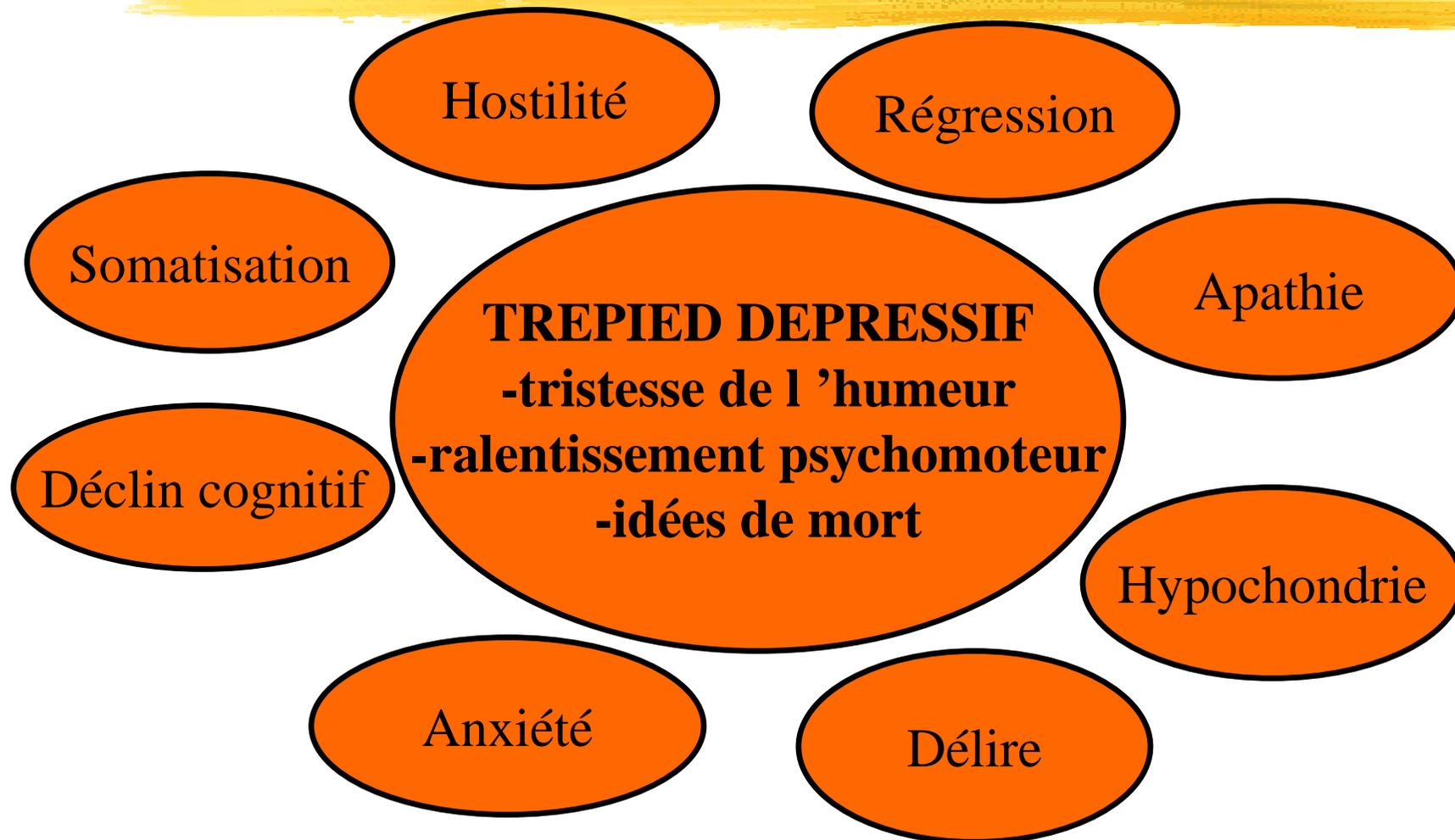
⌘ Tableau clinique atypique

Syndrome dépressif: présentation classique

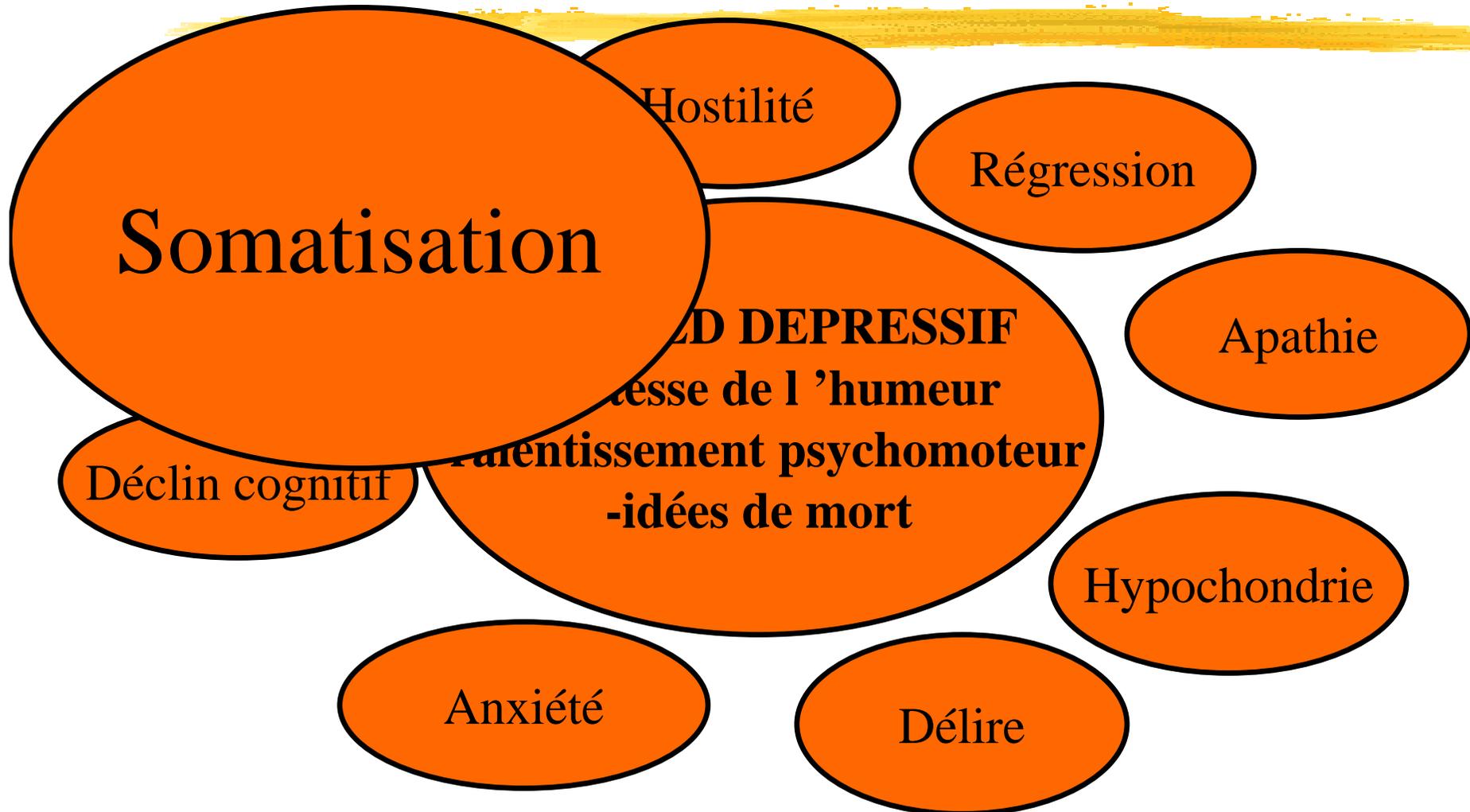
⌘ Critères DSM IV: épisode dépressif majeur (5 critères)

- ☑ 1) Humeur dépressive continue.
- ☑ 2) Perte d'intérêt ou de plaisir (Anhédonie).
- ☑ 3) Perte ou gain de poids.
- ☑ 4) Insomnies/hypersomnies.
- ☑ 5) Agitation/Ralentissement psychomoteur.
- ☑ 6) Asthénie.
- ☑ 7) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive.
- ☑ 8) Troubles de concentration
- ☑ 9) Pensées de mort récurrentes

