

21/04/04

La prévalence de la dépression chez la personne âgée varie

- de 3 à 5 % dans une population ambulatoire
- pour atteindre 40 à 45 % dans une population institutionnalisée ou hospitalisée.

Cette pathologie est insuffisamment diagnostiquée et traitée, car sa sémiologie est volontiers

- insidieuse,
- atypique,
- parfois masquée ou superposée à un syndrome organique.

Il est cependant nécessaire de la reconnaître, car cette pathologie parfaitement curable est responsable d'une morbidité et d'une mortalité élevées dans la population âgée.

-outre les complications organiques telles que les affections cardio-vasculaires ou les chutes, plus fréquentes chez le vieillard déprimés.

-l'évolution nous paraît dominée par le risque de

- \*désafférention
- \*démotivation
- \*désocialisation

Consécutif à la dépression non traitée, avec pour corollaire à plus ou moins long terme

- l'aggravation d'un syndrome démentiel cortical
- ou d'un dysfonctionnement sous-cortical

## DIAGNOSTIC

La sémiologie dépressive peut être totalement négligée par le patient et son entourage parce qu'elle est interprétée, par fatalisme, comme la conséquence normale du vieillissement.

En outre, en raison d'une référence culturelle négative dans cette tranche d'âge, le malade refuse fréquemment de se reconnaître déprimé et masque alors une partie des signes psychiques et affectifs derrière une somatisation plus avouable dans notre système de soins actuel.

### A. Sémiologie générale

Si, chez le sujet âgé, les critères diagnostiques fournis par *l'American Psychiatric Association* (DSM IV) restent parfaitement valables pour l'élaboration de protocole de recherche clinique, il semble préférable en pratique courante de s'en remettre à une sémiologie articulée autour des deux pôles essentiels que sont la **tristesse pathologique** et le **ralentissement psychomoteur**.

- **La tristesse pathologique** comprend les perturbations de la vie affective se traduisant souvent par un manque d'intérêt perçu de façon désagréable.
  - Le pessimisme,
  - le sentiment de dévalorisation,
  - l'autodépréciation,
  - la rumination
  - les pensées de mort et de suicide

Font souvent partie du tableau, et des pensées :

- d'autoaccusation
- d'incurabilité peuvent s'y ajouter.

Un désintérêt associé souvent à un grand vide intérieur vécu comme une solitude intense est souvent présent.

- **Le ralentissement psychomoteur est associé à un déficit d'anticipation,**

- que ce soit sur le plan moteur

- ou cognitif (impossibilité de se projeter dans l'avenir).

**L'asthénie** à prédominance **matinale** est un signe très constant.

**L'inhibition psychomotrice** se traduira par une **limitation d'autonomie** pouvant au maximum évoluer jusqu'à la **grabatisation**.

**L'atteinte des fonctions cognitives** est parfois au premier plan sous formes

- d'une baisse du rendement intellectuel

- d'une diminution de l'attention

- de troubles de mémoire.

- **Certains troubles sont communément associés.**

**L'anxiété morbide** est signe habituel qui masque ou qui précède parfois la survenue de la sémiologie dépressive. Ainsi, tout état anxieux d'apparition récente doit faire suspecter un syndrome dépressif sous-jacent.

**Les troubles du caractère** (agressivité, irritabilité) peuvent parfois se situer au premier plan.

**Certains troubles somatiques**, sont plus ou moins présents, tels

- l'altération de l'état général (asthénie, anorexie, amaigrissement),

- des troubles digestifs

- des signes cardio-vasculaires,

## **B. Sémiologie particulière aux sujets âgés**

### **I. Les dépressions masquées**

- **Somatisation**

La plainte somatique se substitue volontiers aux perturbations de l'humeur et de la vie affective.

La quête hypocondriaque envahit la vie du patient, mais elle n'est souvent que le masque ou la justification d'une restriction et d'un désintérêt affectif.

