

La dépression chez les aînés

Soyez vigilants à la diagnostiquer!



Fadi Massoud MD, CSPQ, FRCPC

Présenté dans le cadre de la conférence : *Les 15^e Journées annuelles du Département de médecine*, Université de Montréal, novembre 2006

15% des individus
âgés
évoluant en milieu
communautaire
rapportent des
symptômes dépressifs.

L'incidence des syndromes dépressifs chez les aînés

Les syndromes dépressifs sont des conditions fréquentes chez la personne âgée de 65 ans et plus. Quoique variables d'un milieu clinique à un autre, les données épidémiologiques sont très éloquentes à cet effet. Par exemple :

- 15 % des individus âgés évoluant en milieu communautaire rapportent des symptômes dépressifs;
- Ce chiffre augmente à 25 % en milieu hospitalier de soins de longue durée et jusqu'à 50 % en milieu hospitalier de soins aigus;
- 1 à 4 % des individus de 65 ans et plus souffrent de dépression majeure (tableau 1);
- L'incidence de nouveaux cas se situe à 0,15 % annuellement;
- La prévalence de dépression « mineure » varie entre 4 et 13 %, et celle de la dysthymie est de 2 % dans la population âgée.

Les facteurs de risque de dépression

Plusieurs facteurs de risque de dépression chez la personne âgée ont été identifiés :

- l'âge;
- le sexe féminin;
- le deuil récent;
- les troubles du sommeil;

Le **Dr Massoud** est gériatre au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et à l'Institut de Gériatrie de Montréal.

Tableau 1

Dépression majeure : critères du DSM-IV

→ **Cinq ou plus des symptômes suivants (incluant un des deux premiers) depuis au moins deux semaines :**

- **Humeur dépressive (dysphorie)**
- **Diminution du plaisir et de l'intérêt (anhédonie)**
- Diminution/augmentation de l'appétit ou du poids
- Insomnie/hypersomnie
- Agitation/ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Diminution de l'estime de soi/culpabilité excessive
- Diminution de la concentration/indécision
- Idées récurrentes suicidaires/de mort

→ **Détresse significative**

→ **Répercussions fonctionnelles**

→ **Non dus à :**

- Condition médicale
- Médicaments
- Deuil

- les déficiences physiques ou fonctionnelles;
- la mauvaise perception de sa santé;
- les antécédents de dépression.

Le suicide

Les taux de suicide sont deux fois plus élevés dans la population âgée que chez les plus jeunes. Par ailleurs, on retrouve plus de suicides « réussis » dans ce groupe d'âge. Quatre-vingt pour cent des individus âgés qui ont tenté de se suicider souffrent d'un syndrome dépressif.

Les facteurs de risque de suicide sont :

- l'âge de plus de 74 ans;
- le sexe masculin;
- le syndrome dépressif;
- la gravité du syndrome;
- la désintégration du réseau social;
- la disponibilité d'une arme à feu (qui double le risque de suicide chez la personne âgée).

Le diagnostic de la dépression

La dépression majeure et mineure

Le diagnostic de la dépression majeure demeure un diagnostic clinique basé sur les critères du DSM-IV (tableau 1).

Brièvement, il nécessite la présence d'au moins cinq symptômes, incluant un des deux symptômes cardinaux de dépression, soit la dysphorie ou l'anhédonie. Ces symptômes devraient être présents depuis plus de deux semaines et entraîner des répercussions significatives.

La dépression mineure consiste en la présence de deux à cinq symptômes de la liste du DSM-IV présents depuis plus de deux semaines.

Particularités du diagnostic chez les personnes âgées

Plusieurs particularités caractérisent le diagnostic de dépression chez la population âgée (tableau 2), notamment la présence d'anhédonie, de symptômes neurovégétatifs, de somatisation et une plus faible prévalence de dysphorie (*depression without sadness* ou *smiling depression*).

La dysthymie

La dysthymie consiste en la présence de plus de deux symptômes du DSM-IV, mais sur une période prolongée de plus de deux ans.

Le trouble d'adaptation avec humeur dépressive

Le trouble d'adaptation avec humeur dépressive réfère à des symptômes dépressifs survenant moins de trois mois après un événement stressant et se dissipant moins de six mois après.

Les hypothèses physiopathologiques

Les syndromes dépressifs chez les aînés

Les hypothèses physiopathologiques proposées pour expliquer les syndromes dépressifs dans la population gériatrique sont multiples :

- l'hérédité;
- la vulnérabilité psychologique de base (personnalité);
- l'adversité psychosociale;
- le rôle des modifications cérébrales associées au vieillissement;
- la réponse anormale (allostatique) au changement;
- les comorbidités médicales et les médicaments. À cet effet, plusieurs conditions médicales et médicaments ont été associés à des syndromes dépressifs (tableau 3).