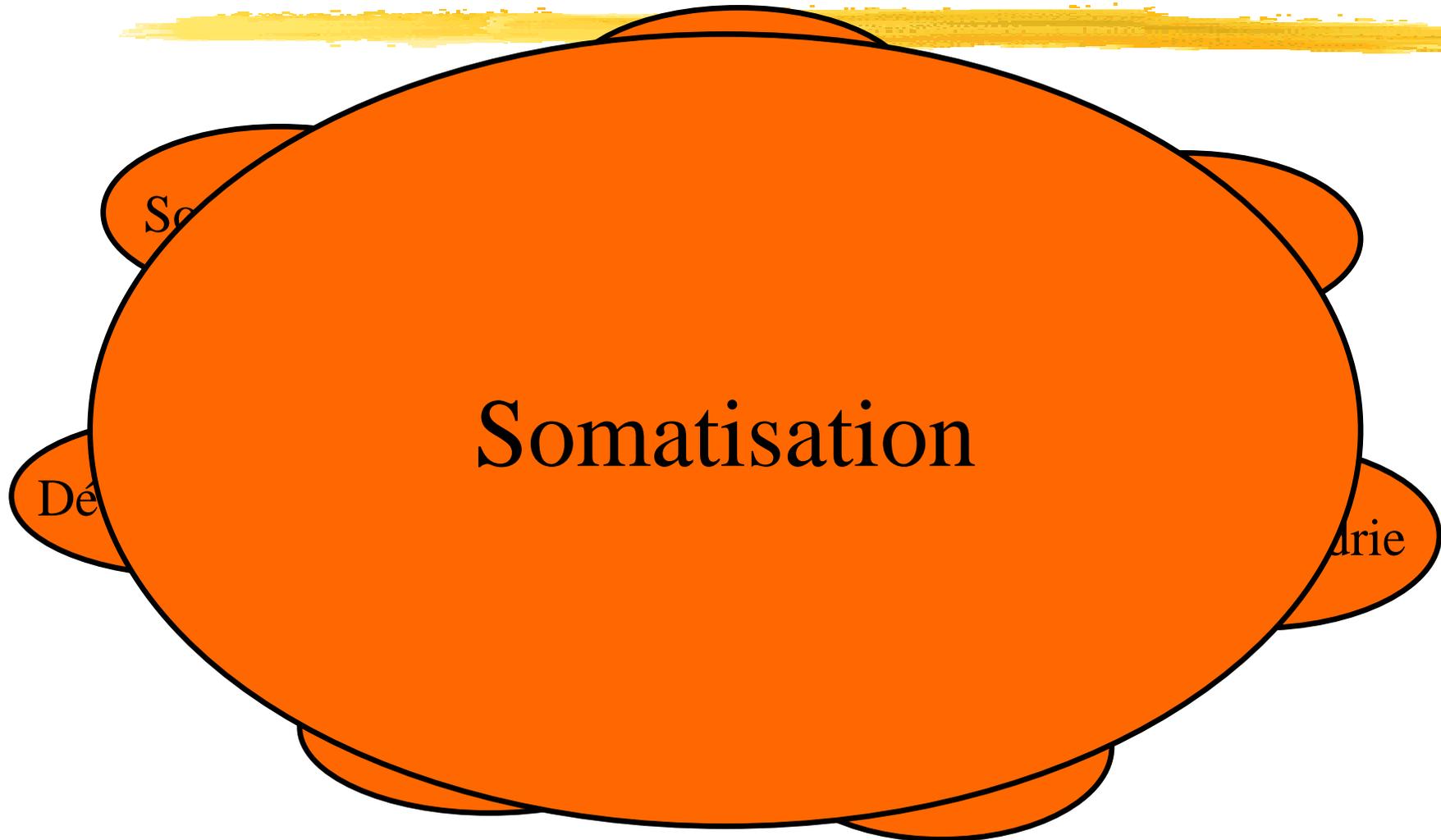
UNE CLINIQUE POLYMORPHE



UNE CLINIQUE POLYMORPHE



UNE CLINIQUE POLYMORPHE



DEPRESSION MASQUEE



- ⌘ Humeur dépressive masquée par les **symptômes somatiques**
- ⌘ Inadéquation entre les plaintes somatiques et l'examen clinique
- ⌘ Céphalées, douleurs dorso-lombaires ou abdo, précordialgies...
- ⌘ Discours très opératoire, logique avec peu de référence aux affects
- ⌘ Multiplication des examens complémentaires qui conforte les angoisses du patients

MASQUE DELIRANT



⌘ Dépression mélancolique

- ☒ Délire centrifuge centré sur le patient:
« je suis coupable »
- ☒ Mécanisme: interprétations, intuitions,
hallucination coenesthésiques et acoustico
verbales.
- ☒ thèmes: indignité, incurabilité, culpabilité...

MASQUE DELIRANT



⌘ Dépression mélancolique

☒ Associée à la Maladie bipolaire

☒ à début précoce: diagnostic évoqué sur les atcds

- Évolution: diminution de la fréquence et de l'intensité des accès maniaques ou dépressifs

☒ révélation tardive:

- importance de l'exploration de la personnalité pré-morbide: Dépressivité, hyperactivité.
- Rechercher les antécédents familiaux.
- Confusion, agitation, stupeur fréquentes
- Formes mixtes, cycles rapides.
- Favorisé par un déclin cognitif ?

MASQUE DELIRANT



⌘ Dépression à masque délirant

- ☑ Délire centripète, centré sur l'environnement: « Je suis victime »
- ☑ **Délire sectorisé** dans certains domaines de la vie quotidienne (voisins, famille...).
- ☑ Pas de syndrome dissociatif comme dans les psychoses: Discours cohérent avec la pensée de patient
- ☑ Association possible mais non systématique à un déclin cognitif.

MASQUE DELIRANT



- ⊞ **Mécanismes interprétatifs** avec thèmes de préjudice, de persécution, de jalousie, de vol, nourriture empoisonnée..
- ⊞ Mais aussi **mécanismes hallucinatoires**:
 - ⊞ Favorisés par la désafférentation sensorielle
 - ⊞ Adhésion modérée aux hallucinations dont le caractère absurde peut être critiqué
 - ⊞ Anxiété souvent modérée
 - ⊞ Absence de réticence pour en parler

MASQUE DELIRANT



⌘ Délires spécifiques

- ☑ **Syndrome d 'Ekbaum** ou délire d 'infestation:
État persistant durant lequel le patient croit que de petits animaux tels que des insectes, de la vermine ou des asticots vivent et se développent sous la peau »
- ☑ **Syndrome de Charles Bonnet**: hallucinations visuelles complexes riches en détails comportant souvent des personnages et des animaux

MASQUE DELIRANT

⌘ Délires spécifiques

☒ **Syndrome de Cotard:** Conviction délirante que les intestins ne fonctionnent plus, qu'ils disparaissent ou qu'ils pourrissent.

☒ **Syndrome du compagnon tardif:**

☒ Le compagnon est d'abord imaginé puis halluciné.

Élaboration de scénarii. Il peut être reporté sur un aidant, sa propre image spéculaire, sur un objet familier inanimé.