L'anxiété est souvent au premier plan, s'accompagnant d'un cortège de plaintes physiques :

- asthénie,

- douleurs buccales et abdominales,

- constipation,

- céphalées, en particulier du vertex ou de la nuque,

- troubles atypiques de l'équilibre avec pseudo vertiges....

**Ainsi, tout état hypocondriaque d'apparition récente et brutale chez un sujet âgé doit amener à suspecter une dépression.**

- **Troubles comportementaux dominants**

Ils peuvent être représentés par

- un désinvestissement avec retrait affectif et cognitif, ayant pour conséquence un retrait social anormal et un désintérêt vis – à – vis des proches.

-un sentiment de dévalorisation, souvent important ; à l'extrême, l'aboulie peut devenir majeure avec apragmatisme (incapacité de réaliser un projet, même s'il s'agit d'un acte élémentaire) et demande de maternage.

-dans certains cas, la sémiologie dépressive est totalement masquée par des troubles comportementaux à type

- d'agressivité,
- d'irritabilité,

Le patient étant alors progressivement rejeté de son milieu social habituel

## **II. Les présentations pseudo – démentielles**

**1. Lorsque le déficit cognitif est prédominant**, le tableau se caractérise par,

- une perte de concentration
- des troubles de l'attention
- un déficit amnésique

Qui remplacent le versant clinique de la tristesse pathologique.

**Se pose alors le problème du diagnostic différentiel avec une démence corticale débutante.** Cette distinction est d'autant plus difficile que les démences, qu'elles soient dégénératives, vasculaires ou mixtes, s'accompagnent dans plus de 50 % des cas de leur évolution d'un état dépressif satellite.

**En pratique, trois critères peuvent être retenus pour aider au diagnostic différentiel :**

- Des critères d'ordre clinique ont été établis par Wells (tableau)
- Le test thérapeutique aux antidépresseurs. Il doit être d'indication très large, est dans des cas, lorsqu'il représente le seul critère diagnostique à court terme ?????
- L'évolution pourrait être l'un des meilleurs critères diagnostiques a posteriori. Ce critère doit être tempéré, car il semble qu'un état dépressif chronique et grave puisse évoluer à long terme, en l'absence de traitement, vers une pathologie déficitaire profonde comparable à la démence.

**En fait, il semblerait que, plutôt qu'une démarche visant à distinguer les diagnostics de démence et de dépression, il faille adopter un schéma qui reconnaît ces deux diagnostics comme associés dans la majeure partie des cas.**

En effet, le recul montre que, dans bon nombre de cas, les patients ayant initialement des troubles cognitifs dominants, même s'ils sont améliorés dans un deuxième temps évoluent????? vers une démence.

**2. Lorsque le ralentissement psychomoteur est prédominant**, le diagnostic différentiel se pose avec l'ensemble des dysfonctionnements sous-corticaux dont le trait sémiologique essentiel est la perte d'anticipation. Ces états comportent :

- des signes psychomoteurs dominés par :
  - la bradykinésie
  - les troubles de la posture
  - les troubles de la marche
- des signes psycho-comportementaux dominés par :
  - une aboulie,
  - une apathie,
  - une hyporéactivité.

**Ainsi, le versant psychomoteur est commun à la description de la dépression et à celle des dysfonctionnements sous-corticaux, tandis que la tristesse pathologique n'existe pas dans cette dernière entité.**

**Comme pour les démences corticales, la démarche visant à considérer les diagnostics de dépression et de dysfonctionnements sous-corticaux comme associés plutôt que comme différentiels semble beaucoup plus efficace en pratique courante.**

En effet, de nombreux points communs ont été notés entre dépression et dysfonctionnement sous-cortical.

Ainsi, l'évolution de nombreuses maladies favorisant des dysfonctionnement sous-corticaux :

- maladies de parkinson,
- chorée de Huntington,
- dégénérescence multisystématique

Est grevée habituellement d'une dépression.

Par ailleurs, les anomalies de la substance blanche (leucoacariïose ????) fréquemment observées chez des patients atteints de dysfonctionnements sous-corticaux sont également observées avec une plus grande fréquence chez des sujets âgés dépressifs par rapport aux jeunes.