La maladie d'Alzheimer et la dépression

Une association mérite une discussion particulière, soit celle entre la dépression et la maladie

Tableau 2

Dépression chez la personne âgée : particularités diagnostiques

Chez la personne âgée, on retrouve SURTOUT :

- Manque d'intérêt
- Perte de poids
- Agitation/ralentissement psychomoteur
- Fatigue
- Symptômes physiques multiples (somatisation)

Chez la personne âgée, on retrouve MOINS :

- Tristesse et sensation d'être « déprimée »
- Perte de l'estime de soi et culpabilité

d'Alzheimer (MA). En effet, 30 à 50 % des individus avec une MA souffriront d'un syndrome dépressif durant leur maladie. Outre ses répercussions sur l'humeur de ces individus, la dépression majorera leurs déficits cognitifs ainsi que leurs difficultés fonctionnelles. Elle doit être abordée de façon rigoureuse et structurée.

Par ailleurs, une dépression peut représenter, chez certains individus, le prodrome d'un syndrome démentiel, et certains considèrent qu'une dépression antérieure constitue un facteur de risque de démence. Une dépression de novo après l'âge de 65 ans peut laisser présager la survenue d'un syndrome démentiel dans les années qui suivent, et ces individus devraient être suivis de façon périodique.

Tableau 3

Dépression : causes médicales ou médicamenteuses

→ **Causes médicales :**

- **Infections**
- **Maladies endocriniennes**
Ex. : hypo/hyperthyroïdie, hypo/hyperparathyroïdie, hypo/hypercorticisme
- **Néoplasies**
Ex. : pancréas, lymphome, leucémie
- **Maladies cérébrovasculaires**
Ex. : accident vasculaire cérébral (AVC), maladie lacunaire, démence vasculaire
- **Maladies neurodégénératives**
Ex. : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson
- **Maladie cardiaque athérosclérotique**
- **Problèmes métaboliques**
Ex. : déficit en vitamine B₁₂, dénutrition
- **Autre** : éthylisme

→ **Causes médicamenteuses :**

- **Cardiovasculaires**
Ex. : méthyl dopa, bêta-bloquants, réserpine, clonidine, hydralazine
- **Système nerveux central**
Ex. : benzodiazépines, remplacement dopaminergique
- **Endocriniens**
Ex. : corticostéroïdes, œstrogènes, progestérone, tamoxifène
- **Chimiothérapie**
Ex. : vincristine, vinblastine
- **Autres** : cimétidine, dextropropoxyphène

L'évaluation des symptômes

Le patient qui présente des symptômes dépressifs mérite une évaluation complète. Celle-ci consiste en :

- un questionnaire médical et psychiatrique;
- un examen physique général, incluant idéalement une évaluation des fonctions cognitives;
- une évaluation de l'humeur facilitée par certaines échelles développées et validées spécifiquement pour le diagnostic de la dépression chez la personne âgée (ex. : *Geriatric Depression Scale* [GDS]);
- une élimination des causes potentiellement contributives (tableau 3);
- une optimisation du traitement des comorbidités.

Le traitement

Les objectifs du traitement de la dépression sont de :

- réduire les symptômes;
- prévenir les récives;
- améliorer la qualité de vie;
- prévenir le suicide;
- secondairement, optimiser les fonctions cognitives et l'autonomie fonctionnelle.

Les éléments à considérer dans la réflexion sur les options thérapeutiques sont :

- la réponse antérieure à un traitement particulier;
- la présence de comorbidités;
- les médicaments concomitants.

L'approche non pharmacologique

Les approches non pharmacologiques sont réservées au traitement des dépressions de moindre intensité ou en combinaison avec un traitement médicamenteux.

Tableau 4

Dépression chez la personne âgée : traitements pharmacologiques

Classe	Médicament	Dose gériatrique	Effets secondaires
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)	<ul style="list-style-type: none"> • Citalopram • Escitalopram • Sertraline 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 à 40 mg/jour • 5 à 20 mg/jour • 25 à 150 mg/jour 	Nausées, vomissements, inappétence, céphalées, somnolence asthénie, hyponatrémie
Inhibiteur de la recapture de la sérotonine/norépinéphrine	Venlafaxine	37,5 à 225 mg/jour	Hypertension, nausées, vomissements, céphalées, hyponatrémie
Inhibiteur de la recapture de la norépinéphrine/dopamine	Bupropion	100 à 200 mg/jour	Réduit le seuil épileptique, insomnie, xérostomie, céphalées, agitation, nausées
Noradrénergique et sérotoninergique spécifique	Mirtazapine	15 à 45 mg/jour	Somnolence, xérostomie, hyperphagie, constipation, asthénie

Elles consistent en plusieurs types de thérapies (de support, cognitive, comportementale, interpersonnelle) et nécessitent habituellement l'intervention d'un spécialiste (psychologue ou psychiatre).

