

PARTICULARITÉS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA DÉPRESSION CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Mohamed Maâlej, Lobna Zouari, Sameh Ben Mahmoud, Achouak Rakam, Mariem Dammak, Nasreddine Zouari.

Service de psychiatrie « C », CHU Hédi CHAKER - Sfax

M. Maâlej, L. Zouari, S. Ben Mahmoud, A. Rakam, M. Dammak, N. Zouari.

PARTICULARITÉS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA DÉPRESSION CHEZ LE SUJET ÂGÉ

LA TUNISIE MEDICALE - 2008 ; VOL 86 (N°02) : 179 - 184

M. Maâlej, L. Zouari, S. Ben Mahmoud, A. Rakam, M. Dammak, N. Zouari.

CLINICAL AND THERAPEUTIC PARTICULARITIES OF DEPRESSION IN THE ELDERLY

LA TUNISIE MEDICALE - 2008 ; VOL 86 (N°02) : 179 - 184

RÉSUMÉ

La dépression du sujet âgé diffère peu de celle du sujet plus jeune. Cependant, les symptômes caractéristiques sont très souvent éclipsés par des symptômes trompeurs, en premier lieu des plaintes somatiques insistantes assimilables à des idées d'incurabilité. Ailleurs, le devant de la scène est occupé par l'un des troubles suivants : une agitation anxieuse, des troubles d'allure névrotique, des troubles du caractère, des idées délirantes de persécution ou des symptômes d'allure déficitaire. Sur le plan nosographique, les dépressions exogènes sont les plus fréquentes et les moins sensibles aux antidépresseurs. Les dépressions endogènes sont les plus rares, mais redoutables à cause du risque suicidaire qu'elles comportent. Les comorbidités sont dominées par celles somatiques, plus particulièrement, la iatrogénie, conséquence de la polymédication fréquente chez le sujet âgé, et la maladie de Parkinson.

Sur le plan thérapeutique, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont les antidépresseurs prescrits en première intention, en raison de leur image de sécurité d'emploi. Les antidépresseurs tricycliques sont peu maniables en gériatrie et non recommandés en première intention. La fréquence de survenue des effets indésirables est plus élevée avec les imipraminiques (clomipramine, amitriptyline...) qu'avec la maprotiline. Les posologies recommandées sont moitié de celles habituellement efficaces. Les formes avec symptômes psychotiques (hallucinations, délire) sont l'indication d'une association antidépresseur-antipsychotique. Le traitement curatif devrait être poursuivi pendant au moins six mois pour éviter la rechute. Un traitement prophylactique (antidépresseur en l'absence d'épisodes maniaques ; sinon, thymorégumateur), pendant plusieurs années, est recommandé compte tenu de la fréquence élevée des récurrences.

SUMMARY

Depression in older people slightly differs from younger subjects adults. Generally, typical depressive symptoms are overlooked by other symptoms. The most frequent ones are excessive preoccupation with health and complaints about physical symptoms. Anxiety is a common accompaniment of depression in later life. Poor subjective memory or dementia-like and psychotic symptoms are also common in depression in the elderly.

The exogenous depression, the most common forms of depression in elderly people, has a little response to antidepressants. The endogenous depression is associated with high risk of suicide.

Depression in older people often coexists with physical disorders. The most frequently encountered is Parkinson's disease. Depression could also be one of the side effect of the use of drugs for physical illnesses.

The Tricyclic antidepressants (TCAs) are generally too toxic for elderly people and should not be considered as drugs of first choice. Currently, the drugs of choice are the serotonin-selective reuptake inhibitors (SSRIs). They have an antidepressant effect similar to that of (TCAs), but they are less toxic.

The antidepressant treatment in the elderly is usually initiated at a low starting dose, ideally no more than half the usually recommended for the adults.

For psychotic depression a combination of an antidepressant used in conjunction with antipsychotic drug is more effective than an antidepressant administered alone.

The treatment should be continued for six months at least in order to reduce the risk of relapse. Moreover, long-term treatment is recommended because of the high risk of recurrence.

