

Le syndrome dépressif,
La dépression ou
Episode Dépressif Majeur (EDM)

E.PONAVOY
2014/2015

L'humeur

- Humeur ou thymie = disposition affective fondamentale donnant à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable
- L'humeur est influencée par les émotions, l'instinct, l'intelligence, les fonctions psychiques supérieures, les traits de personnalité...
- Oscillation entre deux pôles extrêmes:
 - Pôle dépressif : la mélancolie
 - Pôle maniaque : la manie

Historique des troubles de l'humeur

- Dépression : connue depuis l'Antiquité
 - Ancien Testament : le roi Saul, Job
 - Iliade d'Homère : le suicide d'Ajax
 - Hippocrate : terme de manie et de mélancolie
- Folie circulaire (Jules Falret – 1854)
- Cyclothymie (Karl Kahlbaum – 1882)
- Psychose maniaco-dépressive (Kraepelin – 1899) *(différenciée de la démence précoce)*

Etiologie?

- **Les causes** de la dépression restent inconnues à ce jour
- **Problème sous-jacent** : l'hétérogénéité de la population définie selon les critères actuels de diagnostic
- **Facteurs étiologiques** :
 - divisés en biologique, génétique et psychosocial
 - mais division artificielle car interactions +++ entre ces trois secteurs

Le syndrome dépressif

- Syndrome dépressif : trouble de l'humeur dans le sens d'un abaissement de l'humeur, à un instant donné, qui se caractérise par une association de différents symptômes
- Sans préjuger de la cause éventuelle
- Syndrome dépressif ne signifie pas simplement tristesse mais correspond à un regroupement plus large de symptômes

Les différents symptômes du syndrome dépressif

- Humeur dépressive
- Ralentissement psychomoteur
- Signes somatiques
- Anxiété
- Idées suicidaires

Humeur dépressive

- Tristesse de l'humeur
- Vécu pessimiste avec sentiment d'insatisfaction, de dévalorisation et d'**auto-dépréciation**
- Sentiment d'inutilité, de culpabilité, de honte
- La tonalité désagréable de l'ensemble de l'affectivité traduit la **douleur morale** des déprimés
- Tout semble s'écrouler, seul le malheur devient certitude

Humeur dépressive

- **Anhédonie**: perte de la capacité à éprouver du plaisir
- **Perte de la capacité d'anticipation**, sous-tend la perception d'un avenir disparu
- Repli sur soi
- Indifférence pouvant aller jusqu'à l'anesthésie affective

Ralentissement psychomoteur(1)

- Ralentissement psychique:
 - Perte de l'élan vital
 - Inhibition intellectuelle avec incapacité à réfléchir, à se concentrer
 - Monodéisme avec ruminantion d'une même pensée
 - Lenteur idéatoire, bradypsychie, viscosité
 - L'**aboulie**: perte de la volonté, incapacité à exécuter les actes pourtant planifiés et une grande difficulté à prendre des décisions = incapacité d'agir

Ralentissement psychomoteur(2)

- Ralentissement moteur
 - Tout mouvement devient épuisant
 - **Asthénie** fondamentale, prédominante le matin
 - Inhibition motrice

Signes somatiques(1)

- Atteinte des fonctions instinctuelles
- Troubles du sommeil
 - **Insomnie matinale++**, parfois hypersomnie
- Troubles alimentaires
 - **Anorexie** avec amaigrissement, parfois hyperphagie
- Troubles de la libido
 - **Baisse de la libido**, aménorrhée

Signes somatiques(2)

- Autres
 - Ralentissement du transit intestinal: constipation
 - Bouche sèche
 - hypotension

Anxiété

- Le déprimé est pris dans un vertige devant l'avenir qu'il ne peut concevoir, qu'il craint
- **État de tension psychologique** plus ou moins permanent avec sentiment d'un danger ou d'un drame imminent
- Incapacité à se détendre
- **Déficit d'attention**
- Peut engendrer des passages à l'acte
- Véritable pathologie anxieuse associée possible
- => notion de **syndrome anxio-dépressif**

