



# BULLETIN SUR LA DÉMENCE DESTINÉ AUX MÉDECINS

Vol. 3, n° 3

OTTAWA

automne 2003

Une publication du Réseau de la démence d'Ottawa

## Dans ce numéro

La dépression dans la démence  
Le traitement de la dépression dans  
la démence

## Ont contribué

Dre. Louise Carrier  
Directrice médicale  
Services communautaires de  
psychiatrie gériatrique d'Ottawa

Dre Linda Gobessi  
Psychiatre gériatrique  
Services communautaires de  
psychiatrie gériatrique d'Ottawa

## Available in English

Translation courtesy of:  
Traduction gracieuseté de



JANSSEN-ORTHO Inc.

Makers of / fabricants de



## Pour plus d'information

Marg Eisner  
Directrice  
Soutien et éducation de la famille  
Société Alzheimer d'Ottawa  
1750 Russell Road, Suite 1742  
Ottawa, ON K1G 5Z6  
Téléphone: (613) 523-4004  
Courriel: meisner@alzheimerott.org

## La dépression dans la démence

*Par la Dre Louise Carrier MD FRCP (C)*

*Directrice médicale*

*Services communautaires de psychiatrie gériatrique d'Ottawa*

Les symptômes dépressifs sont souvent signalés par des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (MA) avec un taux de prévalence pour l'humeur déprimée allant de 40 à 50 % et de 10 à 20 % pour le trouble dépressif majeur. La dépression s'observe le plus souvent dans le cours de la démence d'intensité légère à modérément sévère, mais elle décroît dans les stades sévère et avancé de la maladie. Ceci tient peut-être partiellement à notre manque de critères opérationnels pour détecter la dépression chez les patients atteints de démence sévère. Il y a au moins trois grandes raisons pour lesquelles l'identification et le traitement de l'humeur déprimée dans la MA sont importantes : (a) elle provoque une incapacité excessive, (b) elle a un effet négatif sur les aidants et (c) elle peut potentiellement être traitée.

## Considération d'évaluation

Il y a un chevauchement considérable dans la symptomatologie entre le syndrome dépressif et la démence comme l'isolement social progressif, la baisse d'énergie et la difficulté de concentration, les variations de l'appétit et des schémas de sommeil. L'apathie est un symptôme neuropsychiatrique courant de démence. Elle se définit comme une absence de sentiment et se distingue de l'humeur maussade. Le patient apathique, contrairement au patient déprimé, n'est pas en détresse émotionnelle. Bien qu'il n'entreprenne pas d'activités et montre un manque de motivation, la réponse affective aux interactions positives et aux activités entreprises par d'autres est en général normale. Il faut la différencier de l'humeur dépressive car elle tire parti des inhibiteurs de la cholinestérase. Le patient déprimé présente une irritabilité ou une humeur déprimée envahissante, une réactivité médiocre de l'humeur, une anhédonie (c.-à-d. un manque de plaisir), des symptômes intrapsychiques comme un sens du désespoir

...Suite à la page 2

## La dépression dans la démence

...suite de la page 1

et des déclarations d'autodé-  
préciation, et il peut exprimer  
un désir de mort. La dépression  
répondra au traitement par les  
antidépresseurs. Environ 20 %  
des patients atteints de MA  
auront une dépression majeure  
qui exigera la prise en considéra-  
tion d'un traitement. Il faut  
exclure les maladies concomitan-  
tes et l'utilisation de médica-  
ments comme causes possibles  
de la dépression.

Récemment, un groupe  
d'experts de la dépression de fin  
de vie et de la maladie  
d'Alzheimer se sont rencontrés  
pour élaborer des critères  
diagnostiques consensuels pour  
la dépression dans la maladie  
d'Alzheimer (Tableau 1). Bien  
que les critères proviennent des  
critères du DSM-IV-TR pour  
l'épisode dépressif majeur,  
quelques différences permettent  
de faire ressortir le fait que la  
MA pourrait être moins sévère  
ou persistante, s'accompagnant  
d'une symptomatologie d'inten-  
sité croissante et décroissante.  
Quand il attribue un symptôme à  
la dépression de la MA, le  
clinicien doit juger que ledit  
symptôme ne traduit pas plutôt  
une dépression primaire, un autre  
trouble mental, une autre patho-  
logie ou les manifestations  
indésirables d'un médicament  
(par exemple, la perte de poids  
chez un patient qui présente une  
dysphagie).

### Conclusion

On a montré que des  
patients atteints de MA et d'une  
dépression avaient une altération  
plus marquée de la fonctionnalité  
par rapport à des patients atteints



de MA mais sans dépression. Les médicaments  
antidépresseurs, dans la majorité des cas,  
amélioreront les symptômes de la dépression,  
diminueront l'incapacité excessive et optimiseront  
le fonctionnement cognitif.

