

ITEM 64 : TROUBLE DÉPRESSIF

Episode dépressif caractérisé : affection psychiatrique courante, 1 ^{ère} cause de perte d'année de vie en bonne santé					
- Contexte : - Intégré dans différentes entités nosographiques : trouble dépressif récurrent, trouble bipolaire					
- Comorbidité d'un autre trouble psychiatrique (trouble anxieux, addiction) ou d'une affection médicale générale					
- Isolée dans un contexte réactionnelle à un évènement de vie					
- > 100 millions de cas/an dans le monde, prévalence ponctuelle = 5% , touche 11% des hommes et 22% des femmes en France					
- Survenue du 1 ^{er} épisode possible à tout âge, très souvent observé juste avant 30 ans, prédominance féminine (2/1)					
- Associée à un risque élevé de suicide : 30 à 50% des tentatives de suicides, 80% des suicidés					
Sémiologie psychiatrique	Perturbations psycho-affectives	Perturbation de l'humeur	- Humeur dépressive, triste (symptôme majeur) : sentiment pénible, douloureux, envahissant, quasi-constant dans le temps, indépendamment des circonstances, prédominant le matin dès le réveil, avec une tendance à s'améliorer dans la journée		
		Altération du contenu de la pensée	- Dévalorisation : perte de l'estime de soi, doutes, autodépréciation, conduisant à un sentiment d'incapacité, d'inutilité - Culpabilité : reproches pour des actes quotidiens banals ou passés, sentiment d'une dette envers sa famille, d'être un poids pour les siens, auto-accusation - Incurabilité - Idées suicidaires : attrait de la mort quasi-constant, avec simples pensées centrées sur la mort (idées de mort) ou idées suicidaires avec ou sans plan précis		
		Perturbation des émotions	= Anhédonie (symptôme majeur) : perte d'intérêt ou du plaisir - Presque toujours rapportée, à degré divers, jusqu'à l'aboulie ou l'apragmatisme - Dans tous les domaines de vie (vie affective et socioprofessionnelle)		
		Idées suicidaires			
	Perturbations psycho-motrices	→ Ralentissement psychomoteur et agitation peuvent alterner ou être associés - Ralentissement psychique : bradypsychie (ralentissement des idées), ruminations , monoïdéisme - Ralentissement moteur : bradykinésie , hypomimie/amimie , bradyphémie (lenteur du discours), voix monocorde , clinophilie jusqu'à la prostration , incurie , aboulie (incapacité à exécuter des actes planifiés et prendre des décisions), apragmatisme (incapacité à entreprendre des actions) - Agitation : déambulations permanentes, incapacité à s'asseoir, état de tension interne			
	Perturbations physiologiques	Perturbation du sommeil	- Insomnie : réveils nocturnes surtout ± difficultés d'endormissement liées à l'anxiété - Hypersomnie possible (> 10h de sommeil/nuit) - Sensation de sommeil non réparateur		
		Fatigue	- Asthénie, sensation de perte d'énergie : prédominante le matin, possiblement présente en permanence		
		Modification de l'appétit et du poids	- Perte d'appétit (anorexie) fréquente - Possible augmentation de l'appétit et/ou modification des habitudes alimentaires - Variation de poids : le plus souvent perte de poids		
		Symptômes cognitifs	- Difficultés de concentration, troubles de la mémoire, indécision, déficit d'attention : d'aspect variable selon l'intensité et le fonctionnement habituel du sujet		
		- Baisse de libido, hyposexualité - Plainte somatique : troubles neurovégétatifs, digestifs, urinaires, cardiovasculaires, polyalgies...			