Idées suicidaires

- A rechercher de façon systématique
- En faciliter l'expression
- Rechercher des équivalents suicidaires:
 - troubles des conduites,
 - prises de toxiques

La Dépression

EDM (épisode dépressif majeur)

Epidémiologie

- Maladie très fréquente
- Life time prévalence : 15% (jusqu'à 25% pour les femmes)
- Incidence chez les patients soignés en médecine générale : 10%
- Incidence chez les patients hospitalisés en médecine : 15%

- Efforts nécessaires pour mieux faire connaître l'EDM par la population générale et les soignants
- Seulement la moitié des EDM sont diagnostiqués et traités

- Prévalence deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes
- (constatation quasi universelle) :
- Hypothèses :
 - Indépendant du pays ou de la culture
 - Différences hormonales ?
 - Différence en stress psychosociaux ?
 - Transmission du modèle d'impuissance apprise ?

- Âge moyen de début : **40 ans**
- Début entre 20 et 50 ans : 50% des patients
- Plus rarement, EDM peut débuter dans l'enfance ou à un âge avancé
- Données épidémiologiques récentes : augmentation dans le groupe d'âge inférieur à 20 ans (usage alcool et autres substances?)

- EDM plus fréquent chez :
 - sujets sans relations interpersonnelles étroites
 - Sujets divorcés
 - Sujets veufs

- Pas de corrélation entre EDM et statut socio-économique
- Plus fréquent en régions rurales qu'en régions urbaines

1 – Facteurs biologiques

- Noradrénaline et sérotonine : les 2 neurotransmetteurs les plus impliqués
- Rôle supposé d'autres neurotransmetteurs : dopamine, acétylcholine, GABA, vasopressine, endorphines
- Atteinte de la régulation neuro-endocrinienne (hormone de croissance, thyroïde et cortico-surrénale) : reflet d'un trouble cérébral plus fondamental

1 – Facteurs biologiques

- **Sommeil** : augmentation de la latence d'endormissement, REM latence raccourcie, première période REM allongée
- Trouble des **rythmes circadiens** ? (*perturbations de l'architecture du sommeil*)
- Trouble de la **régulation neuro-immunitaire**
- **PET scan** : → diminution flux sanguin pour ensemble du cortex et surtout la zone frontale
- **Neuro-anatomie** : hypothèse d'une pathologie impliquant le **système limbique**, le **ganglion basal** et l'**hypothalamus**

2 – Facteurs génétiques

- Indication manifeste d'un **facteur génétique significatif**
- Transmission génétique par des mécanismes complexes
- Impossible d'exclure des effets psycho-sociaux
- Chez certains sujets, des facteurs non-génétiques ont un rôle causal

2 – Facteurs génétiques

- **Études familiales :**
 - Parent au 1^{er} degré d'un parent bipolaire = 2 à 10 fois plus de risque de développer un EDM que sujets contrôles
 - Probabilité de développer un trouble de l'humeur diminue parallèlement au degré de parenté

2 – Facteurs génétiques

- **Études d'adoption :**
 - L'enfant biologique de parents atteints de troubles de l'humeur présente un risque accru **même s'ils ont été élevés dans une famille adoptive exempte de ce trouble**
 - Les parents biologiques d'enfants adoptés et atteints de trouble de l'humeur présente la même prévalence de troubles de l'humeur que les parents d'enfants non adoptés et atteints de trouble de l'humeur
 - Les parents adoptifs d'enfants adoptés et atteints de trouble de l'humeur présente par contre une prévalence des troubles de l'humeur semblable à celle de la population générale

2 – Facteurs génétiques

- Études des jumeaux

Taux de concordance	EDM	Bipolaires I
Monozygotes	Environ 50%	33 à 90% <i>Selon les études</i>
Bizygotes	10 à 25%	5 à 25%