### Tableau 1 Critères diagnostiques provisoires pour la dépression et la maladie d'Alzheimer

Au moins trois des symptômes suivants sont présents pendant la  
même période de 2 semaines et représentent un changement par  
rapport à la fonctionnalité antérieure : au moins un des symptômes  
est soit 1) l'humeur déprimée soit 2) la diminution de l'affect positif  
ou du plaisir.

1. humeur déprimée cliniquement significative
2. diminution de l'affect positif ou du plaisir en réponse aux  
contacts sociaux et aux activités habituelles
3. isolement social ou retrait
4. troubles de l'appétit
5. troubles du sommeil
6. changement psychomoteur (agitation/ralentissement)
7. irritabilité
8. fatigue ou perte d'énergie
9. sentiments de dévalorisation, de désespoir ou de culpabilité  
excessive inappropriée
10. pensées récurrentes de mort, idées, projet ou tentatives de  
suicide

Ces symptômes provoquent une détresse cliniquement significative  
ou une perturbation de la fonctionnalité.

Les symptômes ne s'expliquent pas mieux par d'autres pathologies.  
Tous les critères sont réunis pour la démence de type Alzheimer  
(DSM-IV)

### Médecins, une formation innovatrice à votre intention!

Nous nous rendrons dans votre cabinet pour une séance en  
tête-à-tête avec vous (20-30 minutes) ou un petit déjeuner ou un  
déjeuner de 4-6 personnes et une séance d'apprentissage (40-60  
minutes). Nous nous occuperons des repas!

L'équipe de formation comprendra : Anna Byszewski, Bill Dalziel,  
Tony Guzmán, Barbara Power, Tilak Mendis et Inge Loy-English et  
Louise Carrier.

**Pour plus d'information, veuillez appeler le : 523-4004**

# Traitement de la dépression dans la démence

*Dre Linda Gobessi MD FRCPC  
Psychiatre gériatrique  
Services communautaires de  
psychiatrie gériatrique d'Ottawa*

La dépression est une complication comportementale et psychologique fréquente de la démence de type Alzheimer. Le traitement ciblant les symptômes de la dépression est devenu un important aspect des soins globaux. Malgré l'importance de la dépression dans la MA, on n'a guère de données reposant sur des preuves pour orienter le traitement. On utilise en général une combinaison d'approches pharmacologiques et non pharmacologiques.

À l'heure actuelle, le traitement commence par une évaluation globale et rigoureuse qui comprend l'interrogatoire du patient ainsi que celui de l'aidant. À mesure que la démence progresse, des difficultés de communication soulignent le besoin d'information collatérale. Les pathologies, y compris la douleur, les médicaments et d'autres substances, doivent être examinées car elles peuvent contribuer aux symptômes dépressifs ou imiter la dépression. De même, les changements psychosociaux devraient être explorés car ils peuvent représenter des facteurs déclenchants importants et servir de piste pour les interventions non pharmacologiques. De plus, la sécurité du patient doit être évaluée afin de déterminer le lieu approprié pour le traitement. Ceci comprend une évaluation du risque de suicide. Les idées suicidaires sont rares dans les stades plus avancés, mais surviennent dans les stades d'intensité légère de MA quand il est probable que la lucidité est préservée.

Afin d'évaluer l'efficacité d'un traitement, il est utile d'établir une liste des symptômes cibles. Des échelles d'évaluation comme l'échelle Cornell pour la dépression dans la démence peuvent aussi servir à suivre la réponse au traitement.

## Traitement pharmacologique

Des groupes consensuels d'experts recommandent en général les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) comme agents de première ligne en raison de leur profil favorable d'effets secondaires. D'autres agents comme la venlafaxine, le bupropion, la mirtazapine et le moclobémide ont aussi été utilisés pour traiter les patients âgés déprimés. On évite en général les antidépresseurs tricycliques (ADT), mais on peut avoir recours aux ADT secondaires comme la nortriptyline et la désipramine. Les effets secondaires anticholinergiques qui contribueront à l'altération cognitive sont l'une des principales préoccupations. Seuls quelques essais ont fait l'objet de recherches spécifiques sur l'efficacité du traitement par les antidépresseurs dans la MA. De là, les lignes directrices sur la façon de choisir un antidépresseur sont extrapolées d'après la littérature et l'expérience en matière de traitement des patients âgés déprimés non déments.