MOTS-CLÉS

Antidépresseurs, Dépression, Diagnostic, Sujet âgé, Traitement, revue de la littérature

KEY-WORDS

Antidepressants, Depression, Diagnosis, Elderly, Treatment, literature review

الخصوصيات السريرية والعلاجية للاكتئاب لدى المسن

الباحثون : م. المعالج، ل. الزواري، س. بن محمود، أ. رقام، م. دمق، ن. الزواري.
إن الاكتئاب لدى المسن لا يختلف جوهريا من الناحية السريرية عن أمثاله لدى من هم أصغر سناً. و لكن في أغلب الأحيان تكون عوارض الاكتئاب مقنعة بعوارض عامة، قد لا توحى في بادئ الأمر بوجود اكتئاب، كالتشخيصات الجسدية المستعصية أو الهياج القلبي أو اضطرابات عصبية النمط أو اضطرابات طباعية أو أفكار هذيانية كيدية أو نقصان ذهني ظاهري.
يمثل الاكتئاب التفاعلي الإطار التصنيفي الأكثر نسبة و الأقل تأثيرا بالعلاج، بينما يمثل الاكتئاب الداخلي المنشأ الأقل نسبة. و في بعض الحالات يتواجد الاكتئاب مع مرض جسدي. و في هذا الخصوص يجدر التذكير بأن الاكتئاب يمكن أن يكون من مضاعفات بعض الأدوية أو تكون له صلة وثيقة بداء باركنسون.
على الصعيد العلاجي، تشكل مضادات الاكتئاب السيروتونينية الأدوية الأكثر وصفا نظرا لقلّة تأثيراتها الجانبية على عكس مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. مع العلم أنه يتعين أن تكون الكميات اليومية الموصوفة نصف ما هو معمول به لدى الأصغر سنا، على الأقل في الفترة الأولى للعلاج، و يمكن بعد ذلك إن اقتضى الأمر الوصول تدريجيا إلى الكميات المعمول بها لدى الأصغر سناً طالما بقيت التأثيرات الجانبية محدودة. و تتطلب الحالات التي تتضمن علامات ذهانية إضافة دواء مضاد للذهان.
أما مدة العلاج الأولي فيجب أن لا تقل عن ستة أشهر لتفادي الانتكاس. و يستحسن أن يليها علاج وقائي على المدى الطويل لتفادي رجوع المرض.
الكلمات الأساسية : مضاد الاكتئاب، اكتئاب، تشخيص، المسن، العلاج.

EPIDEMIOLOGIE

La prévalence réelle de la dépression chez le sujet âgé serait sous-estimée, en raison, notamment, de la banalisation de certaines plaintes d'ordre cognitif ou instinctuel chez le sujet âgé et de la fréquence des plaintes somatiques évoquant, a priori, des maladies organiques ou pouvant être facilement attribuées exclusivement à une maladie organique réelle (1,2). Selon des enquêtes systématiques en occident (1,3,4,5), 10 à 20 % de la population âgée de plus de 65 ans présenteraient des symptômes dépressifs, soit deux fois plus que la population générale. Mais, il s'agirait le plus souvent de dépression mineure. La dépression majeure (ou caractérisée) serait plus rare (1,6,7), avec une prévalence de l'ordre de 3 %. La dépression mineure, si discrète soit-elle, n'en constitue pas moins une cause sérieuse de morbidité et de souffrance, devant susciter la même démarche que pour la dépression majeure, notamment quand les symptômes persistent pendant plus de quatre semaines et sont insensibles à des mesures comme l'aménagement des conditions d'existence du sujet âgé (8). Dans la société arabo-musulmane, les prévalences des dépressions mineures et des conduites suicidaires chez le sujet âgé seraient moins élevées qu'en occident (9), grâce, notamment, à une meilleure intégration socio-familiale du sujet âgé. Cependant, la société tunisienne, en plein essor, est en train de subir des mutations socio-économiques et culturelles profondes (10), tendant de plus en plus, vers l'occidentalisation du mode de vie ; ce qui risque de compromettre la situation privilégiée des personnes âgées et de les mener vers une situation proche de celle existant en occident (11). Concernant le pronostic de ces dépressions, l'âge avancé est considéré comme un facteur de résistance (12). L'hétérogénéité des mécanismes étiologiques et la participation d'anomalies neuro-anatomiques dans la dépression du sujet âgé doivent y contribuer (13).