### **III. La présentation délirante**

**Lorsqu'elle est sur le devant de la scène, elle peut masquer la sémiologie dépressive habituelle et risque alors de n'être traitée que par des neuroleptiques, qui généralement aggravent la dépression.**

Les thèmes délirants sont variables :

- suspicion paranoïde,
- idées de culpabilité,
- idées d'indignité,
- idées mégalomaniaques,
- idées hypocondriaques avec à l'extrême, idée de négation d'organe (syndrome de Cotard).

**L'existence d'un délire doit toujours faire craindre une mélancolie et impose donc un avis spécialisé rapide.**

### **IV. Dépression et Deuil**

**La dépression secondaire à un deuil est particulièrement fréquente, survenant dans plus de 20 % des deuils, le décès du conjoint venant au premier plan.**

La question du diagnostic différentiel entre deuil non compliqué, deuil anormal et dépression grave reste entière.

Cependant, deux types d'éléments permettent d'évoquer le diagnostic de dépression :

-d'une part l'intensité de la symptomatologie de la clinique, et plus particulièrement l'existence

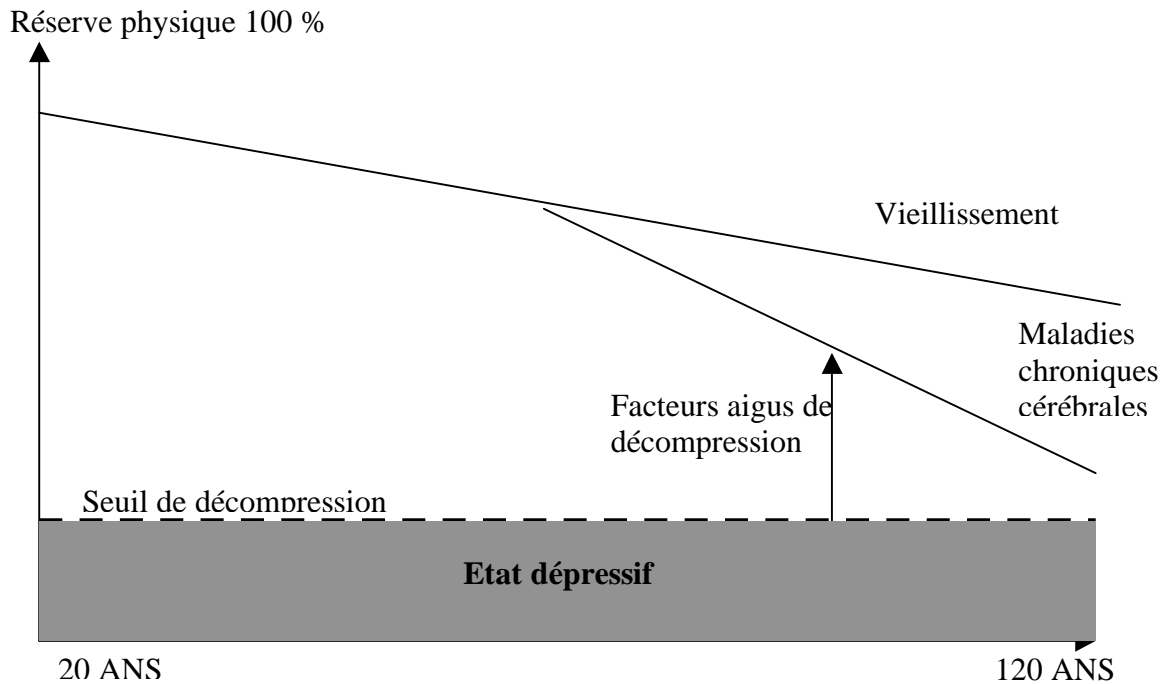
\*d'une culpabilité vis-à-vis du disparu,

\*des pensées de mort et le regret de ne pas être décédé avec l'être cher,

\*une sensation d'inutilité,  
 \*un ralentissement psychomoteur important,  
 \*une perte d'autonomie d'évolution rapide  
 \*et, enfin, une composante hallucinatoire autre que les hallucinations habituelles du deuil consistant à entendre ou à voir la personne disparue ;  
-d'autre part la durée anormalement longue du deuil, une sémiologie dépressive se poursuivant plus de trois mois étant considérée comme pathologique.