☒ Peut accompagner les deuils

☒ Retrouvé également dans les démences

MASQUE DELIRANT



⌘ Explication psychodynamique

- ☑ Le délire une tentative d 'adaptation?
 - ☒ Permet de rétablir une cohérence entre l 'affectivité et ce qui est perçu du monde environnant.
- ☑ Le délire: modalité de lutte contre l 'isolement, la solitude affective et la dépression
- ☑ **Délire = Défense active et positive contre la dépression.**
- ☑ Dans cette perspective, **le délire ne doit pas forcément être traité ou supprimé.**

MASQUE HOSTILE (Monfort, 1994)



- ⌘ Projection sur l'entourage du malaise interne
- ⌘ patient irritable, coléreux, hostile, opposant, parfois mutique (agressivité active VS agressivité passive)
- ⌘ Niveau d'agressivité variable dans la journée et en fonction de l'interlocuteur.
- ⌘ Favorisé par un délire associé
- ⌘ Les réactions en miroir de l'entourage entretiennent l'agressivité.
- ⌘ Réaction d'évitement et de rejet des proches

MASQUE ANXIEUX



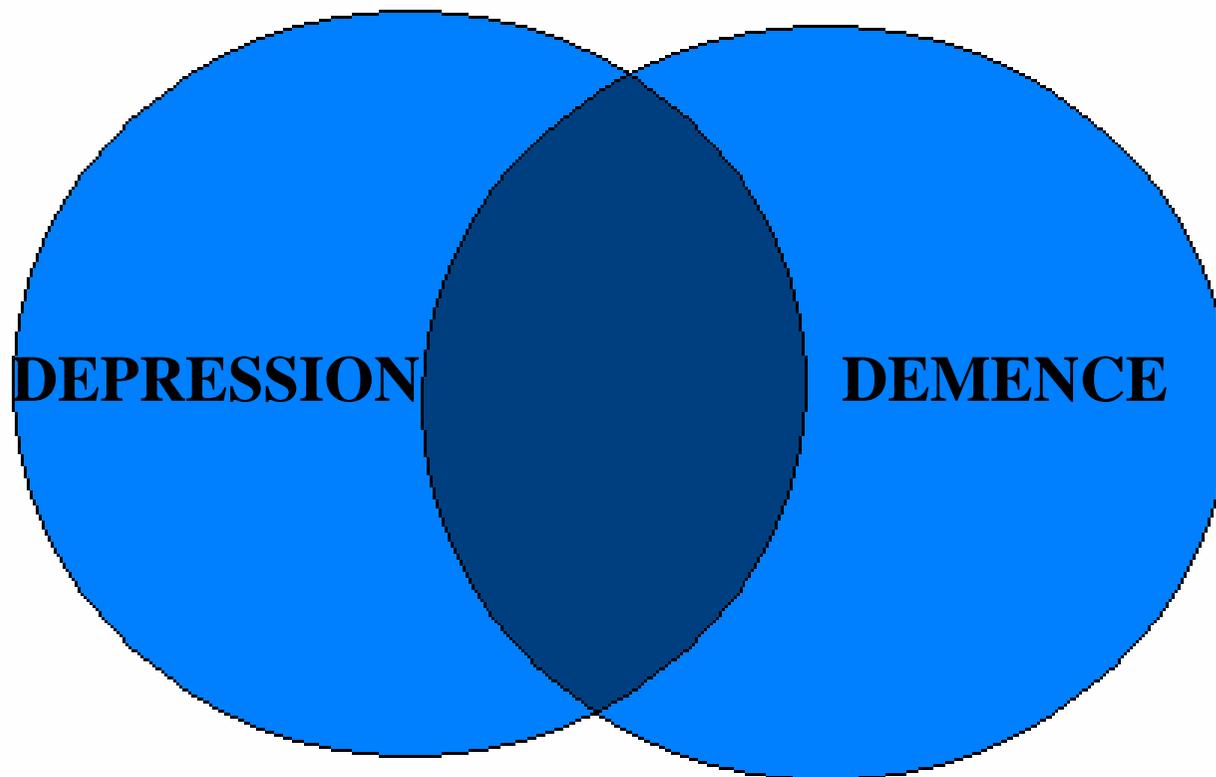
- ⌘ Très souvent, absence d 'atcd de troubles anxieux
- ⌘ Existence d 'un facteur déclenchant
- ⌘ Angoisse flottante, sans objet, avec crises paroxystiques reliées à des faits anodins
- ⌘ Inhibition physique et psychique
- ⌘ Dépendance croissante vis à vis des proches

MASQUE CONATIF



- ⌘ Syndrome de démotivation au premier plan,
- ⌘ Patient en retrait, indifférence affective, perte d'intérêt pour ses activités habituelles.
Résignation.
- ⌘ Négligence physique.
- ⌘ Aucune tristesse de l'humeur exprimée.
- ⌘ Peut reprendre une activité après stimulation.
- ⌘ Dépression froide.

DEPRESSION ET DEMENCE



DEPRESSION ET DEMENCE

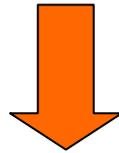


⌘ Plusieurs situations (Camus,1995)

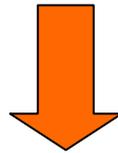
- ☒ La dépression (pseudo démentielle ou non) favorise la survenue ultérieure d'une démence
- ☒ Dépression et Démence sont indépendantes, leur coexistence est fortuite
- ☒ Dépression secondaire à la démence (20 à 50%)
 - ☒ Réactionnelle: prise de conscience du déclin cognitif
 - ☒ Endogène: conséquence des remaniements neuro-bio-chimiques de la démence

