

ÉTAT DÉPRESSIF & MALADIE d'ALZHEIMER



Un diagnostic complexe

Docteur Alfred Saillon

Almage

Arpajon le 18 mai 2005

Questions

- État dépressif ou modifications liées à l'âge?
- État dépressif ou Alzheimer?
- Modifications liées à l'âge ou Alzheimer?
- État dépressif, modifications liées à l'âge & Alzheimer?



Épidémiologie

- Fréquence élevée des états dépressifs
- Fréquence élevée des états démentiels
- Fréquence élevée de l'association démence et état dépressifs
- ARGUMENTAIRE



SUICIDE DES PERSONNES AGÉES ET MALADIE D'ALZHEIMER

Taux de suicide pour 100,000 personnes âgées	
France	60
Grande Bretagne	20

La France est au troisième rang européen après l'Autriche et la Hongrie pour le nombre de suicides chez les personnes âgées.

La Grande Bretagne a le taux le plus faible.



SUICIDE DES PERSONNES AGÉES ET MALADIE D'ALZHEIMER

- Selon MILLER 1979, le suicide est la première cause de décès chez les personnes âgées.
- Le suicide étant le signe le plus patent d'un état dépressif grave, le taux de suicide reflète bien la fréquence des états dépressifs.



SUICIDE DES PERSONNES AGÉES ET MALADIE D'ALZHEIMER

1. Selon Takahashi, le taux de démence est plus faible que dans la population générale chez les patients hospitalisés pour tentative de suicide.
2. Selon J. Rolin les cerveaux des suicidés âgés ont le plus souvent des lésions de type Alzheimer



DÉCLIN FONCTIONNEL

&

Déficit cognitif vs Syndrome dépressif

	% de déclin
Sans déficit cognitif ni symptômes dépressifs	6%
Avec symptômes dépressifs seuls	13%
Avec déficit cognitif seul	20%
Avec déficit cognitif & symptômes dépressifs	22%



AIDES au DIAGNOSTIC

- L'épidémiologie
- L'examen clinique :
 - bilan somatique
 - Bilan psychiatrique
 - Bilan psychométrique
- Le test thérapeutique
- L'évolution



L'Examen Clinique

- Le bilan somatique:
 - Recherche une affection connue ou masquée (néoplasie, anémie, déséquilibre métabolique, insuffisance cardiaque etc.)
 - Analyse du traitement médicamenteux.



L'Examen Clinique

- Bilan Psychiatrique :
 - Antécédents personnels et familiaux
 - Écoute du patient
 - Écoute de l'entourage du patient
 - Observation comportementale
 - Mimique
 - Mobilité
 - Rythme nycthéméral
 - État nutritionnel
 - Hygiène corporelle
 - Sociabilité, etc.



L'Examen Clinique

- Bilan psychométrique:
 - Échelles de dépression.
 - Surtout utiles dans des programmes de recherche.
 - Bilan cognitif.
 - Permet parfois de différencier un déclin cognitif d'un désintérêt dépressif.



ÉLÉMENTS DÉPRESSIFS FRÉQUENTS DANS LA DÉMENCE

1. Réduction marquée de l'intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités, presque tous les jours
2. Perte ou gain de poids significatif
3. Insomnie ou hypersomnie
4. Agitation ou ralentissement
5. Fatigue ou perte d'énergie
6. Réduction de l'aptitude à penser ou à se concentrer



Le traitement

- Les psychotropes
- La résonance magnétique
- Les anti-cholinestérasiques
- Les psychothérapies :
 - Individuelles
 - Institutionnelles
- Le résultat thérapeutique est-il un indicateur diagnostique?



Thérapeutique

- Les antidépresseurs :
 - IRS, souvent utilisés en première intention
 - Tricycliques efficaces mais attention aux effets secondaires.
 - Classe intermédiaire
 - Les antidépresseurs dits « d'action mixte » sont efficaces et ont peu d'effets secondaires.



Traitement Antidépresseur

○ Règles générales :

- Rechercher une efficacité rapide
- Éviter une baisse du niveau de vigilance
- Éviter les effets secondaires atropiniques
- Utiliser des doses efficaces.
- Attendre avant de décréter que le traitement est inefficace.
- Savoir remplacer un traitement inefficace.
- Changer de famille d'antidépresseur



Traitement Antidépresseur

- **Tricycliques**, leur efficacité est certaine, mais les effets secondaires trop fréquents et gênants. A utiliser en dernier recours.
- **Miansérine** (Athymil) très prisé pour son effet anxiolytique, parfois trop sédatif.
- **Tianeptine** (Stablon) très prescrit pour son absence d'effets secondaires.
- **Venlafaxine** (Effexor) & **Minalcípam** (Ixel), inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline. Bonne tolérance et bonne efficacité.
- **Mirtazepine** (Norset) antagoniste alpha 2, stimule la neurotransmission de la Sérotonine et de la Noradrénaline. Bonne tolérance et bonne efficacité.



Traitement Antidépresseur

- IRS, famille la plus prescrite en première intention car :
 - **Efficacité très fréquente.**
 - **Latence d'action courte, 8 à 15 jours.**
 - **Bonne tolérance habituellement.**
- lequel choisir?
 - **Celui dont vous avez le plus l'habitude**



Sismothérapie

- A réserver aux cas résistants au traitement médicamenteux.
- A éviter lorsque la démence est avérée du fait de la confusion induite.
- A réserver à une équipe expérimentée.
- A ne pas exclure « par principe ».



Anti-cholinestérasiques

- Action mixte sur le syndrome démentiel et sur la composante dépressive.
- Bien observer l'effet sur la thymie, parfois seule justification au maintien du traitement.
- Potentialisation IRS & Anti-cholinestérasiques



Psychothérapies

- Les thérapies cognitives et comportementales sont les plus adaptées.
- Créer un climat chaleureux et positif.
- La stimulation cognitive et l'induction de situations de plaisir sont de puissants outils thérapeutiques.
- Les psychothérapies de groupe et institutionnelles sont plus efficaces.



Le test thérapeutique est-il fiable?

- Oui si le résultat symptomatique est positif.
- Non en cas d'échec le diagnostic n'est pas invalidé pour autant.



Évolution

- La démence est une affection évolutive.
- La dépression est une affection curable.
- L'association des deux sera variable dans le temps du fait de l'évolutivité.
- Certaines démences répondant aux traitements sont très stables
- Certains états dépressifs sont résistants aux traitements.