SEMILOGIE

Sur le plan sémiologique, les dépressions du sujet âgé diffèrent

peu de celles d'âges moins avancés. Le noyau dépressif, associant humeur triste et inhibition psychomotrice, est habituellement retrouvé. Parmi les symptômes retrouvés avec une certaine fréquence, le sentiment de vide intérieur et corporel est souligné par tous les auteurs (1).

Il existe cependant quelques nuances cliniques, sur lesquelles il faut insister. Ainsi l'humeur dépressive caractéristique n'est souvent pas le symptôme le plus apparent, masquée, ou reléguée à l'arrière-plan, par des plaintes somatiques ou par d'autres plaintes ou symptômes (14).

1. Formes dominées par les plaintes somatiques

Les plaintes somatiques constituent le symptôme clinique prépondérant le plus fréquemment retrouvé chez les sujets âgés déprimés (2,14,15). Ces plaintes prennent souvent une tonalité hypocondriaque, proche du délire. Leur caractère monotone, disproportionné par rapport à la réalité somatique et leur insensibilité aux affirmations rassurantes, pourtant tant demandées, signent leur appartenance aux convictions dépressives d'incurabilité. Toutes les « dysfonctions » sont possibles : anorexie, constipation, dysurie, faiblesse musculaire, impotence fonctionnelle et difficultés de la marche, jusqu'aux idées (délirantes) d'être « pourri à l'intérieur », d'avoir « les organes bouchés », etc.

Le caractère envahissant de la plainte somatique risque d'éclipser les symptômes dépressifs et d'égarer vers d'inutiles explorations complémentaires.

2. Formes dominées par l'anxiété

L'état dépressif du sujet âgé peut aussi se présenter sous une forme anxieuse, avec agitation incessante (2,14). C'est le tableau du sujet âgé envahi de craintes imprécises, qui ne tient pas en place ; les mains ne cessent de remuer ; il fait des va-et-vient, ne peut fixer son attention, importune ses proches, demande de l'aide, s'agrippe à autrui. Ce tableau risque d'entraîner l'exaspération, puis le rejet de la part de l'entourage. Un autre risque mérite d'être signalé, celui de confondre une dépression anxieuse avec un état mixte, associant symptômes dépressifs et

symptômes maniaques. Cette éventualité devrait être envisagée, notamment quand l'agitation s'aggrave sous antidépresseur.

3. Formes dominées par des manifestations pseudo-névrotiques

Dans ces formes, le signe d'appel est constitué par l'apparition de manifestations anxieuses névrotiques (agoraphobie soudaine, phobie sociale inaccoutumée, sous-tendues par des sentiments d'incertitude sur son autonomie, de manque de confiance en soi, d'incapacité), ou encore d'une phobie subite de rester seul, avec parfois une apparence théâtrale hystérique (chutes, malaises plus ou moins réactionnels, maladroitements caricaturaux).

L'apparition récente des troubles, sur une personnalité sans passé névrotique notoire, devrait faire envisager l'éventualité d'une dépression masquée par ce tableau pseudo-régressif.

4. Formes pseudo-caractérielles (14,16).

Dans ces formes, le tableau est dominé par des manifestations « pseudo-caractérielles » : sujet hostile, acariâtre, qui harcèle et maltraite son entourage, qui ressasse ses plaintes et que tout le monde évite. Le caractère inhabituel de ces traits apparents de personnalité, ou leur récente aggravation à l'occasion d'une perte, doit orienter vers la nature dépressive de ces symptômes.

5. Formes délirantes (14)

Dans ces formes, des idées délirantes sont au-devant de la scène. Les formes « sensitives » à type de délire de préjudice sont courantes (thèmes d'héritage convoité, d'ingratitude, de négligences volontaires de la part des proches « intéressés », de voisinage malveillant, etc.). Elles peuvent se compliquer d'un délire sthénique, querulent, injurieux et agressif.

6. Formes pseudo-déméntielles

Le ralentissement psychomoteur dépressif (difficultés de concentration, d'attention et de mémoire, ralentissement des associations mentales) peut se développer plus insidieusement et poser le problème de sa distinction d'une démence débutante, distinction d'autant plus malaisée qu'il est fréquent qu'une démence se manifeste initialement par un syndrome dépressif.