DEPRESSION ET DEMENCE

⌘ Dépression inaugurale après 50 ans

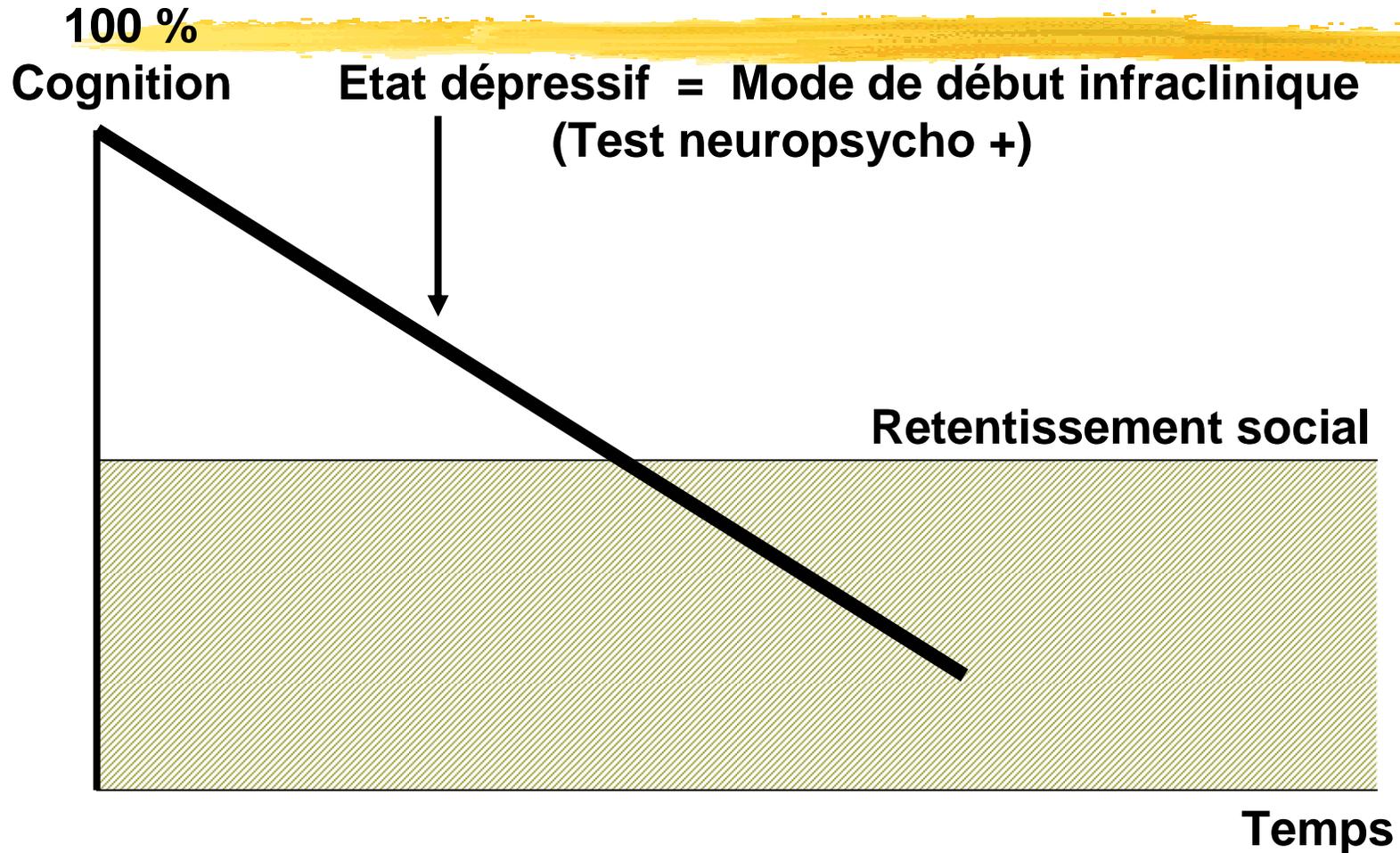


FACTEUR DE RISQUE DE MA



Intérêt de bien connaître l'histoire clinique et les bilans neuropsychologiques qui vont aider à établir un diagnostic neurologique ou psychiatrique

DEPRESSION = 1^{er} SIGNE D'UN ETAT DEFICITAIRE



Continuum entre démence et dépression



Les troubles cognitifs

L. Hugonot-Diener - J. Pellerin

Dépression du Sujet Âgé : les éléments du diagnostic précoce

Niveau de l'atteinte

Premier plan
Dépression

Premier plan
Maladie d'Alzheimer

Histoire clinique

Famille au courant du problème

Famille n'ayant pas réalisé le problème ou le sous estimant

Passé psychiatrique fréquent

Passé psychiatrique rare

Début plus récent, souvent daté

Début imprécis

Progression rapide

Progression lente

Fixation sur des souvenirs tristes

Émergence de souvenirs anciens de tonalité variable

(Winstead, Neurol Clin 1984)





Les troubles cognitifs

L. Hugonot-Diener - J. Pellerin

Dépression du Sujet Âgé : les éléments du diagnostic précoce

Niveau de l'atteinte

Discours et comportement

Premier plan Dépression

Les patients se plaignent beaucoup de leur déficit intellectuel

Les patients majorent leurs incapacités et leurs échecs

Les patients font peu d'effort pour accomplir des tâches complexes

Les activités sociales sont souvent arrêtées de façon précoce et prédominante (non expliqué par la gêne)

Premier plan Maladie d'Alzheimer

Les patients se plaignent peu de leur déficit intellectuel

Les patients minorent leur déficit

Les patients font beaucoup d'effort pour accomplir des tâches simples

Les activités sociales sont maintenues au début

(Winstead, Neurol Clin 1984)