**Tableau.** Caractéristiques de la pseudo-démence et de la démence d'après Wells, modifiées par P.Hottin et coll.

<b>Pseudo – Démence</b>	<b>Démence</b>
<b>Evolution clinique et histoire</b>	
Début datable avec précision Evolution rapide Antécédents psychiatriques fréquents	Début insidieux Progression lente Antécédents psychiatriques rares
<b>Comportement et plaintes</b>	
Se plaint de pertes cognitives Met ses déficits en évidence Fait peu d'efforts pour réussir Détresse soutenue Rare accentuation nocturne des déficits	Peu de plaintes Camoufle ses déficits Fait beaucoup d'effort Affect labile, superficiel Accentuation nocturne des déficits
<b>Evaluation clinique</b>	
« Je ne sais pas » Perte de mémoire : Faits récents=faits lointains Variabilité marquée dans la performance d'une tâche similaire	Réponse approximative Perte de mémoire : Faits récents > faits lointains Peu de variabilité dans la performance

**PHYSIOPATHOLOGIE****Schéma : Physiopathologie de la dépression du sujet âgé selon les lois de la décompensation fonctionnelle gériatrique.**

**La démarche habituelle visant à proposer des diagnostics différentiels de la dépression cède volontiers le pas en gériatrie à une démarche visant à rechercher l'ensemble des maladies ou des facteurs de risque qui, associés, vont favoriser la survenue de la dépression.**

Ainsi le syndrome dépressif peut véritablement être considéré comme une décompensation fonctionnelle secondaire à la sommation de trois types de facteurs (schéma) :

- A. les effets du vieillissement psychocognitif ?????? de l'individu ;
- B. certaines pathologies cérébrales chroniques qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles cérébrales et retentissent sur l'équilibre thymique de l'individu ;
- C. les facteurs aigus psychosociaux mais également organiques et iatrogènes qui vont précipiter la décompensation.

**A. Les effets du vieillissement****1. Ils semblent responsables de modifications neurochimiques :**

-réduction des taux de certains neuromédiateurs particulièrement invoqués dans la survenue de la dépression, telles

- \*la norépinéphrine
- \*la sérotonine cérébrale,

-tandis que le taux de certains enzymes comme la monoamine-oxydase aurait tendance à augmenter.

### **2. Le vieillissement s'accompagne par ailleurs de crises identitaires :**

Le bilan de vie et la réalité de la mort qui s'approche pouvant être des facteurs fortement inducteurs d'une décompensation dépressive.

### **3. Enfin, l'accumulation des deuils :**

- des proches,
- de la santé
- de l'autonomie
- et l'isolement social s'aggravant avec l'âge

Semblent être des facteurs importants qui peuvent, sur certaines structures psychologiques fragiles, réduire progressivement les réserves thymiques de l'individu.

## **B. Les maladies cérébrales chroniques**

Les démences représentent un terrain favorable à la dépression tant

- par les perturbations neurochimiques endogènes
- par l'atteinte narcissique
- par les perturbations psychosociales qu'elles introduisent.
- par les dysfonctionnements sous-corticaux, terrain prédisposant majeur à la survenue d'une dépression.
- par les pathologies psychiatriques chroniques et les troubles de la personnalité réduisant les capacités d'adaptation de l'individu et l'exposant à la décompensation dépressive.

## **C. Les facteurs aigus décompensateurs**

### **1. Les facteurs aigus organiques**

Ils sont multiples et souvent associés.