*Voir l'encart sur les  
divers traitements  
pharmacologiques*

## Lignes directrices :

- Documenter les maladies et les symptômes physiques qui

peuvent interférer avec les antidépresseurs ou être exacerbés par ceux-ci. Choisir le médicament le moins susceptible de compliquer les problèmes médicaux du patient.

- Éviter les interactions médicamenteuses sérieuses en dressant la liste de tous les médicaments, des préparations sans ordonnance, des remèdes à base de plantes et de l'alcool. Vérifier toutes les interactions. Les interactions les plus significatives comprennent les médicaments avec un faible intervalle thérapeutique.
- Choisir un médicament ayant une demi-vie d'élimination raisonnable, un potentiel faible d'accumulation et une souplesse posologique.
- Prendre en considération la réponse précédente aux antidépresseurs.
- Envisager le profil spécifique des symptômes de votre patient.

Une fois le médicament choisi, n'oubliez pas de commencer par une dose peu élevée, d'aller lentement, mais n'arrêtez pas. Augmentez lentement tout en surveillant les réactions indésirables. Restez en contact étroit avec le patient ou la famille. Les patients âgés peuvent avoir besoin d'ajustements posologiques fréquents et d'une étroite surveillance des effets secondaires émergents. Continuez l'essai du médicament jusqu'à ce que le patient reçoive des doses adéquates ou ait des effets cliniques significatifs ou

## Traitement de la dépression dans la démence

...(suite de la page 3)

des réactions indésirables prohibitives. Le médicament antidépresseur doit être continué pendant deux ans s'il s'agit du premier épisode et indéfiniment s'il s'agit d'un trouble récurrent.

On a certaines preuves que les inhibiteurs de la cholinestérase (IC) peuvent diminuer les symptômes légers de dépression. Toutefois, en présence d'un syndrome dépressif majeur, les médicaments antidépresseurs sont indiqués et doivent être ajoutés à l'IC en cours, en tenant compte d'éventuelles interactions médicamenteuses potentielles.

## Électroconvulsivothérapie (ECT)

L'ECT est utilisée à l'occasion chez des patients atteints de MA mais est en général limitée aux personnes qui ne tolèrent pas les médicaments, ont déjà répondu à l'ECT, ou

présentent des symptômes sévères ou réfractaires secondaires à la dépression. On a signalé des taux élevés de delirium après l'ECT comme on pourrait s'y attendre, mais elle peut aussi mener à une amélioration significative. C'est une importante option thérapeutique qu'il ne faut pas négliger.

## Traitement non pharmacologique

Les patients présentant des symptômes dépressifs au début de leur démence peuvent répondre à la psychothérapie psychodynamique, au passage en revue de la vie ou à la thérapie de réminiscence. Aux stades modéré à tardif, d'autres techniques comme la thérapie comportementale, la musicothérapie et l'art-thérapie peuvent jouer un rôle important. Les activités offertes dans les programmes de jour fournissent des occasions précieuses pour la socialisation et des sources d'estime de soi. En organisant des

activités pour maximiser la réussite et éviter l'échec, on peut aider à atténuer la frustration et à améliorer l'image de soi des patients. Dans un essai randomisé d'interventions comportementales (activités agréables et résolution des problèmes de l'aidant) comparé à une condition-témoin de liste d'attente dans la dépression de la MA, on a relevé que les deux interventions amélioreraient les symptômes dépressifs chez les patients ainsi que chez les aidants et l'amélioration était soutenue pendant six mois. L'orientation du patient vers un psychiatre peut être utile pour clarifier le diagnostic, instaurer un traitement ou réévaluer le traitement en cours.

La dépression dans la MA est une pathologie que l'on peut traiter. Un traitement approprié peut améliorer la qualité de vie du patient et de l'aidant. Les interventions tant pharmacologique que non pharmacologique devraient être utilisées pour optimiser le résultat.

## Projets de recherche locale sur la démence

Fourni par L. W. Chambers, président du comité de recherche du Réseau de la démence d'Ottawa  
Président, Institut de recherche *Élisabeth-Bruyère*

	<u>Titre du projet</u>	<u>Personne contact</u>	<u>Adresse courriel/site Web</u>
1.	Étude canadienne sur la santé et le vieillissement	Ian McDowell	www.csha.ca
2.	CanDRIVE	Malcolm Hing	www.candriv.ca
3.	Research on Alzheimer's Caregiving in Canada : Current Status and Future Directions	Larry Chambers	lchamber@scohs.on.ca
4.	E-learning for Health Care Teams in Long-term Care Facilities	Colla MacDonald	cimacdon@uottawa.ca

## MERCI

Le Réseau de démence d'Ottawa voudrait remercier Novartis, Janssen-Ortho et Pfizer d'avoir parrainé cette publication du Bulletin sur la démence destiné aux médecins.