Les troubles cognitifs

L. Hugonot-Diener - J. Pellerin

Dépression du Sujet Âgé : les éléments du diagnostic précoce

Niveau de l'atteinte

Premier plan Dépression

Premier plan Maladie d'Alzheimer

Comportement et affects

Les patients n'essaient pas de se maintenir au niveau

Les patients comptent sur leurs notes pour se maintenir au niveau

L'humeur triste est envahissante

L'humeur est labile et superficielle

Accentuation vespérale des troubles ; réveils matinaux

Accentuation nocturne des troubles ; nuits perturbées

(Winstead, Neurol Clin 1984)





Dépression du Sujet Âgé : les éléments du diagnostic précoce

Les troubles cognitifs

L. Hugonot-Diener - J. Pellerin

3) Les tests utilisés

a) L'épreuve des cinq mots

(Dubois, Presse Med 2002)

Cinq mots lus, encodés et restitués sans, puis avec indiçage sémantique si nécessaire

- **Limonade** (boisson)
- **Passoire** (ustensile de cuisine)
- **Camion** (véhicule)
- **Musée** (bâtiment)
- **Sauterelle** (insecte)





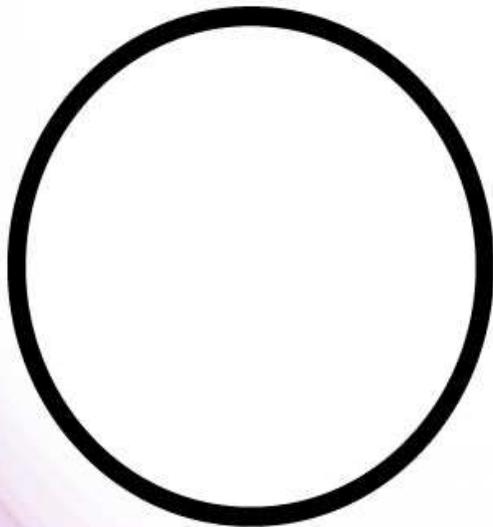
Les troubles cognitifs

L. Hugonot-Diener - J. Pellerin

Dépression du Sujet Âgé : les éléments du diagnostic précoce

b Le test de l'horloge

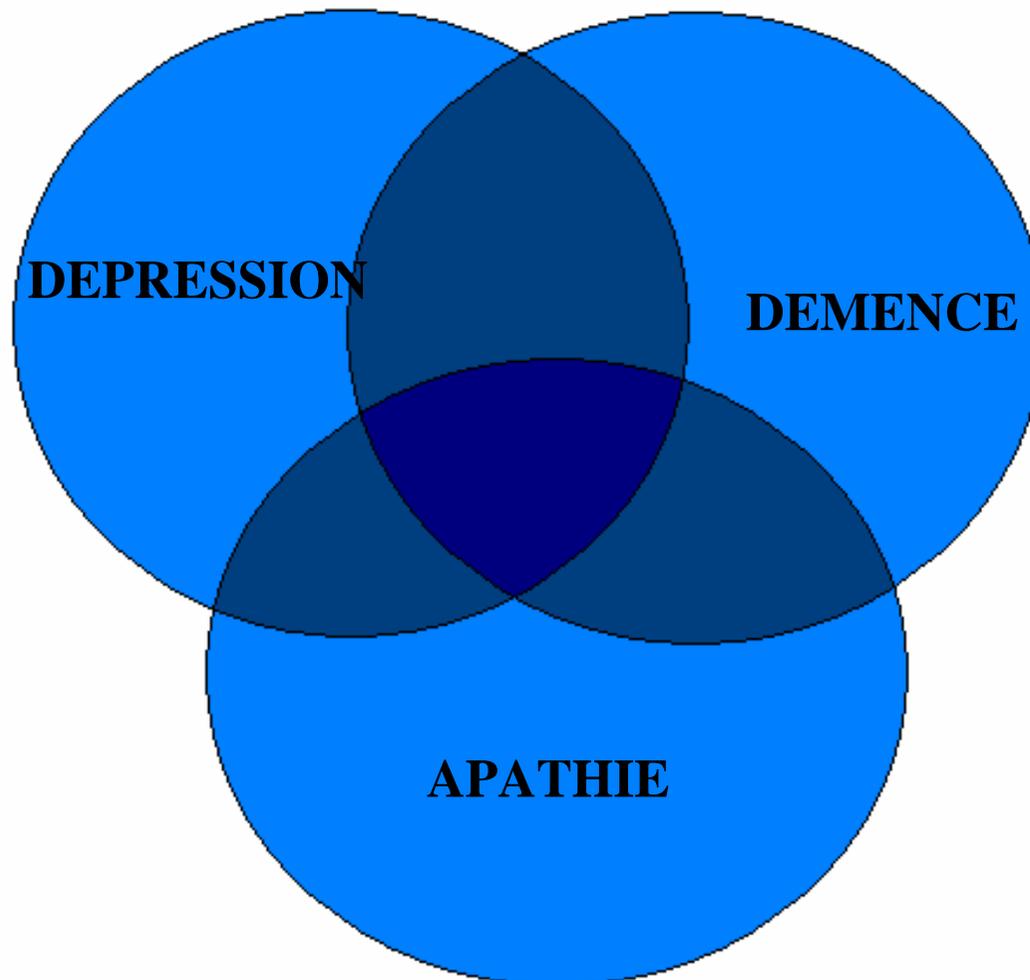
(Libon, Arch Clin Neuropsychol 1993)



Faire placer les chiffres dans une horloge pré-dessinée puis faire indiquer 10h10



DEPRESSION, DEMENCE, APATHIE



APATHIE.