3 – Facteurs psychosociaux

- **Événements de vie et stress environnemental :**
 - Les événements stressants de vie précèdent **plus souvent le premier épisode** que les épisodes ultérieurs.
 - **Théorie :**

Le stress accompagnant le premier épisode aboutit à des changements au long cours au niveau de la biologie cérébrale

 - modification de l'état fonctionnel de divers neurotransmetteurs et systèmes de signalisation intraneuronal
(perte de neurones, réduction excessive contacts synaptiques)
 - risque accru de nouvel épisode de trouble de l'humeur en dehors de tout événement stressant extérieur

3 – Facteurs psychosociaux

- **Événements de vie et stress environnemental :**
 - Pour certains cliniciens : les événements de vie ont un rôle primaire ou au moins principale dans les troubles de l'humeur
 - Pour d'autres : les événements de vie n'ont qu'un rôle limité dans le déclenchement et la durée des troubles de l'humeur
 - L'événement de vie le plus souvent associé avec le déclenchement ultérieur d'une dépression est la **perte d'un parent avant 11 ans.**
 - Le stress environnemental le plus souvent associé avec le déclenchement d'un épisode de dépression est la **perte d'un conjoint**

3 – Facteurs psychosociaux

- **Famille :**
 - Le degré de psychopathologie d'une famille peut affecter la rapidité de la guérison d'un patient et le niveau d'adaptation retrouvé à la « guérison »
 - Importance donc d'évaluer le milieu de vie familial d'un patient déprimé et de s'occuper des stress existentiels liés au mode de fonctionnement familial

4 – Personnalité pré morbide

- Il n'y a pas de trait de personnalité ou de personnalité unique qui prédispose à la dépression
- N'importe quel humain, quelle que soit sa personnalité, est susceptible de présenter une dépression dans certaines circonstances
- Risque accru : personnalités dépendantes, obsessionnelles, hystériques
- Stresseurs les plus à risque de déclencher un épisode dépressif : ceux ressentis par le patient comme une atteinte plus profonde à l'estime de soi

5 – Impuissance apprise

- **Modèle animal de la dépression**
- Des animaux soumis de façon répétée à des chocs électriques inévitables, finissent par « se résigner » et cessent de chercher à échapper à de nouveaux chocs → ils ont « appris qu’ ils étaient impuissants »
- Idem chez les humains?
- Nécessité donc de réinstaurer un sentiment de contrôle et de maîtrise sur son environnement

5 – Impuissance apprise

- **Triade dépressive:**
 - Considérer les causes des événements néfastes comme permanentes, personnelles et omniprésentes
 - Considérer les causes des événements bénéfiques comme temporaires, sans relation avec soi et atypiques
 - Conception négative de soi, du monde et du futur
- **Thérapie cognitive:**
 - = « restructuration » cognitive
 - créer un style optimiste d'attribution causale

Clinique de la dépression en fonction de l'âge

Enfants et adolescents

Symptômes « atypiques »

- **Enfants :**
 - Phobie scolaire
 - Accrochage excessif aux parents
- **Adolescents :**
 - Résultats scolaires médiocres
 - Abus de substance
 - Comportement antisocial
 - Promiscuité sexuelle
 - Absentéisme scolaire
 - Fugue

Traits spécifiques de la dépression du sujet âgé

- Humeur dépressive rare, plutôt modification de la personnalité, irritabilité, hostilité voire agressivité
- Perte d'intérêt majeure
- Importance de l'**anhédonie** : caractère permanent, pénible avec sentiment de vide intérieur
- Plaintes somatiques plus fréquentes
- Taux plus élevé de délire, d'agitation, de perturbation de l'appétit et d'idées de culpabilité

- Ralentissement psychomoteur: difficile à apprécier, nécessité de repères antérieurs
- Troubles du sommeil présents mais d'interprétation difficile: modifications physiologiques, caractère subjectif des troubles