Toute pathologie aiguë asthénisante peut favoriser une dépression. Une fréquence toute particulière a été observée dans certaines maladies :

- Syndromes démentiels
- Dysfonctionnements sous-corticaux (maladie de Parkinson et syndromes apparentés)
- Accident vasculaire cérébral
- Processus expansif intracrânien
  - tumeur
  - hématome sous-dural
- Troubles endocriniens
  - hyper ou hypothyroïdie
  - hyperparathyroïdie
- Cancer du pancréas et autres néoplasies
- Troubles métaboliques
  - hypokaliémie
  - hyponatrémie
  - insuffisance rénale

- Dénutrition protéino-énergétique
- Carences vitaminiques (vitamines B6, B12, folates),
- Carence magnésique
- Maladie cardio-vasculaire
  - insuffisance cardiaque
  - infarctus du myocarde
- Chute
- Maladies infectieuses
- Maladies inflammatoires chroniques
  - maladies de Horton
  - polyarthrite rhumatoïde

**Notre expérience clinique nous amène à signaler la grande fréquence des Dysthyroïdies ?????? sous-jacentes et de l'insuffisance cardiaque.**

Signalons par ailleurs les inter-relations majeures entre dépression et **dénutrition protéino-énergétique**, qui peut être conséquence ou cause de la décompensation dépressive par les perturbations neurochimiques, notamment sérotoninergiques, qu'elle entraîne.

Enfin, **la chute**, par le traumatisme tant physique que psychique qu'elle occasionne, est souvent inductrice d'un état dépressif.

Ainsi, devant tout état dépressif du sujet âgé, il est souhaitable de réaliser

- un examen clinique complet**
- des examens complémentaires simples**

-En première intention

- \*Numération – formule sanguine
- \*Vitesse de sédimentation
- \*Ionogramme sanguin, créatininémie
- \*Albuminémie
- \*Calcémie
- \*TSH-US
- \*ECG

-En seconde intention

- \*Folates, vitamines B12 sérique
- \*Tomodensitométrie cérébrale
- \*Echographie ou tomodensitométrie abdominale
- \*Radiographie pulmonaire, ECG + échographie cardiaque

En cas de résistance à un traitement bien conduit, des investigations plus lourdes peuvent être envisagées, à la recherche d'un processus expansif intracrânien (scanner cérébral), d'une tumeur digestive, notamment pancréatique ou d'une cardiopathie (radiographie pulmonaire, ECG ou échographie cardiaque).



## 2. Les facteurs iatrogènes

De nombreux médicaments ont été incriminés dans la survenue d'une décompensation dépressive, ainsi que l'hospitalisation :

- Benzodiazépines
- Neuroleptiques
- Corticostéroïdes
- Digoxine (à taux supra-thérapeutique)
- Anti-hypertenseurs :
  - \*méthyl dopa
  - \*clonidine
  - \*prazosine
  - \*diurétiques
  - \*bêta-bloqueurs :
    - propranolol
    - nadolol
    - timolol
  - \*inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (captopril)
- Anti-inflammatoires : indométacine
- Analgésiques :
  - \*opiacés
  - \* ibuprofène
- Flunarizine (Sibélium)
- Cimétidine

## 3. Les facteurs psychosociaux

Les deuils, qu'ils soient :

- d'un proche
- du domicile (avec la problématique de l'entrée en institution)
- de la santé
- de l'autonomie
- de la sécurité
  - \*accident de la voie publique
  - \*agression

Sont autant de facteurs qui peuvent décompenser l'équilibre thymique précaire de la personne âgée

## **PARTICULARITES EVOLUTIVES**

Indépendamment des facteurs pronostiques habituels (gravité et type de dépression), quelques particularités évolutives peuvent être soulignées.

- A. Le taux de mortalité d'une population âgée dépressive est nettement plus élevé que celui d'une population comparable de même âge.**

Cela est en rapport avec

- la prévalence toute particulière du suicide chez le sujet âgé
- une fréquence accrue dans la survenue de pathologies organiques surajoutées, notamment cardio-vasculaires, semble – t – il.

