

LES TROUBLES DEPRESSIFS

Pr BOUCIF Hassane
Faculté de médecine Tlemcen
OBJECTIFS

Objectifs généraux :

- Faire le diagnostic d'un trouble dépressif
- Elaborer une stratégie thérapeutique

OBJECTIFS

Objectifs spécifiques :

- Connaître la sémiologie des états dépressifs
- Connaître les formes nosographiques
- Reconnaître un trouble dépressif sévère
- Savoir prescrire un traitement antidépresseur

PLAN

- DEFINITION
- EPIDEMIOLOGIE
- CLASSIFICATION
- CLINIQUE
- FORMES NOSOGRAPHIQUES
- EVOLUTION
- PRINCIPES DU TRAITEMENT

DEFINITION

Ce sont des états caractérisés par le développement d'une **tristesse** profonde et durable, d'un **ralentissement** psychomoteur auxquels s'associent des troubles **instinctuels** (insomnie, anorexie, troubles sexuels) et des troubles **neurovégétatifs** (constipation, bouche sèche...).

La dépression est une modification pathologique de l'**humeur** (disposition affective de base qui donne à chacun des états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur) (Delay)

EPIDEMIOLOGIE

- Probabilité au cours d'une vie 8 à 20%,
- Pour les troubles bipolaires 1%.
- 2 femmes pour un homme

Histoire des troubles dépressifs

- Hippocrate : mélancolie (melas kholé) †
- Esquirol (XIX è s.) : Monomanie expansive et monomanie triste †
- Baillarger : folie à double forme † Falret (1854)
- folie circulaire † Kraepelin (1899) : Psychose Manico-dépressive
- † Années 50 : 1ers antidépresseurs et 1ères conceptions biochimiques des troubles de l'humeur (Delay et Deniker).
- Dépressions endogènes/psychogènes †
- Dépressions primaires/secondaires †
- 1980 : D.S.M.III, athéorique, descriptif. †

Puis D.S.M.III R., C.I.M. 10, DSM. IV †

Multiplication des travaux sur le trouble bipolaire (TB ou PMD)

CLASSIFICATION

Les différentes classifications font appel à des critères multiples (endogénéité, symptomatologie, gravité du trouble clinique, association avec d'autres affections somatiques ou psychiatriques...)

Il existe plusieurs classifications :

- > la dépression **endogène** (psychose maniaco-dépressive ou trouble bipolaire).
- > la dépression **névrotique ou psychique**.
- > la dépression **symptomatique** d'une autre affection (psychiatrique ou somatique).

Clinique

A-Episode dépressif modéré :

Les caractéristiques principales d'un épisode dépressif modéré sont : L'humeur dépressive, l'absence de plaisir, les pensées négatives et une énergie moindre, conduisant toutes à une diminution du fonctionnement social et professionnel

1-Présentation : elle est caractéristique : sa tenue et sa coiffure peuvent être négligées. Les traits du visage sont caractérisés par des commissures labiales tournées vers le bas et des plis verticaux au milieu du front. Le taux de clignement des paupières peut être réduit. Les épaules sont affaissées et la tête inclinée vers le bas de telle sorte que le regard est plongeant. Les gestes sont réduits.

2-Humeur : l'humeur est triste, souvent ressentie comme différente d'une tristesse ordinaire. Certains patients parlent de « nuage noir » envahissant toutes leurs activités mentales. L'humeur est souvent au pire le matin au réveil et tend à s'améliorer un peu dans la journée « variation diurne de l'humeur ».

3-Cognitions dépressives : les pensées négatives « cognitions dépressives » que l'on peut classer en trois groupes :

a/Sentiment de ne rien valoir : le patient pense qu'il échoue dans ce qu'il fait et que les autres le prennent pour un raté ; il n'a plus confiance en lui et ne conçoit pas qu'un succès puisse lui être attribué

b/Pessimisme : concernant les perspectives futures. Le patient s'attend au pire, il prévoit l'échec de son travail, la ruine financière, le malheur pour sa famille. Ces idées de désespoir s'accompagnent souvent de pensées que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue et que la mort serait une délivrance bienvenue

c/le sentiment de culpabilité : prennent souvent la forme de reproches adressés à soi-même au sujet de problèmes mineurs.

4- le changement de comportement :

a-anhédonie : l'absence d'intérêt et de plaisir. Le patient ne montre aucun enthousiasme dans les activités et les passe-temps qu'il appréciait en temps normal. Le patient se sent léthargique et ne mène pas au bout ce qu'il entreprend.

b-ralentissement psychomoteur : est fréquent, le patient marche et agit lentement. Le ralentissement de la pensée est retrouvé au travers du discours du patient : un long délai est nécessaire avant de répondre aux questions, parfois on retrouve des pauses dans son discours. L'agitation peut parfois remplacer le ralentissement psychomoteur quand le patient présente une anxiété importante.

