

2<sup>ème</sup> congrès de printemps de la SSMIG

## Antidépresseurs chez le sujet âgé

**A partir de deux cas cliniques, le Pr Philippe Huber, Genève, a élaboré la thérapie des patients âgés dépressifs d'une manière très interactive. Dans ce cadre, les personnes âgées dépressives devraient toujours être prises en charge psychosocialement et la thérapie devrait être commencée doucement et avec prudence.**

Des états dépressifs majeurs se manifestent chez des personnes âgées avec une prévalence comparable à celle des personnes jeunes (4.6–9.3%). Par contre, un fort taux (5–37%) de dépressions « mineures » est observé. De plus, chez les personnes très âgées, en milieu hospitalier (9%–23%) ou de long séjour (17%–35%), la prévalence est également plus élevée. Complètement, des co-morbidités comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et les atteintes cérébrales dégénératives augmentent le risque pour des états dépressifs majeurs. Puisque les personnes âgées demandent moins souvent du conseil ou de l'aide, ainsi que le fait qu'une tristesse profonde est plus rarement exprimée ouvertement, la proportion de suicides réussis est particulièrement élevée. Par conséquent, il est important de diagnostiquer et de traiter suffisamment la dépression de la personne âgée. Chez les personnes âgées, les symptômes dépressifs sont souvent supplantés par des plaintes somatiques. Fréquemment, les symptômes dépressifs sont faussement interprétés comme une caractéristique normale liée aux conditions de vie pénibles. Les critères diagnostiques d'un état dépressif majeur restent les mêmes que ceux applicables aux personnes jeunes. Par contre, quelques particularités méritent d'être soulignées: le symptôme principal n'est pas l'état dépressif mais la tristesse, l'anhédonie ou le sentiment de dénuement de sens. Une anxiété et une irritabilité sont fréquentes avec un tableau de replis sur soi ou d'opposition. Les plaintes somatiques, voire hypocondriaques, étant fréquemment liées à la dépression gériatrique, rendent difficile le diagnostic chez ces patients souvent polymorbides. Le DSM-IV-TR classe le niveau de gravité de la dépression selon le nombre de symptômes.



Pr Philippe Huber

### Traitement de la dépression

Le traitement d'un état dépressif mineur repose avant tout sur des interventions psychosociales, des activités physiques et la psychothérapie cognitivo-comportementale. Une intervention médicamenteuse est réservée à des patients chez qui les symptômes persistent ou s'aggravent.

Le traitement d'un état dépressif majeur se compose d'une prise en charge psychosociale ou psychothérapeutique en parallèle

d'un traitement antidépresseur. Fournier (JAMA 2010;303:47) a démontré une proportionnalité entre la gravité de la dépression et la réponse thérapeutique. Cependant, l'efficacité était moindre chez les plus de 65 ans et la réponse était plus tardive. Concernant la thérapie médicamenteuse, il est toutefois important de considérer le risque d'effets secondaires élevé dus à l'âge et la polymédication. Comme traitement de première ligne, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont recommandés et plus spécifiquement l'escitalopram, le citalopram, ou la sertraline en raison de leur demi-vie plutôt courte et de leur moindre potentiel d'interactions médicamenteuses. Également, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, comme la duloxétine, la venlafaxine, et la mirtazapine, sont recommandés pour la thérapie de la première et deuxième intention (J Clin Psychiatr 2011;72:e04). Des antidépresseurs atypiques, comme la miansérine et la trazodone présentent une bonne activité. Les tricycliques sont à éviter. Dans tous les cas, un effet secondaire à surveiller avec les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et dans une moindre mesure avec les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline est la survenue d'une hyponatrémie sur SIADH. Des interactions médicamenteuses potentielles sont à rechercher soigneusement en amont. On devrait toujours traiter selon le principe « start low, go slow » en évitant un sous-dosage. Le monitoring sanguin permet en parallèle l'observance du patient. Une amélioration devrait être atteinte au bout de 4 à 12 semaines. S'il s'agit d'un premier épisode de dépression majeure, la recommandation est de poursuivre le traitement pendant 6 mois à un an à partir de la rémission. Après plus de deux rechutes, un traitement continu est indiqué.

La dépression est une maladie qui évolue au fil du temps. En particulier, les co-morbidités somatiques et l'isolement social sont des marqueurs d'un mauvais pronostic. Le pronostic à long terme d'un état dépressif majeur est loin d'être bénin, puisque après 6 ans, seul 31% des patients parviennent à une rémission complète, 28% récidivent, 23% obtiennent une rémission partielle et 17% présentent une dépression sévère persistante.

▼ Dr Heidrun Ding

Source : 2<sup>ème</sup> congrès de printemps de la SSMIG, Lausanne, 3 au 5 mai 2017