L'approche pharmacologique

Le traitement pharmacologique de la dépression est aussi efficace dans la population âgée que chez les plus jeunes.

Le principe général à respecter, comme dans n'importe quelle intervention pharmacologique en gériatrie, est de commencer à petites doses et de les augmenter graduellement selon la réponse clinique.

Les antidépresseurs de choix dans cette population sont les inhibiteurs sélectifs de la

recapture de la sérotonine (ISRS), le bupropion, la venlafaxine ainsi que la mirtazapine (tableau 4). Les antidépresseurs tricycliques traditionnels sont à éviter compte tenu de leurs effets secondaires (anticholinergiques, hypotension, somnolence, etc.).

Durée et suivi

Il est suggéré de poursuivre le traitement pendant quatre à six semaines à doses thérapeutiques avant de conclure à un échec et de substituer avec un médicament d'une autre classe. Une fois le tableau clinique contrôlé, le traitement devra être maintenu pendant au moins six mois après une première rémission, 12 à 24 mois après la rémission d'une récurrence, et plus de trois ans après un troisième épisode.

Attention de ne pas sous-diagnostiquer!

La dépression demeure sous-diagnostiquée et sous-traitée dans la population âgée. Les facteurs contribuant à cette constatation sont :

- l'attribution des symptômes au vieillissement normal ou à des événements stressants;
- la tendance des personnes âgées à ne pas consulter pour ces symptômes;
- la présence de maladies et de médicaments concomitants;
- l'absence d'un biomarqueur fiable pour le diagnostic.

L'électroconvulsivothérapie, sismothérapie

Les électrochocs (électroconvulsivothérapie [ECT], sismothérapie) demeurent une option intéressante chez les individus âgés avec une dépression grave qui mettent leur vie en danger (malnutrition ou déshydratation grave, idéations/actes suicidaires) ou chez ceux qui sont réfractaires ou intolérants au traitement pharmacologique.

Diriger vers un spécialiste

Les indications pour diriger un patient vers un spécialiste (psychiatre ou gériopsychiatre si disponible) sont les suivantes :

- dépression grave ou avec idéations ou tentatives suicidaires;
- dépression résistante au traitement;
- dépression psychotique;
- maladie bipolaire;
- dépression avec abus de substances;
- dépression avec démence.

Soyez à l'affût!

Les syndromes dépressifs sont importants par leurs fréquence et leurs répercussions dans la population âgée. Ils peuvent se présenter de manière atypique, ce qui contribue au fait qu'ils soient sous-diagnostiqués et sous-traités. Les médecins de première ligne doivent demeurer vigilants quant au diagnostic précoce de ces conditions, car il existe actuellement plusieurs interventions efficaces. *Clin*

Bibliographie

1. Palsson SP, Ostling S, Skoog I: The incidence of first-onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. *Psychol Med*, 2001; 31(7):1159-68.
2. Teresi J, Abrams R, Holmes D, et coll: Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2001; 36(12):613-20.
3. Cole MG, Dendukuri N: Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 2003; 160(6):1147-56.
4. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED: Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry*, 2002; 52(3):193-204.
5. Alexopoulos GS: Depression in the elderly. *Lancet*, 2005; 365(9475):1961-70.
6. Yaffe K, Blackwell T, Gore R, et coll: Depressive symptoms and cognitive decline in nondemented elderly women: a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*, 1999; 56(5):425-30.
7. Devanand DP, Sano M, Tang MX, et coll: Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. *Arch Gen Psychiatry*, 1996; 53(2):175-82.
8. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et coll: Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 1982; 17(1):37-49.
9. Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF, et coll: Pharmacotherapy of depression in older patients: a summary of the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract*, 2001; 7(6):361-76.
10. Antsey K, Brodaty H: Antidepressants and the elderly: double-blind trials 1987-1992. *Inte J Geriatr Psychiatry*, 1995; 10:265-79.
11. Salzman C, Wong E, Wright BC: Drug and ECT treatment of depression in the elderly, 1996-2001: a literature review. *Biol Psychiatry*, 2002; 52(3):265-84.
12. Canadian Coalition For Seniors Mental Health. The assessment and treatment of depression. *National Guidelines for Seniors Mental Health*, 2006;1-60.