

LES TROUBLES DÉPRESSIFS



Le vieil homme triste

Vincent VAN GOGH

Généralités

Les troubles dépressifs

Généralités (1)

- **Humeur** : état émotionnel prolongé, tonalité de la vie affective globale qui colore notre perception du monde.
- **Émotion** : réaction affective immédiate à un stimulus.
- Variations de l'humeur sont normales.
- Pathologiques quand intenses, prolongées, source de souffrance et/ ou avec retentissement sur la vie du sujet

Généralités (2)

- ▣ **Dépression** : associe tristesse, ralentissement psychomoteur et symptômes somatiques (fatigue, insomnie...)
- ▣ Peuvent survenir dans différents cadres nosographiques (psychoses, troubles bipolaires, névroses...)
- ▣ Pathologie psychiatrique la + **fréquente**
- ▣ 10-20% sur vie entière. 22% chez la femme
- ▣ Plus de 100 millions de cas dans le monde chaque année (OMS)

Généralités (3)

- A tout âge mais souvent avant 30 ans indépendant de l'ethnie, niveau éducation ou socio-économique
- Peut être réactionnel à un facteur stressant
- Facteurs favorisants : isolement, inactivité, violences
- **Potentiellement graves** : risque de surmortalité par suicide.
- **Coûteux** : retentissement social, financier, professionnel. 1^{ère} cause d'années perdues en bonne santé

Clinique

Les troubles dépressifs

Clinique (1)

- ▣ Épisode dépressif caractérisé (EDC)
- ▣ Rupture avec le fonctionnement antérieur, fléchissement global du tonus neuropsychique, plus de 15 jours.
- ▣ Association en proportion variable de
 - Ralentissement psychomoteur
 - Troubles de l'affectivité (tristesse, anhédonie...)
 - Syndrome somatique (signes associés)

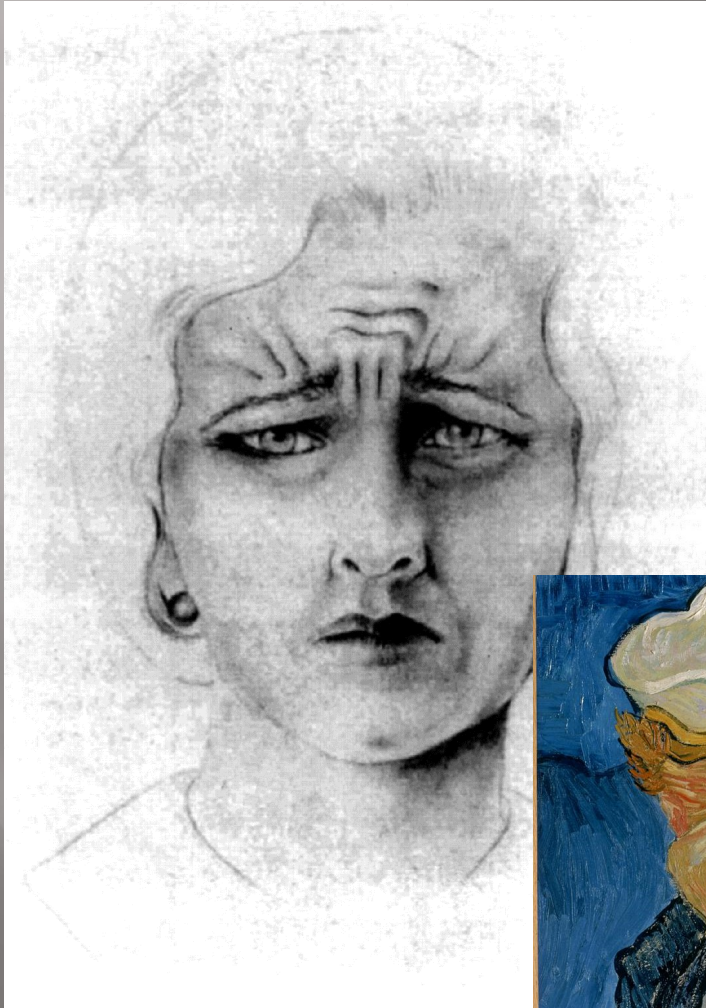
Clinique (2)

Ralentissement psychomoteur

▣ **Présentation :**

- Visage peu mobile, figé (amimie), oméga mélancolique
- Discours ralenti, ton monotone, monocorde peut aller jusqu'au mutisme
- Mouvements spontanés rares, ralentis.
- Parfois stupeur, inertie, clinophilie

Oméga mélancolique



Wellcome Images

Clinique (3)

Ralentissement psychomoteur

- ▣ **Ralentissements des pensées : bradypsychie**
 - Ralentissement idéique, augmentation du temps de latence
 - Esprit « embrumé », ruminations, monoidéisme
- ▣ **Altérations cognitives**
 - Difficultés de concentration
 - Troubles mnésiques
 - Indécision, incapacité à faire un choix, à se projeter
 - Baisse des performances

Clinique (4)