**B. La dépression est souvent l'un des éléments initiateurs ou constitutifs d'une cascade pathologique** dont le pronostic défavorable est encore aggravé par la constitution de véritables **cercles vicieux gériatriques**, le syndrome dépressif venant aggraver les maladies somatiques, qui sont quant à elles responsables d'une dégradation de l'état thymique.

**C. Le risque de passage à la chronicité est élevé** (un tiers des cas), surtout en l'absence de traitement.

Plusieurs tableaux cliniques sont décrits :

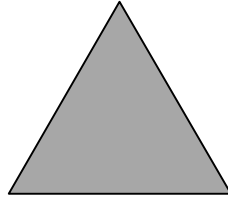
- les symptômes deviennent plus monotones, avec tendances à la somatisation, troubles affectifs mineurs (méfiance, revendication, hypocondrie...), recours à des conduites de dépendance, essentiellement vis-à-vis des médicaments, et tout particulièrement des sédatifs et des hypnotiques.

- dans d'autres cas, le handicap pourrait être plus sévère, l'évolution se faisant au fil des mois vers un désinvestissement avec retrait social, pouvant aboutir à long terme à de véritables détériorations mentales démentielles irréversibles, à tropisme cortical pour certains patients et plutôt sous – cortical pour d'autres. Il est ainsi probable qu'un état dépressif mal ou non traité peut évoluer au long cours vers un état de dépendance sévère.

**D. Compte tenu du risque évolutif, les traitements antidépresseurs doivent être largement envisagés dans la population très âgée.** Outre une psychothérapie de soutien, ils reposent sur la prescription prudente et adaptée des antidépresseurs. Aucune molécule n'a jusqu'alors fait la preuve d'une efficacité supérieure par rapport aux autres, et le choix est plutôt fondé sur le risque d'effets secondaires en fonction des atteintes du patient âgé. Dans ce sens, les antidépresseurs tricycliques sont d'utilisation très limitée, surtout s'il existe un déficit cognitif.

## CONCLUSION

**Compte tenu du risque évolutif majeur, de nombreux progrès doivent être faits dans la prise en charge de la dépression du vieillard. Ces avancées doivent porter tout aussi bien sur la prévention primaire et secondaire, limitant l'ensemble des facteurs de risque psychosocial tel l'isolement ou la désafférention, que sur le diagnostic et la prise en charge adaptée d'une dépression. Celle-ci repose, d'une part, sur le traitement des maladies organiques sous- jacentes et la prise en compte de la situation psychosociale souvent précaire du vieillard et, d'autre part, sur l'association d'une approche psychothérapeutique et d'une chimiothérapie antidépressive efficace.**



## **L'ESSENTIEL**

- La dépression est une maladie fréquente et sous – diagnostiquée chez le vieillard. Elle expose cependant à des risques évolutifs majeurs tant par le risque suicidaire que par celui d’aboutir à des états de dépendance lourde.
- La sémiologie est souvent atypique, pouvant être masquée par une somatisation dominante ou par des troubles comportementaux au premier plan. Les présentations démentielles peuvent prendre le masque d’un déficit cognitif ou d’un ralentissement psychomoteur dominant. Enfin, la présentation délirante est très trompeuse.
- La démarche diagnostique du syndrome dépressif repose sur l’évaluation des multiples paramètres qui sont responsables de la décompensation fonctionnelle. Ainsi, il est nécessaire de prendre en compte les effets du vieillissement et des pathologies neuro – psychiatriques chroniques, qui réduisent les réserves fonctionnelles cérébrales. Sur cet état de fragilité, la désadaptation est habituellement liée à des facteurs aigus organiques, iatrogènes mais aussi psycho – environnementaux.
- Ainsi, la prise en charge du déprimé âgé nécessite une démarche globale et pluridisciplinaire, le traitement reposant tout autant sur la chimiothérapie antidépressive adaptée et la psychothérapie de soutien que sur la prise en charge des pathologies médicales décompensatrices ou de l’environnement psychosocial, souvent traumatisant.