Il faudrait penser à l'éventualité de la dépression devant le développement rapide et massif du déficit, la notion d'un contexte socio-familial stressant, une perte récente ou un conflit. De même, l'analyse sémiologique des premiers symptômes et la recherche d'antécédents thymiques sont essentielles dans ces cas. Mais bien souvent seule l'épreuve thérapeutique (antidépresseurs, voire sismothérapie) permettrait de trancher a posteriori sur la nature purement thymique ou non des symptômes.

7. Formes dominées par un état régressif (1)

Il s'agit généralement de névrosés connus, qui s'alitent après une atteinte somatique réelle, pour opérer un mouvement de repli accentué, manifestement exagéré. Les plaintes sont hypocondriaques, insistantes, adressées à un tiers, formulées dans un climat de pessimisme accentué. Ces régressions peuvent aller jusqu'à la constitution d'un état grabataire, avec demande incessante de soins corporels. Ces états peuvent entraîner des complications de décubitus. Si l'entourage n'offre

pas la possibilité d'un certain travail relationnel, le traitement antidépresseur isolé reste généralement sans effet suffisant.

DIAGNOSTIC POSITIF (8,17)

La 4^{ème} édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie (DSM-IV) exige, pour le diagnostic de dépression, entre autres, une durée d'évolution d'au moins deux semaines et, au moins, deux symptômes pour les dépressions mineures et cinq symptômes pour les dépressions majeures, sur une liste de neuf symptômes. L'un au moins des deux symptômes suivants doit être présent : humeur dépressive signalée par le sujet (exemple : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (exemple : pleure) et perte d'intérêt et de plaisir. Les autres symptômes concernent les modifications (baisse ou augmentation) significatives du poids, l'insomnie ou l'hypersomnie, l'agitation ou le ralentissement, la fatigue, le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, l'inhibition intellectuelle et les pensées de mort récurrentes. Les symptômes ne doivent pas être imputables à l'action directe d'une substance ou d'une maladie organique.

Il est cependant reproché aux critères dépressifs du DSM-IV leur manque de spécificité pour le sujet âgé (6,8).

Des instruments d'évaluation spécifiques des populations âgées ont été développés. La Geriatric Depression Scale (GDS) est un autoquestionnaire de 30 items, utilisé pour le dépistage et l'évaluation de l'intensité des dépressions. Des formes abrégées de la GDS, à 15 items (Tableau 1) et à 4 items, ont été développées. La Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) est une échelle utile dans la détection d'une dépression chez le sujet dément.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1. Le syndrome de glissement (1,18)

Ce terme désigne un état pathologique survenant chez un sujet de quatre-vingt-dix ans, dans les suites d'une maladie infectieuse, d'un accident traumatique corporel ou cérébral ayant pu succéder à une chute ou même d'un accident vasculaire cérébral. Cette maladie a été soignée, elle paraît guérie et après un intervalle libre de quelques jours, on voit apparaître une décompensation de l'état somatique non explicable par l'évolution de la maladie initiale.

Théoriquement, il existe un syndrome psychique assez spécifique, parallèlement à l'atteinte somatique, suffisamment distinct d'un syndrome dépressif, signifiant un renoncement délibéré et agressif, plutôt que nettement dépressif, devant son propre effondrement somato-psychique. Ce syndrome se caractérise justement par son évolution résistante le plus souvent aux soins et au traitement antidépresseur.

2. Deuil et dépression (14)

La plupart des symptômes constitutifs du syndrome dépressif s'installent durablement au cours de l'état de deuil, qui réalise de ce fait un remarquable modèle de dépression réactionnelle à la perte d'un être cher. Le deuil peut donc poser quelques problèmes de diagnostic différentiel avec la dépression, ce d'autant qu'il se complique souvent d'un authentique état dépressif.

Certaines particularités sont caractéristiques de l'état de deuil, telles que l'existence de douloureux sentiments d'injustice et la rareté des idées suicidaires. D'autre part, si le sujet reconnaît éprouver une profonde tristesse, il la juge cependant normale, en rapport avec l'épreuve de perte qu'il affronte ; ce qui distingue cette tristesse du deuil de l'humeur dépressive, laquelle est en général perçue comme « anormale », tant par sa durée, sa constance, que par son absence de lien

proportionné avec l'expérience. En outre, le ralentissement psychomoteur est inhabituel au cours d'un deuil. Le fonctionnement normal de l'individu est peu perturbé, et son activité reprend rapidement une intensité et une qualité normales. Finalement, dans tous les cas de deuil non compliqué, le sujet parvient à évoquer le défunt avec une relative équanimité lors du premier anniversaire de sa mort.