Troubles de l'affectivité

- **Humeur dépressive**
 - Tristesse permanente, peu accessible au raisonnement et au réconfort, depuis au moins 15 jours.
 - Douleur morale+++
- **Psychologie dépressive (cognitions)**
 - Vision pessimiste de soi et du monde
 - Autodépréciation : perte estime de soi, doute, ruminations dépressives. Sentiment échec, incapacité.
 - Culpabilité : reproche des événements banals, anciens. Sentiment de dette, d'être un poids

Clinique (5)

Troubles de l'affectivité

▣ Anhédonie

- Perte d'intérêt et de plaisir. Dans tous les domaines.
- Rupture avec fonctionnement antérieur
- Toujours présente à degrés divers.
- A l'extrême :
 - ▣ **Aboulie** : incapacité à effectuer actes prévus et grande difficulté à prendre des décisions
 - ▣ **Apragmatisme** : incapacité à initier des actions.

Clinique (6)

Signes associés

- **Angoisse**
- **Idées suicidaires** : 80% des EDC, 30-50% des morts par suicide
- **Troubles du sommeil** : insomnie (ou hypersomnie), modifications quantitatives ou qualitatives
- **Fatigue** : épuisement physique, asthénie psychique
- **Modifications appétit** : anorexie, amaigrissement. Parfois prise de poids, hyperphagie
- **Troubles somatiques** : troubles de la libido, troubles digestifs, urinaires...

Formes cliniques

Les troubles dépressifs

Formes cliniques (1)

La dépression mélancolique

- ▣ Forme clinique particulièrement grave.
- ▣ EDC d'intensité sévère avec **risque suicidaire** majeur. Début progressif. Facteur déclenchant dans 1/ 3 cas seulement
- ▣ Anhédonie avec anesthésie affective. **Souffrance morale majeure**. Angoisse massive,
- ▣ **Inhibition psychomotrice** : ralentissement psychomoteur majeur avec phases d'agitation anxieuse
- ▣ **Bradypsychie** : mutisme, altération des fonctions cognitives, ruminations, monodéisme

Formes cliniques (2)

La dépression mélancolique

- ▣ **Insomnie majeure** avec réveils précoces et signes cliniques plus marqués le matin
- ▣ **Fort retentissement somatique** : anorexie majeure, perte de poids+++
- ▣ **Idées mélancoliques** : Vision pessimiste de soi et du monde. Pessimisme extrême.
Indignité, incurabilité, culpabilité.
Auto dévalorisation,
Idées de ruine

Formes cliniques (3)

La dépression mélancolique

- ▣ **Mélancolie anxieuse** : agitation anxieuse au 1^{er} plan. Attention au côté « théâtral ». Risque suicidaire majeur.
- ▣ **Mélancolie stuporeuse** : RPM majeur, inertie, mutisme, mimique de souffrance
- ▣ **Mélancolie délirante**
 - Thèmes mélancoliques : ruine, indignité, culpabilité
 - Thèmes hypochondriaques, transformation corporelle
 - **Syndrome de Cotard**: négation d'organes, puis négation du monde. Immortalité (damnation éternelle)

Formes cliniques (4)

Dépressions réactionnelles

- ▣ **Dépressions psychogènes**
- ▣ Tableau moins sévère durant depuis 15 jours
 - Angoisse au 1^{er} plan : insomnie d'endormissement, aggravation vespérale
 - Evènements de vie
 - RPM absent ou peu marqué
 - Moins de culpabilité, sensibilité à l'entourage
- ▣ **Diagnostics différentiels :**
 - Troubles de l'adaptation : souffrance significative en lien avec un facteur de stress mais ne répond pas au critères de dépression.
 - Deuil non compliqué
 - Pathologie somatique (hypothyroïdies, AVC, Toxiques)

Formes cliniques (5)

Fonction du terrain

- ▣ **Dépression du post-partum** : 10-20% grossesses. 4-6 semaines après naissance. Symptomatologie modérée, souvent mal perçue. Conséquences sur couple et enfant
- ▣ **Sujet âgé** : altérations cognitives souvent marquées, formes pseudo-déméntielles. Dépression masquée (manifestations somatiques)
- ▣ **Adolescent** : trouble des conduites, tb somatiques
- ▣ **Bébé et jeune enfant** : dans situations de carences maternelles ou de discontinuité des interactions. Perte de tonus, fuite des interactions, anorexie du nourrisson, retard de croissance et des acquisitions

Etiologie

Les troubles dépressifs

Étiologie (1)

- ▣ Multifactoriel
- ▣ **Facteurs génétiques et environnementaux.** Plus fréquents chez les femmes, chez les victimes de violences. Pas d'influence du niveau socioculturel mais rôle de l'isolement, du chômage.
- ▣ **Théorie psychanalytique :** théorie du deuil. Perte d'un objet ou d'une partie du moi investie comme un objet. Réactivation des situations d'abandon.