Diagnostic	Critères DSM-5	A - ≥ 5 symptômes sur une période ≥ 2 semaines , avec un changement par rapport à l'état antérieur (au moins un des symptômes est soit l'humeur dépressive, soit la perte d'intérêt ou de plaisir) - Humeur dépressive toute la journée, presque tous les jours - Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir - Perte ou gain de poids significatif (5%) ou diminution/augmentation de l'appétit - Insomnie ou hypersomnie - Agitation ou ralentissement psychomoteur - Fatigue ou perte d'énergie - Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité - Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision - Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires ou tentative de suicide B – Détresse cliniquement significative ou altération du fonctionnement C – Non imputable aux effets d'un substance ou d'une affection médicale générale D – Ø Critère de trouble schizoaffectif, schizophrénie, trouble schizophréniforme ou autre psychose E – Ø Episode maniaque ou hypomaniaque			

Diagnostic	Intensité	- Léger : symptômes juste suffisant au diagnostic, avec peu de retentissement - Modéré : plus de symptôme que nécessaire, avec un retentissement modéré - Sévère : quasiment tous les symptômes, avec un retentissement social majeur	
	Formes cliniques	Caractéristique mélancolique	Mélancolie = épisode dépressif très sévère , associée à un risque suicidaire élevé : souffrance morale profonde, retentissement moteur majeur, mutisme - Anhédonie et/ou anesthésie affective (manque de réactivité aux stimuli habituellement agréables) associée à des symptômes dépressifs marqués
		Caractéristique psychotique	= Associé à la présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations - Thème : souvent de ruine, incapacité, maladie, mort, indignité, culpabilité - Congruente ou non à l'humeur dépressive - Syndrome de Cotard : mélancolie délirante, associant des idées de négation d'organes, négation du temps (immortalité) ou de négation du monde
		Caractéristiques mixtes	= ≥ 3 symptômes maniaques ou hypomaniaques présents, pendant la majorité des jours d'épisode dépressif caractérisé
		Caractéristiques atypiques	- Réactivité de l'humeur , qui s'oppose à l'humeur triste quasi-constante - Autres symptômes : - Augmentation de l'appétit, prise de poids importante - Hypersomnie - Sensation de membres lourds - Sensibilité au rejet dans les relations interpersonnelles
		Avec détresse anxieuse	= Associé à des signes d'anxiété au 1 ^{er} plan : sensation d'énervement ou de tension intérieure, d'agitation inhabituelle, difficulté à se concentrer à cause de l'inquiétude, peur que quelque chose de terrible n'arrive, impression de perte de contrôle - Risque majeur de passage à l'acte suicidaire = raptus anxieux
		Autres	- Avec catatonie : catalepsie (flexibilité cireuse), négativisme, stéréotypies, impulsions, écholalies, échopraxies - Avec début dans le péri-partum
	Trouble dépressif	- Trouble dépressif caractéristique isolé - Trouble dépressif caractéristique récurrent : ≥ 2 EDC séparés d'une période sans symptômes de > 2 mois - Trouble dépressif persistant : humeur dépressive persistant ≥ 2 ans (ou ≥ 1 an chez l'adolescent) - Trouble dysphorique prémenstruel : symptômes dépressifs, associés à une labilité émotionnelle marquée, une anxiété ou des symptômes physiques (tension des seins, douleurs articulaires ou musculaires) au cours de la plupart des cycles menstruels	
	DD	- Réponse normale à une perte significative (deuil, ruine financière, désastre naturel...) - Troubles de l'humeur : trouble bipolaire type 1 ou 2, trouble cyclothymique - Psychose chronique : trouble schizoaffectif, schizophrénie, troubles délirants persistants - Trouble de personnalité, trouble anxieux, trouble obsessionnel compulsif, troubles addictifs - Pathologie médicale : - Neurologique : maladie de Parkinson, SEP, démence, lésions cérébrales... - Générale : hypothyroïdie, hypercorticisme, maladie systémique, infectieuse... - Iatrogène : corticoïdes, interféron, β-bloquants, L-dopa... - Toxique : alcool, cannabis, cocaïne... → réévaluer à 2-4 semaines du sevrage	
	Bilan initial	- Bio : NFS, ionogramme, glycémie, calcémie, urée, créatininémie, bilan hépatique, TSH, β-hCG, recherche de toxiques urinaires - ECG (QT), EEG de référence, TDM/IRM cérébrale si 1^{er} épisode ou si signes d'appel neurologiques	
Comorbidité	- Comorbidité anxieuse = 50 à 70% des cas : trouble panique, anxieux généralisé, obsessionnel compulsif, phobie sociale, état de stress post-traumatique - Comorbidité addictive = 30% des cas : alcool, toxique (cannabis, cocaïne...) - Comorbidité psychiatrique autre : schizophrénique, trouble de conduite alimentaire, trouble du contrôle des impulsions, troubles de la personnalité - Comorbidités non-psychiatriques (cardio-vasculaires, syndromes métaboliques, pathos endocriniennes, maladies inflammatoires chroniques...)		