Tableau n°1 : Echelle de Dépression Gériatrique de Yesavage (forme abrégée en 15 items)

Q 1	Etes-vous dans l'ensemble satisfait de votre vie ?	Oui	non
Q 2	Avez-vous renoncé à nombre de vos activités et intérêts ?	Oui	non
Q 3	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui	non
Q 4	Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui	non
Q 5	Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui	non
Q 6	Avez-vous peur qu'il ne vous arrive quelque chose de mauvais ?	Oui	non
Q 7	Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	Oui	non
Q 8	Vous sentez-vous souvent faible et dépendant ?	Oui	non
Q 9	Préférez-vous rester chez vous, plutôt que de sortir et faire quelque chose de nouveau ?	Oui	non
Q 10	Estimez-vous avoir plus de troubles de la mémoire que la plupart des gens ?	Oui	non
Q 11	Vous dites vous qu'il est merveilleux d'être vivant en ce moment ?	Oui	non
Q 12	Vous sentez-vous inutile tel que vous êtes aujourd'hui ?	Oui	non
Q 13	Vous sentez-vous plein d'énergie ?	Oui	non
Q 14	Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui	non
Q 15	Croyez-vous que la plupart des gens soient plus à l'aise que vous ?	Oui	non

Cotation : un point pour non aux items 1, 5, 7, 11, 13 et un point pour oui pour les autres items.

Un score ≥ 6 indique la présence d'une dépression

NOSOGRAPHIE (1)

1. Les dépressions exogènes

En terme de fréquence, ces formes sont de loin les plus importantes. Elles se caractérisent par l'association d'un événement récent au trouble de l'humeur. Il peut y avoir un intervalle libre entre la date de l'événement et la date d'apparition de la dépression ; car, un événement précipitant peut agir à distance après une période de latence de quelques semaines ou mois.

L'évolution est souvent longue, parfois difficile ; car, une fois la dépression dépassée grâce au traitement médicamenteux et au soutien psychologique combinés, le cortège névrotique persiste avec ses inévitables manques à vivre qui érodent peu ou prou la capacité d'accueil du clinicien.

2. Les dépressions endogènes

Les formes endogènes sont les plus rares en pratique, mais plus redoutables à cause du risque suicidaire qu'elles comportent. La nature mélancolique de l'accès dépressif est évoquée devant son déclenchement spontané, l'importance de l'anhédonie et de la perte d'appétit et/ou perte de poids, le réveil matinal précoce et la prédominance matinale des troubles, l'importance du retentissement psychomoteur et l'existence d'une culpabilité excessive ou inappropriée.

L'interrogatoire recherchera des antécédents d'épisodes dépressifs. En leur absence, on pourra émettre l'hypothèse d'une mélancolie monopolaire d'apparition tardive. Cette forme peut présenter des particularités à cet âge, avec, en particulier, une agitation anxieuse au lieu de l'habituelle inhibition.

Le trouble bipolaire d'apparition tardive existe. Le trouble bipolaire vieilli est à restituer dans le cadre habituel du trouble bipolaire classique.

La mélancolie d'involution est une forme présénile touchant surtout la femme. Sur le plan étiologique, l'hypothèse exogène paraît aujourd'hui aussi importante que l'hypothèse biologique, vraisemblable. Certains l'assimilent à la mélancolie monopolaire d'apparition tardive, déjà citée.

3. Comorbidité (dépressions secondaires)

3.1. Comorbidité avec un trouble psychiatrique : Une décompensation dépressive peut compliquer toutes les maladies mentales. De ce fait, on ne peut pas s'attendre à découvrir un lien de causalité spécifique très fiable.

3.2. Comorbidité avec un trouble somatique : Trois aspects cliniques fréquents doivent être mentionnés : la iatrogénie, la maladie de Parkinson et les maladies somatiques graves.

Les dépressions iatrogènes sont la conséquence de la polymédication fréquente chez le sujet âgé. L'intoxication est

donc à rechercher systématiquement en cas de dépression récente. On pensera spécialement aux traitements antihypertenseurs, aux corticoïdes et aux antithyroïdiens.