Étiologie (2)

- ▣ **Théories cognitives** : biais cognitif dans le traitement de l'information.
 - **Triade cognitive de Beck** : vision négative de Soi, du Monde et de l'avenir.
 - **Schémas cognitifs dysfonctionnels** mis en place dans l'enfance et activés par des événements de vie.
 - ▣ Inférence arbitraire « conclusion hâtive »
 - ▣ Pensée dichotomique « tout ou rien »
 - ▣ Surgénéralisation
 - ▣ Abstraction négative
 - ▣ Dramatisation/minimisation
 - ▣ Personnalisation « tout est de ma faute »

Étiologie (3)

Neurobiologie

- ▣ Découverte empirique du fait du développement des antidépresseurs.
- ▣ Stress : libération de cortisol qui vient agir sur concentration de dopamine. Action bénéfique : anxiété (donc prudence), stimulation mémoire du danger. Quand stimulation répétée épuisement du phénomène et dépression par perturbation du circuit dopamine et autres monoamines (sérotonine, adrénaline)

Évolution

Les troubles dépressifs

Évolution

- ▣ Guérison spontanée en 6 mois
- ▣ Sous antidépresseurs guérison en 2 à 4 semaines
- ▣ Comorbidités
 - Troubles anxieux (50-70% cas)
 - Addictologiques (30%) abus ou alcoolodépendance, toxiques, BZD
 - Troubles psychotiques (dépression post épisode aigu)
 - Troubles de la personnalité
 - Troubles du comportement alimentaire

Évolution (1)

- ▣ Guérison spontanée en 6 mois
- ▣ Sous antidépresseurs guérison en 2 à 4 semaines
- ▣ **Comorbidités**
 - Troubles anxieux (50-70% cas)
 - Addictologiques (30%) alcool, toxiques, BZD
 - Troubles psychotiques , troubles de la personnalité, troubles du comportement alimentaire

Évolution (2)

- Épisode isolé (50%)
- Risque de récurrences (35-50% à 10 ans)
- Rémission partielle dans 50% des cas
- Trouble dépressif chronique (15%) :
symptomatologie dépressive dure plus de deux ans
- Dépression résistante (2 traitements bien conduits)
- Troubles bipolaires alternance avec épisodes maniaques

Évolution (3)

- ▣ **Risques et complications :**
 - Risque suicidaire+++
 - Surmortalité indépendamment du suicide (maladies cardiaques)
 - Handicap social, affectif, professionnel
 - Virage maniaque sous antidépresseurs

Évolution (4)

- ▣ **Facteurs de mauvais pronostic :**
 - sexe,
 - âge de début précoce,
 - Durée et sévérité du 1^{er} épisode,
 - Nombre d'épisodes,
 - Symptomatologie résiduelle
 - comorbidités

Traitement

Les troubles dépressifs

Traitement (1)

- ▣ Prise en charge souvent ambulatoire mais consultations rapprochées
- ▣ Hospitalisation si forme compliquée : mélancolie, risque suicidaire, isolement socio familial
- ▣ Surveillance, mise à l'abri, PEC du risque suicidaire
- ▣ Repérages des FDR de bipolarité :
ATCD personnels ou familiaux, éléments psychotiques, épisode mixte
Début précoce de l'EDC, absence de facteurs déclenchants
Si FDR bipolarité : thymorégulateurs

Traitement (2)

- ▣ Sinon : **antidépresseurs** pendant plus de 6 mois
- ▣ Action par modulation de la concentration de sérotonine, noradrénaline, acétylcholine et autres neuromédiateurs. Action sur la tristesse en 2-3 semaines
- ▣ Peuvent être stimulants, sédatifs ou mixtes
- ▣ En 1^{ère} intention les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)

SEROPLEX (escitalopram) DEROXAT (paroxétine...)...

Traitement (3)

Rôle infirmier

- ▣ **Relation empathique** (pas trop, juste distance)
- ▣ **Stimulation bienveillante** aux activités quotidiennes, activités thérapeutiques
- ▣ **Surveillance et prévention du risque suicidaire** : relation+++ faire verbaliser, écarter les objets dangereux, ne pas laisser seul (chambre double, proche salle de soins...)
- ▣ **Surveillance tolérance et efficacité du ttt**
 - Risque de levée d'inhibition (8-10 jours)
 - Risque de virage de l'humeur (apparition en qq jours d'une exaltation de l'humeur, agitation psychomotrice)
 - Effets secondaires (sédation, hypotension...)

Traitement (4)

- ▣ Anxiolyse par BZD (alprazolam), hypnotique le temps d'obtenir l'efficacité de l'antidépresseur
- ▣ Antipsychotiques en cas de caractéristiques psychotiques
- ▣ En cas d'inefficacité après plusieurs semaines : changement d'ATD, changement de classe (tricycliques ANAFRANIL, IRSNA venlafaxine EFFEXOR), potentialisation (lithium, hormones thyroïdiennes, antipsychotiques)

Traitement (4)

- ▣ Psychothérapie : de soutien en aigu, prévention des récives (TCC)
- ▣ Sismothérapie (ECT) : courant transcrânien de faible intensité entraînant une crise tonico clonique généralisée sous une AG courte. Effets secondaires de l'AG, céphalées, troubles mnésiques.