Evolution	- Episode dépressif caractérisé isolé sans rechute = 50% des cas - Récurrence d'épisodes dépressifs caractérisés avec une fréquence variable = 35% des cas - ± Rémission partielle : persistance de symptômes dépressifs résiduels, mais ne remplissant pas les critères d'EDC - Chronicité avec évolution d'un épisode dépressif caractérisé sur une durée > 2 ans = 15% des cas - Complications : suicide ++, désinsertion professionnelle, récurrences dépressives, comorbidité psychiatrique		
	Facteur de mauvais pronostic	- Sexe féminin - Antécédents familiaux de trouble de l'humeur - Age de début précoce - Nombre d'épisodes passés	- Durée plus longue de l'épisode - Persistance de symptômes dépressifs résiduels - Comorbidité psychiatrique ou non psychiatrique

Orientation	Hospitalisation	→ Libre ou sous contrainte selon la capacité du patient à donner son consentement - Episode dépressif caractérisé sévère - Caractéristique mélancolique, psychotique - Risque suicidaire élevé ou de mise en danger - A discuter : comorbidité psychiatrique (addiction, trouble anxieux sévère), isolement socio-familial, altération des capacités d'autonomie et d'observance, résistance actuelle ou passée au traitement, état médical général préoccupant, ou chez le sujet jeune ou le sujet âgé	
	Ambulatoire	- Consultations rapprochées et régulières = 1 fois/semaine initialement : réévaluation de l'état clinique, de la réponse thérapeutique et du risque suicidaire	
TTT	Psychothérapie	- Psychothérapie de soutien : toujours indiquée - Psychothérapie structurée (en monothérapie dans les formes légères, ou en association aux antidépresseurs) : thérapie cognitivo-comportementale ou thérapie interpersonnelle (fort niveau de preuve), ou thérapie d'inspiration psychanalytique, thérapie familiale ,	
	Anti-dépresseur	= Recommandé pour les formes modérées à sévères - Antidépresseur ISRS en 1 ^{ère} intention : augmentation progressive jusqu'à la posologie efficace, évaluation de l'efficacité après > 2 semaines de traitement à dose efficace - Association possible à un anxiolytique (benzodiazépine) ou un hypnotique sur une durée limitée (< 4 semaines) en attente de l'effet de l'antidépresseur en cas d'anxiété importante et/ou d'insomnie - Surveillance clinico-biologique, notamment du risque suicidaire et du risque de virage de l'humeur - En cas de non réponse : ↗ posologie, changement de molécule, combinaison de traitements, stratégie de potentialisation, stratégies non médicamenteuses → Trouble dépressif résistant : échec de ≥ 2 antidépresseurs à dose efficace pendant ≥ 6 semaines	
		Durée	- Episode isolé : 6 mois à 1 an après la rémission clinique → Risque maximal de rechute dans les 6 à 8 mois suivant l'arrêt du traitement - Episodes récurrents = ≥ 3 épisodes : traitement de maintien par antidépresseur ± psychothérapie (pendant 18 à 24 mois)
		Instauration chez l'enfant/adolescent	- Après 4 à 6 consultations pour confirmer le diagnostic - Initiation plus progressive, suivi plus rapprochée (risque de levée d'inhibition)
		Instauration chez le sujet âgé	- Posologie adaptée à la fonction rénale et hépatique - Initiation plus progressive, avec surveillance des interactions médicamenteuses
	Electro-convulsivo-thérapie	= Induction de crises d'épilepsies par le passage trans-crânien d'un courant électrique durant quelques secondes, sous brève anesthésie générale et curarisation - Indication : - Forme sévère d'épisode dépressif : caractéristique mélancolique ou psychotique - Résistance ou contre-indication à un traitement médicamenteux - En 12 séances (2 à 3 séances/semaine) ± ECT d'entretien (1/mois durant plusieurs mois)	
	Autres	- ALD 30 (PEC 100%) uniquement en cas d'épisode dépressif récurrent ou persistant - Réadaptation psychosociale - Stimulation magnétique transcrânienne (en cours d'évaluation)	