La maladie de Parkinson constitue l'exemple d'une intrication entre une atteinte somatique et une dépression. Souvent, les symptomatologies se mêlent. Si les symptômes parkinsoniens ne sont pas francs, le diagnostic peut être difficile. Dans ce cas, le traitement d'épreuve antiparkinsonien ou antidépresseur permettrait d'aller plus loin. Enfin, il convient de rappeler qu'un sujet atteint d'une maladie de Parkinson, même traité, n'est pas à l'abri d'une dépression.

Une dépression cliniquement indiscutable peut se déclarer avant la découverte d'une maladie grave : un cancer profond, une atteinte systémique ou une tumeur cérébrale. Elle n'est pas spécifique du vieillissement, mais son aspect inaugural tardif, sans antécédents connus, survenant en dehors de tout événement déclenchant évident, marquée par une fatigue intense, dont l'intensité contraste avec la discrétion relative des signes dépressifs, incite à la prudence, une prudence d'autant plus nécessaire que ces dépressions réagissent souvent très bien au traitement antidépresseur. Les investigations devraient donc être poussées.

CONDUITE THERAPEUTIQUE

1. Lieu du traitement (1)

L'hospitalisation s'impose dans les dépressions endogènes et/ou en cas de risque suicidaire majeur.

Elle est recommandée dans des situations comportant des difficultés liées à l'âge et au terrain :

- l'importance des plaintes hypocondriaques, la fréquence de lésions somatiques latentes ou masquant au contraire la symptomatologie dépressive, la crainte ou retentissement de signes latéraux font qu'il est essentiel de prévoir un bilan somatique et une surveillance médicale soigneuse. Celle-ci ne peut être vraiment efficace qu'en milieu hospitalier ;
- la nécessité d'adapter les doses, de surveiller les signes secondaires, d'observer les modifications thymiques peut plaider en faveur d'une surveillance en institution médicale ;
- les facteurs psychologiques peuvent également plaider en faveur d'une telle surveillance : non seulement le risque que constitue la possibilité d'une tentative de suicide ou d'une absorption inconsidérée des médicaments prescrits, mais aussi le fait que la rupture avec le milieu habituel et ses conflits chroniques est parfois bénéfique, même si cela est délicat à prescrire.

En dehors des situations susmentionnées, le traitement devrait être envisagé en ambulatoire.

2. Le choix de l'antidépresseur

La symptomatologie oriente en fonction du pôle de la dépression : l'inhibition psychomotrice et l'anxiété. Selon le cas, on utilisera les molécules désinhibitrices ou anxiolytiques. A priori, cela semble plus favorable que d'associer systématiquement les anxiolytiques. En revanche, il paraît difficile de se passer, même au début, des somnifères lorsqu'il existe une insomnie franche (Tableau 2).

Tableau n°2 : Principaux antidépresseurs pouvant être prescrits chez le sujet âgé.

Profil d'action	Nom commercial
Antidépresseurs stimulants	Effexor ; Ixel ; Moclamide ; Prozac ; Valalan
Antidépresseurs intermédiaires	Anafranil ; Deroxat ; Floxyfral ; Humoryl ; Zolof
Antidépresseurs anxiolytiques	Athymil ; Elavil ; Laroxyl ; Ludiomil ; Surmontil

Aucune classe n'a montré une supériorité d'efficacité par rapport aux autres. Le taux habituel d'amélioration est de 60 % (8,19).

Les tricycliques sont les antidépresseurs les plus anciens, donc les mieux connus, et les molécules de référence dans l'action antidépressive lors d'évaluation de nouveaux traitements. L'importance des effets secondaires en fait une classe peu maniable en gériatrie et non recommandée en première intention (13,20). Les tricycliques sont réputés pour leur mauvaise tolérance, plus en rapport avec la gravité des risques que pour leur fréquence (8). Ils font courir aux sujets âgés des risques graves comme des troubles du rythme, une rétention d'urine, un glaucome aigu, un état confusionnel, une hypotension avec risques de chutes. La fréquence de survenue de ces effets est plus élevée avec les imipraminiques (clomipramine, amitriptyline...) qu'avec la maprotiline.