- ⌘ Définition: perte d 'intérêt. Perte d 'auto-activation mentale
- ⌘ Ex: patient qui peut rester assis sur une chaise pendant plusieurs heures sans sentiment d 'ennui. Incapable de réaliser une tâche de façon spontanée, mais pouvant initier une action après stimulation (ordre verbal).

APATHIE



⌘ TROIS DIMENSIONS

- ☒ Dimension affective: Emoussement des affects, indifférence affective.
- ☒ Dimension conative: perte de l'initiative, difficultés à initier des actions dirigées vers un but.
- ☒ Dimension cognitive: Absence d'intérêt, Pauvreté de la pensée, voire vide de la pensée (Habib, 1994).

Inventaire d'apathie



⌘ Perte d'intérêt

- ☒ S'intéresse-t-il aux activités et au projet des autres
- ☒ Manifeste-t-il de l'intérêt pour ses amis, les membres de la famille

⌘ Perte d'initiative

- ☒ le sujet engage-t-il une conversation de façon spontanée?
- ☒ Prend-il des décisions?
- ☒ Fait-il référence à un tiers quand il doit prendre une décision ?

⌘ Émoussement affectif

- ☒ Le sujet se montre-t-il affectueux, a-t-il des sentiments

Dépression Vasculaire

⌘ Facteurs de risques vasculaires

⌘ Clinique:

☒ Ralentissement psychomoteur ++

☒ Pauvreté idéique

☒ Perte d'initiative

☒ Émoussement affectif

☒ Absence d'affects dépressifs exprimés

⌘ Signes neuro-radiologiques

☒ lacunes frontales, noyau gris (Thalamus, noyau caudé)

☒ Fréquence des dépressions post AVC (hémisphère G)

⌘ Moins bonne réponse thérapeutique

Dépression Secondaire

⌘ Existence d'un lien chronologique entre la survenue de la dépression et une pathologie somatique

☒ Maladie de Parkinson: 1/3 précédée par un syndrome dépressif

☒ Dépression vasculaire: lacunes frontales++, AVC gauche

☒ Hydrocéphalie à pression normale

☒ Maladies endocriniennes: DNID, Dysthyroïdie...

⌘ Iatrogénie:

☒ Corticothérapie, interféron ++

☒ B Bloquants, anti HTA centraux, neuroleptiques, cimétédine +/-

DEPISTAGE

⌘ MINI GDS

- ☒ Avez vous le sentiment que votre vie est vide? 0=1
- ☒ Etes-vous heureux(se) la plupart du temps? N=1
- ☒ Vous sentez-vous facilement découragé(e) et triste? 0=1
- ☒ Avez vous l'impression que votre situation est désespérée? 0=1

Si score=1 ou plus: Très forte probabilité de dépression

Si score=0 : Très forte probabilité d'absence de dépression

Démarche diagnostic



- ⌘ **Entretien en 2 temps: patient seul puis patient + famille**
- ⌘ Rechercher les antécédents psychiatriques et médicaux (dépression secondaires, effets iatrogènes médicamenteux).
- ⌘ Si pas d'antécédents psy, explorer la personnalité antérieure, la capacité à surmonter les situations de crise.
- ⌘ Expression brutale ou progressive des troubles
- ⌘ rechercher un facteur déclenchant, évènements de vie récents.
- ⌘ Explorer l'environnement, la qualité des liens dans la famille, l'entourage affectif.

Démarche diagnostic



- ⌘ Lieu de vie actuel: domicile ? Résidence ? Quels ont été les motifs d 'orientation en résidence (choix du patient? perte d 'autonomie? Inquiétude de la famille? Orientation brutale ou anticipée?)
- ⌘ Nature des aides au domicile: IDE, aide ménagère, enfants...
- ⌘ Rechercher une désafférentation sensorielle: Cécité, surdité.

Démarche diagnostic

⌘ Exploration clinique: (1) Humeur

- ☒ Le patient connaît-il les raisons de la consultation ?
- ☒ Comment juge-t-il son humeur ?
- ☒ Comment explique-t-il ce changement d'humeur ?
- ☒ Si difficultés à répondre entretien plus orienté à la recherche de symptômes dépressifs précis: sommeil, alimentation, tristesse, idées noires, idées suicidaire...
- ☒ Rechercher une éventuelle élaboration délirante
- ☒ Rechercher des signes d'anxiété, soit exprimée clairement par le patient, soit indirectes (instabilité, sueur, mouvement des mains...)
- ☒ Évaluer les capacités de projection dans l'avenir
- ☒ Quels sont les éléments positifs qui persistent.

Démarche diagnostic

⌘ Exploration clinique: (2) Cognition

- ☒ Rechercher des arguments en faveur d'un déclin cognitif: quel est le jugement du patient sur sa mémoire? A t-il des exemples ou sa mémoire lui a joué des tours ? A-t-il des difficultés à trouver ses mots (mots sur le bout de la langue)
- ☒ Fréquente anosognosie des troubles de mémoire: interroger la famille.
- ☒ Évaluation neuropsychologique succincte: MMS/Test de l'horloge.