Durée d'un épisode

- **Épisode non traité** : 6 à 13 mois
- **Épisode traité** : environ 3 mois
- Arrêt des antidépresseurs avant 3 mois : quasi toujours suivi d'une rechute
- Au fur et à mesure que la maladie progresse, la durée des épisodes s'allonge
- **Sur une période de 20 ans**, le nombre moyen d'épisodes se situe entre 5 et 6

Pronostic

- EDM n'est pas une maladie bénigne !
- Tendance à la chronicisation et aux rechutes
- EDM hospitalisés pour un premier épisode : 50% de chance de guérison dans l'année
- Cinq ans après une hospitalisation, 10 à 15% des patients n'ont pas guéri
- Beaucoup de patients non guéris présentent un tableau clinique de dysthymie (=dépression mineure)
- Les rechutes sont moins fréquentes chez les patients qui continuent un traitement psychopharmacologique prophylactique
- En cas d'épisodes multiples, l'intervalle entre les épisodes diminue et la sévérité des épisodes s'aggrave

EDM - Traitement

Principes

- Globalement, le traitement des troubles de l'humeur est efficace
- Au début, les résultats du traitement ne sont pas nécessairement encourageants
- Pronostic favorable pour chaque épisode
- Efficacité reconnue actuellement des traitements prophylactiques
- Nécessité de préparer le patient et la famille à une stratégie à long terme

Objectifs

- Assurer la sécurité du patient
- Assurer un diagnostic solide et une évaluation approfondie
- Établir un plan thérapeutique:
 - Suppression des symptômes actuels
 - Viser le bien-être au long cours → gérer également les éléments existentiels stressants

Hospitalisation - critères

- Nécessité de recourir à un bilan exhaustif pour le diagnostic et l'évaluation
- Risque de suicide ou d'homicide
- Atteinte majeure du sentiment de bien-être et besoin d'être « mis à l'abri »
- Aggravation rapide des symptômes
- Atteinte du réseau social de soutien du patient

Thérapie psychosociale

- Nombreux travaux : une combinaison de psychothérapie et de pharmacothérapie est la stratégie la plus efficace
- Quelques données : face à dépression modérée, psychothérapie ou pharmacothérapie seule est efficace
- Trois types de thérapies brèves confirmées :
 - Thérapie cognitive
 - Thérapie interpersonnelle
 - Thérapie comportementale

Pharmacothérapie

Éducation du patient

- Élément crucial de l'efficacité du traitement
- Aucun risque de dépendance
- Délai de 3 à 4 semaines
- Choix du premier médicament ?
- Explication détaillée des effets secondaires

Différents antidépresseurs

- IMAO
 - Sélectifs Moclobemide moclamine
- Imipraminiques
 - Tofranil imipramine
 - Surmontil trimipramine
 - Anafranil clomipramine
 - Pertofran désipramine
 - Laroxyl – Elavil amitriptyline
 - Quitaxon doxépine
 - Prothiaden dosulépine
 - Defanyl amoxapine
 - Ludiomil maprotiline

- Non Imipraminiques – Non IMAO
 - Nouvelles molécules
 - Athymil miansérine
 - Vivalan viloxazine
 - Stablon tianeptine
 - Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine IRS
 - Deroxat/Divarius paroxétine
 - Floxyfral fluvoxamine
 - Prozac fluoxétine
 - Seropram citalopram
 - Seroplex es-citalopram
 - Zoloft sertraline
 - Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline IRSNA
 - Effexor venlafaxine
 - Ixel milnacipran
 - Cymbalta duloxétine
 - Antidépresseurs noradrénergiques et spécifiques sérotoninergiques NASSA
 - Norset mirtazapine

Pharmacothérapie

Stratégie

- **Erreurs classiques :**
 - Dosage trop faible
 - Durée trop courte (*au moins 4 à 5 semaines*)
- Dosage concentration sérique
- Maintien au moins 6 mois ou longueur épisode précédent
- Dépression chronique : maintien au long cours
- Pas d'arrêt brutal !

Autres traitements

- Sismothérapie ou électrochocs
- Photothérapie : indication privilégiée : la
dépression saisonnière

Merci de votre attention