Si on opte pour les tricycliques, il faudrait s'assurer de l'absence de contre-indications aux effets anticholinergiques particulièrement marqués : infarctus récent du myocarde, troubles du rythme, insuffisance cardiaque prononcée ; glaucome à angle fermé ; hypertrophie prostatique. Dans ces cas, il vaut mieux utiliser, d'emblée, une molécule non tricyclique.

Si le sujet a déjà été traité auparavant avec succès par un antidépresseur tricyclique, on devrait reconduire le même traitement. Si le traitement précédent avait été mal toléré, ou peu efficace, malgré des doses et une durée suffisantes, il faudrait utiliser une classe différente.

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont les antidépresseurs prescrits en première intention, en raison de leur image de sécurité d'emploi (21, 22). La présence d'une anxiété généralisée nécessite une augmentation très progressive des posologies. La paroxétine et la sertraline sont préférées à la fluoxétine en raison de l'effet anxiogène de celle-ci. Bien que mieux tolérés, les ISRS ont aussi des effets indésirables fréquents (13).

Parmi les antidépresseurs inhibiteurs de la monoamino-oxydase (IMAO) de dernière génération, la moclobémide (Moclamide) aurait peu d'effets indésirables chez le sujet âgé (13).

Certaines études ont montré l'efficacité et la bonne tolérance des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) (Ixel ; Effexor) (13).

3. Déroulement du traitement

Pour les ISRS, la dose habituellement efficace (20 mg/j pour la proxétine et la fluoxétine) devrait être atteinte progressivement et peut être augmentée sans dépasser le double.

Pour les tricycliques, la posologie de l'antidépresseur dépend

certes de l'âge mais surtout de l'état physiologique du patient : Il est recommandé d'augmenter progressivement les posologies en commençant par 50 % de la dose habituellement efficace et de monter, en cas d'insuffisance d'action et lorsque le traitement est bien supporté, jusqu'à la posologie du sujet plus jeune. Le dosage des taux plasmatiques est recommandé lorsqu'il est réalisable, afin d'éviter d'atteindre les taux considérés comme toxiques.

En cas d'hospitalisation, il est parfois souhaitable de débiter le traitement par voie veineuse en perfusions. Non seulement il est possible d'atteindre sous surveillance des doses efficaces, mais l'ambiance thérapeutique médicale est très favorable pour la personne âgée déprimée.

Le traitement est poursuivi jusqu'à l'obtention de résultats tangibles pour les soignants et pour le patient lui-même, tout en restant très attentif aux effets secondaires éventuels que l'on cherche à atténuer ou à compenser au fur et à mesure.

Si une pharmacothérapie bien conduite paraît inefficace au bout de deux à trois semaines, si les symptômes secondaires font courir un risque au patient, si le syndrome dépressif reste indiscutable, il faut changer de molécule et de type d'action après une courte fenêtre thérapeutique, ou encore, en cas de dépression endogène, envisager une série d'électrochocs dont l'efficacité est parfois très rapide et spectaculaire chez le sujet âgé (1).

Les formes avec symptômes psychotiques (hallucinations, délire) sont l'indication d'une association antidépresseur-antipsychotique (la rispéridone et l'olanzapine sont efficaces et bien tolérés aux doses respectives de 2 et 10 mg/j) ou d'une électro-convulsivothérapie (23).

Dans les formes pseudo-déméntielles, les ISRS sont préférés

REFERENCES

1. Ferrey G, LeGoues G, Riviere B. Psychopathologie du sujet âgé. Paris : Masson 2000.
2. Fountoulakis KN, O'Hara R, Lacovides A et al. Unipolar late-onset depression: A comprehensive review. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003 ; 2 : 11.
3. Copeland JRM, Dewy ME, Wood N et al. Range of mental illness among the elderly in the community: Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECT package. *Br.J.Psychiatry* 1987 ; 150:815-823
4. Livingston G, Hawkin A., Graham et al. The Gospel Oak Study : prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. *Psychol. Med* 1990 ; 20 : 137-46.
5. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br.J.Psychiatry* 1999 ; 174 : 307-11.
6. Vaillant GE, Orav J, Meyer SE, McCullough Vaillant L, Roston D. Late life consequence of affective spectrum disorder. *Int psychogeriatr* 1996 ; 8 : 13-32.
7. Reynolds CF. Treatment of depression in special population. *J Clin Psychiatry* 1992 ; 53 : 45-53.
- 8- Baldwin RC, Chiu E, Katona C, Graham N. Guidelines on depression in older people. Martin Dunitz, 2002.
9. Mehdi H, Halouani A, Maalej S, Maalej M. Troubles anxieux chez le sujet âgé: approche psycho-socio-culturelles : à propos de 73 cas. *Ann psychiatr* 1995 ; 1 : 33-36.
10. Douki S. Nosologie et culture en psychiatrie. In: Douki S, Moussaoui D, Kacha F. Manuel de psychiatrie du praticien maghrébin. Paris: Masson, 1987 : 235-242.
11. Ayedi N, Bouattour Y, Masmoudi J, Maalej M. Les personnes âgées