THERAPEUTIQUE



- ⌘ Ne pas faire reposer la prise en charge uniquement sur le traitement psychotrope
- ⌘ Chercher à remettre du sens aux troubles du comportement ou à la plainte du patient
- ⌘ Ne pas réagir en miroir
- ⌘ Intérêt des psychothérapies de soutien
- ⌘ Si intrication Cognition/ Dépression: pertinence d 'un traitement anti-dépresseur d 'épreuve.

THERAPEUTIQUE



⌘ Les Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)

- ☑ Avantage: Pas d'effet anti-cholinergique donc meilleure tolérance que les TC chez le sujet âgé
- ☑ Effets indésirables: troubles digestifs, vertiges céphalées, hyponatrémie
- ☑ Rares Syndromes Sérotoninergiques: Agitation, confusion, myoclonies, tremblements, rigidité musculaire, hypertension, hyperthermie. Arrêt immédiat. Switch par une autre classe AD.

THERAPEUTIQUE



- ⌘ Métabolisme hépatique: posologie à diminuer chez l'insuffisant hépatique
- ⌘ Interaction avec le cytochrome P450 (sauf le Citalopram: SEROPRAM): Attention aux patients sous anti-coagulants
- ⌘ Effet antidépresseur, anxiolytique, anti-impulsif (pas d'AMM)
- ⌘ A choisir en fonction des propriétés sédatives, stimulantes, anxiolytiques.
- ⌘ Augmentation progressive des posologies pour favoriser la tolérance: Palier de 7 à 10 jours.

THERAPEUTIQUE



⌘ Inhibiteurs spécifique de la MonoAmine Oxydase A: Moclobémide

- ☑ Demi vie courte: 2h
- ☑ Pas de précautions d 'emploi particulières
- ☑ Peu d 'effets secondaire (nausées, céphalée)
- ☑ Fixation Albumine: 50%
- ☑ Pas de risque d 'hypertension maligne comme avec les IMAO classiques

THERAPEUTIQUE

⌘ Inhibiteurs spécifique de la monoAmine oxydase A: Moclobémide

- ☒ Très bonne tolérance chez le sujet âgé. Pas de précaution d 'emploi
- ☒ Effet stimulant, intéressant dans les dépression ralenties avec une forte dimension apathique, en cas de déclin cognitif et en présence d 'anorexie.
- ☒ A éviter chez les patients agités
- ☒ Alternative chez les patients intolérants aux IRS ou sous anticoagulants
- ☒ Posologie de 300 à 600mg/jour

THERAPEUTIQUE



⌘ Si présence d 'un délire générateur d 'un vécu anxieux majeur

☑ Neuroleptique atypique: Rispéridone à faible dose, 0,25mg à 2mg max.

☑ mais syndromes extrapyramidaux, hypotension.

⌘ Association possible mais non systématique d 'anxiolytique:

☑ Favoriser les 1/2 vie courtes: Alprazolam, Lorazepam

☑ Posologie faible

☑ à réévaluer régulièrement

THERAPEUTIQUE



⌘ Electro-convulsivo-thérapie.

- ☑ Indication: dépression majeure d'intensité mélancolique avec résistance au traitement psychotrope.
- ☑ Indication en première intention si risque vital (refus d'alimentation, opposition, répercussion physiques graves)
- ☑ Bonne tolérance/risque limité
- ☑ Amnésie antérograde plus marquée
- ☑ 3 séances/ semaine sur 4 à 6 semaines

Surveillance



⌘ Attention aux effets secondaires systematiques des psychotropes en gériatrie:

- ☒ Neuroleptiques, antipsychotiques: Hypotension, sédation, somnolence, rigidité extra-pyramidal, fausses route, syndrome malin...
- ☒ Antidépresseur: Hponatrémie, confusion, syndrome sérotoninergiques, nausées...
- ☒ BZD: hypotensions, myorelaxation, confusion, agitation (effet paradoxal)

Surveillance

- ⌘ Attention aux effets secondaires systématiques des psychotropes en gériatrie:
 - ☒ Thymorégulateurs: somnolence, encéphalopathie
 - ☒ Contention: complications thromboemboliques, majoration risque de chute, fragilisation osseuse...
 - ☒ **Risque principal: Chute + fracture col du fémur**
 - ☒ **Surveillance +++: si TAs < 10 ---> signaler médecin.**
 - ☒ **Conscience, température, sommeil...**

Les traitement AD dans la région stéphanoise (CNAM, 2004).

- ⌘ Étude portant sur 315 patients
 - ☒ 1/3: traitement inférieur à 1 mois
 - ☒ 2/3: Traitement inférieur à 6mois
 - ☒ Association anxiolytique dans 52% des cas
- ⌘ **Délai d 'action minimum de 15 jours**, 3 à 6 semaines chez le sujet âgés
- ⌘ Association aux Anxiolytiques non recommandée en première intention
- ⌘ **Si efficacité:** poursuite du traitement au moins 6 mois.
- ⌘ **Si rechute:** traitement à prolonger au moins deux ans, voire indéfiniment (Clément, 2002)

CONCLUSION



- ⌘ Attention aux dépressions masquées
- ⌘ Se méfier des propos faussement rassurant
- ⌘ Ne pas hésiter à évoquer les idées suicidaires
- ⌘ Rechercher une rupture dans le comportement du patient
- ⌘ Le délire à parfois une fonction protectrice, ne pas toujours chercher à le supprimer par des neuroleptiques
- ⌘ Ne pas hésiter à utiliser les anti-dépresseurs...en réévaluant régulièrement leur efficacité