5-troubles instinctuels :

a-troubles du sommeil : (quasi-constant)

Insomnie d'endormissement.

Réveils multiples.

Et surtout insomnie du petit matin avec réveil précoce très évocateur, s'accompagne d'une aggravation matinale des troubles et d'une impossibilité d'anticiper la journée à venir et possibilité de passage à l'acte suicidaire.

b-anorexie : Est constante, elle est aggravée par l'asthénie et la perte du désir de vivre. Dans les dépressions graves, il peut s'agir d'un refus irréductible de toute alimentation, sa signification peut être liée à un désir de mourir et constituer un équivalent suicidaire, il peut être intégré à un « **syndrome de Cotard** » : le patient est convaincu de ne plus posséder d'organe, pas d'estomac, il est damné et condamné à souffrir pour l'éternité.

c-les troubles sexuels : la perte de tout désir sexuel contribue à renforcer le sentiment de dévalorisation et de culpabilité.

6- les troubles associés :

a-anxiété : sentiment pénible d'attente d'un danger imminent et imprécis. Peut se traduire par une agitation qui masque le ralentissement. Le risque de raptus anxieux augmente le risque suicidaire, chez le dépressif. L'anxiété peut s'accompagner de préoccupation hypochondriaque qui masquent parfois les affects dépressifs : algies diverses, céphalées, cordialgies, colites...

b-les troubles neurovégétatifs : sécheresse de la bouche, ralentissement du Péristaltisme intestinal, hypotension.

c-Troubles du caractère : Irritabilité, hostilité, impulsivité, intolérance vis à vis de l'entourage, surtout chez l'adolescent.

B- Dépression Sévère

Au fur et à mesure que les troubles deviennent plus sévères, tous les symptômes décrits ci-dessus revêtent une plus grande intensité.

Il existe alors une perte fonctionnelle totale dans les sphères sociale et professionnelle.

Parfois peuvent apparaître chez ces patients des symptômes psychotiques type délire et hallucinations, le trouble est alors appelé dépression psychotique.

C- Troubles dépressifs légers :

Se caractérise par une humeur dépressive, absence d'énergie, perturbation du sommeil moins importante avec absence du réveil matinal précoce caractéristique de la dépression moyenne et sévère. La réduction de l'appétit, la perte du poids et la baisse de la libido ne sont pas toujours présentes. Bien que l'humeur puisse varier au cours de la journée, elle est habituellement pire le soir que le matin. On ne retrouve jamais de signes psychotiques.

FORMES NOSOGRAPHIQUES

1-dépression endogène : (dépression majeure ou mélancolique.)

Formes bipolaires : troubles bipolaires de type I ou II (états dépressifs alternant avec des états maniaques).

Formes unipolaires dépressives ou (troubles dépressifs récurrents).

FORMES NOSOGRAPHIQUES

2-Dépression névrotico-réactionnelle :

- . Extrêmement fréquents, le trouble dépressif se relie alors d'une façon relativement compréhensible, à l'histoire personnelle du sujet.
- . Peu suivie de peu un choc émotionnel ou un surmenage intense (épuisement).
- . Elles peuvent constituer un état dépressif majeur authentique, mais ne comprenant jamais de signes psychotiques (délire, hallucinations.)
- . Elles succèdent souvent à un événement psychoaffectif mal supporté ou aboutissement d'une longue histoire de personnalité fragile et mal adaptée.
- . Les névroses peuvent se compliquer d'états dépressifs plus ou moins graves. L'anxiété est généralement au premier plan, les manifestations phobiques ou obsessionnelles sont souvent retrouvées.

FORMES NOSOGRAPHIQUES

3-les dépressions symptomatiques d'une affection psychiatrique ou organique :

Les affections psychiatriques :

- . Au cours des schizophrénies : la dépression peut être un monde d'entrée ou au cours de l'évolution des Sx, au décours des épisodes délirants et il est de pathogénie complexe (perte du délire, effet dépressogène des neuroleptiques, appréhension lucide de la réalité des troubles...)
- . Dans les délires chroniques non schizophréniques les états dépressifs surviennent souvent lors d'accalmie du délire (survient surtout chez le paranoïa sensitive)
- . Personnalités pathologiques.
- . Alcoolisme.
- . Toxicomanie.

Affections somatiques.

- . Maladies neurologiques : parkinson, S E P.
- . Maladies endocriniennes : hypothyroïdie...
- . Tuberculose, cancers...
- . Pharmacodépendance : sevrage alcoolique, héroïne...