aux tricycliques en raison des effets cognitifs de ceux-ci.

La durée du traitement d'attaque, et de l'hospitalisation qui peut lui être liée, est de l'ordre d'un mois à 6 semaines. Les mesures à prendre pour le retour à la vie antérieure sont importantes. Il faut se méfier des retours trop précoces sous prétexte d'une amélioration rapide.

Un cinquième des patients atteints d'un syndrome dépressif majeur ne guérit pas. Cette évolution se dessine dès le troisième mois de résistance aux traitements et encore plus nettement à partir de six mois.

Le traitement curatif devrait être poursuivi pendant au moins 6 mois (pas obligatoirement à une dose plus faible que celle qui s'est avérée efficace lors de la phase aiguë) pour éviter la rechute, c'est-à-dire la reprise des symptômes d'un épisode qui n'aurait pas été guéri mais apaisé.

4. Le traitement prophylactique

On qualifie de récurrence, la survenue d'un nouvel épisode dépressif, au delà de la période de guérison asymptomatique de 6 mois. Une récurrence survient dans un cas sur deux au bout de 2 ans, et dans trois cas sur quatre dans les dix ans.

Il a été prouvé, par des études sur plusieurs antidépresseurs (fluoxétine, maprotiline...) que le risque de récurrence est franchement abaissé par la poursuite du traitement. Il est donc nécessaire d'envisager l'utilité d'un traitement prophylactique au long cours, par un antidépresseur, en cas de trouble dépressif récurrent, ou un thymorégulateur, en cas de trouble bipolaire, sans oublier l'intérêt d'une surveillance et d'un soutien psychologique réguliers.

- en Tunisie : spécificités socio-familiales et culturelles. *Revue de Gériatrie* 2002; 27: 103-106
12. Raucoules D, Azorin JM. Dépressions résistantes. In: Olié JP, Poirier MF, Loo H. Les maladies dépressives. Paris : Flammarion, 1995 : 239-244.
13. Lebert F. Thérapeutiques médicamenteuses psychotropes chez le sujet âgé. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-540-C-10, 2001, 8p.
14. Ferreri M, Bottéro A, Alby JM. Sémiologie de l'états dépressifs de l'adulte. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-110-A-10, 1993, 20 p.
15. Alexopoulos GS. Depression and other mood disorders. *Clin Geriatr* 2000 ; 8 : 69-82.
16. Cohen-Mansfield J, Billig N Agitated behaviors in the elderly. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc* 1986 ; 34 : 711-721.
17. Gottfries CG, Karlsson I. Depression in later life. Lundbeck, 1997.
18. Monfort J.C. La dépression du sujet âgé: Revue bibliographique. *Ann Med Psychol* 1994; 152: 511-28.
19. Desai AK Use of pharmacologic agents in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2003 ; 19 : 697-719
20. Shah A, De T. Documented evidence of depression in medical and nursing case-notes and acutely ill geriatric inpatients. *Int psychogeriatr* 1998 ; 10 : 163-172.
21. Salzman C. Practical considerations for the treatment of depression in elderly long-term care patients. *J Clin Psychiatry* 1999 ; 60 (Suppl 20) : 30-33.
22. Kirby D, Ames D. Hyponatraemia and selective serotonin re-uptake inhibitors in elderly patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001 ; 16 : 484-493.
23. Loo H, Poirier Mf, Brochier T et al. Antidépresseurs. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-860-B-70, 1995, 12 p