Dépressions iatrogènes : Neuroleptique, Amphétamines, L dopa, CTC, antihypertenseur (catapressan), oestroprogestatifs

VI/ EVOLUTION :

- . Les ¾ des états dépressifs guérissent sous traitement.
- . 15% d'entre eux deviennent chroniques le plus souvent après de longues années d'évolution (les accès devenant de plus en plus fréquents et prolongés.
- . 10% des états dépressifs résistent aux différents traitements entre pris.
- . **(15% des patients se suicide (états dépressifs majeur.)**

Causes

- . traces biologiques ,,
 - ✓ Neuromédiateurs (serotonine-noradrénaline...) ,,
 - ✓ endocriniennes †
- . conséquences somatiques ,,
 - ✓ vulnérabilités accrues †
- . repérage relationnel et comportemental ,,
 - ✓ ruptures relationnelles ,,

ruptures dans le comportement, incapacités...

VII-PRINCIPES DU TRAITEMENT

L'hospitalisation :

Elle est impérative devant tout état dépressif majeur Sévère et devant tous les états dépressifs comportant un risque suicidaire.

En cas de refus d'hospitalisation de la part du patient et de la Famille, il faut savoir être ferme, préciser les responsabilités et envisager en dernier ressort une mise en observation d'office

PRINCIPES DU TRAITEMENT

Traitement biologique :

Il doit prendre en compte 03 paramètres.

L'intensité de la symptomatologie,

L'âge du patient

État somatique :

La chimiothérapie anti-dépressive :

les tricycliques : amitriptyline, (laroxyl) clomipramine (anafranil), trimipramine (surmontil)

les hétérocycliques sont mieux tolérés, maprotiline (ludiomil), miansérine (athymil).

les sérotoninergiques (ISRS) : fluoxétine (prozac), paroxétine(Déroxat), sertraline(zoloft)

les inhibiteurs de la mono-aminoxydase (IMAO):nialamide (nialamide) (non commercialisé dans notre pays)

Conduite à tenir

Lorsque l'inhibition est importante on donnera de préférence l'anafranil en cp ou en perfusion IV lorsque le malade est hospitalisé on préfère la voie intraveineuse (pd une durée de 2-4 h). Elle se fera en augmentant progressivement les doses par palier de 25 mg tout les 2 à 3 jours dans 250cc de SGI à 5% . Après 10 à 15 jours passer à la voie per os en doublant la dernière dose I.V (75mg IV à 150 per os), on replace chaque ampoule (25mg) par 2cp à 25mg, de façon progressive (aboutissant a la dose de 6 cp /j).

dans les formes anxieuses, l'amitriptyline sera préféré cp à 25 à 50 mg, environ 150mg/j. (dose efficace de 150-250 mg per os équivalent a 75 mg en IV)

En cas de trouble cardiovasculaire : préférer (athymil) ou (prozac).

Chez les personnes âgées (glaucome ou prostate), utiliser de préférence soit (ludiomil) soit (prozac :1 à 2 CP/ j)

Il faut utiliser chaque fois la posologie efficace.

avoir à l'esprit qu'un délai de 15 jours à 21 jours sera nécessaire pour que l'amélioration soit sensible.

On associe souvent un neuroleptique sédatif type nozinan ou melleril dans les états dépressifs majeurs, et un tranquillisant anxiolytique dans les autres formes à fin de réduire l'anxiété et rétablir une bonne fonction hypnique et éviter le passage a l'acte surtout pd les 15-21 premiers jours ...

Le traitement doit être poursuivi durant plus de 6mois voir plusieurs années

Sismothérapie :

Efficace dans 80% des cas,

Elle sera réservée :

- Aux états dépressifs majeurs avec fortes composantes anxieuses ou délirantes

- Aux états dépressifs stuporeux avec refus alimentaire.

- Aux dépressions avec risque suicidaire.
- Elle sera également utile lorsque la chimiothérapie est inefficace ou contre indiquée.
- Une douzaine de séances pratiquées 1j/2.
- Avantage : pas d'Effets secondaires, pas de Contre indication, action rapide sur l'humeur

Psychothérapie

- Dans les dépressions endogènes, la psychothérapie de soutien basée sur l'écoute régulière accompagne les traitements biologiques, et améliore la complaisance au traitement.
- Les techniques psychothérapeutiques d'inspiration psychanalytique s'adressent aux personnalités névrotiques sous jacentes dans les dépressions névrotico-réactionnelles.
- Les psychothérapies cognitivo-comportementales visent à une modification des contenus de pensée qui accompagnent le trouble de l'humeur

Traitement préventif :

« thymorégulateur »ou stabilisateur de l'humeur

- Sels de lithium (téralite).
- Carbamazépine (tégréto), valproate de sodium (dépakote), lamotrigine(lamictal) .
- Les antipsychotiques (olanzapine, aripiprazol)

Indication :

- Les états dépressifs récurrents
- Troubles bipolaires.