
Dépression et démence : ce que les cliniciens doivent savoir (première partie)

Auparavant considérée comme un épiphénomène de la démence, la dépression est aujourd'hui reconnue comme pouvant faire partie du processus même de la démence. Les médecins, les aidants et les autres professionnels de la santé doivent donc savoir comment composer avec ce problème fréquent, c'est-à-dire savoir reconnaître les diverses manifestations de la dépression chez les patients atteints de démence et comprendre les nombreuses causes possibles des symptômes de dépression chez ces patients.

par Bernard Groulx, M.D., CSPQ, FRCPC



Le Dr Groulx est psychiatre en chef à l'Hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec).

Il y a quelques années seulement, cet article aurait eu pour titre « Distinguer la dépression de la démence ». Toutefois, les connaissances scientifiques sur la démence et surtout sur la maladie d'Alzheimer (MA) ont fait de tels progrès que le titre pourrait maintenant être « Dépression dans la démence », soulignant ainsi que la dépression n'est pas un simple phénomène associé à la démence, mais qu'elle est partie intégrante du mécanisme pathologique de la démence.

Qu'il y eût un lien entre la dépression et la démence, des signes évidents le démontreraient. Il suffit de penser aux effets de l'augmentation rapide de la population âgée sur l'incidence de la démence et de la dépression. Comme nous l'expliquerons ci-dessous, il est parfois difficile, d'un point de vue diagnostique, de distinguer la dépression de la démence. On estime en effet que de 10 % à 15 % des patients âgés déprimés reçoivent à tort un diagnostic de démence.¹

Une connaissance plus approfondie des mécanismes de la démence, notamment dans la MA, amène à recon-

naître que la dépression est inhérente à la démence et que le tableau clinique de la dépression précède parfois le déclin cognitif apparent. Qu'ils apparaissent au stade initial ou au stade avancé, les symptômes de la dépression surviennent selon un taux de fréquence très significatif de 50 %.

Plusieurs raisons, bien sûr, expliquent un taux aussi élevé. Ce sont notamment les facteurs de stress psychologique et physique liés au vieillissement (entre autres le taux élevé de maladies concomitantes), le stress psychologique lié à une démence naissante avec ses épisodes d'acceptation et de refus par le patient et, enfin, la diminution caractéristique de l'activité des neurotransmetteurs.

Expression de la dépression dans la démence

Quel que soit le stade de la démence, le malade peut se sentir triste et démoralisé, mais un trouble affectif grave est plus fréquent au tout début de la maladie, survenant souvent avant le déclin évident de la fonction cognitive. De fait, des études ont montré que plus du tiers des patients souffrant d'une

Tableau 1

Symptômes de la dépression (SIG:E CAPS)

Humeur dépressive +

- Troubles du sommeil
- Diminution de l'intérêt
- Culpabilité
- Changement du degré d'énergie
- Difficulté à se concentrer
- Altération de l'appétit
- Trouble psychomoteur
- Idées suicidaires

dépression d'apparition tardive (sénile) seront atteints de la MA dans les deux années suivantes. Chez les patients dont la dépression se manifeste sous la forme d'une dépression avec trouble cognitif (auparavant appelée « pseudo-démence »), 89 %, un pourcentage fort élevé, seront atteints de la MA dans les trois ans à dix ans. Ainsi, cela démontre clairement que les patients qui reçoivent un diagnostic de dépression sénile et qui sont traités pour cette maladie ont besoin d'un suivi pendant les années ultérieures pour surveiller l'apparition de signes de MA.²

Dans la dépression sénile, on observe le tableau clinique classique de la dépression décrit par le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) de l'*American Psychiatric Association*, et l'outil mnémotechnique bien connu, le SIG:E CAPS, est utile au diagnostic (Tableau 1). Si la dépression et la MA coexistent bel et bien, certains symptômes communs à la MA et aux troubles dépressifs (affect abrasé et apathie, faible degré de loquacité, démarche lente, perte d'intérêt, ralentissement psychomoteur généralisé et troubles de la concentration) expliquent probablement pourquoi la dépression est diagnostiquée comme une MA seulement. À l'opposé, dans la MA modérée à grave, ces mêmes symptômes sont le plus souvent attribuables à la démence plutôt qu'à la dépression, et ils auront tendance à résister aux antidépresseurs.

Tableau 2

Médicaments ou substances pouvant entraîner des symptômes de la dépression et de la MA

Dépression

- Certains antihypertenseurs
- Benzodiazépines
- Antinéoplasiques
- Anti-inflammatoires
- Antagonistes du récepteur H₂
- Hormones
- Antibiotiques
- Antipsychotiques
- Alcool

Maladie d'Alzheimer

- AINS
- Antihistaminiques
- Anticholinergiques
- Antiarythmiques
- Antihypertenseurs
- Antibiotiques
- Sédatifs
- Analgésiques
- Corticostéroïdes

D'après Tariot, P. N.⁴

Par opposition à la forme classique de dépression décrite juste avant, il existe aussi une forme masquée de la dépression, très fréquente chez les patients âgés déprimés. Le diagnostic de cette dépression masquée est d'autant plus difficile que la dépression est présente aussi bien à l'insu de ceux prenant soin du patient (médecin de famille, infirmière, proche) que du patient lui-même. La dépression peut alors se cacher sous plusieurs masques. Le patient et les aidants présument que la dépression est une composante normale du vieillissement ou une réaction normale à certaines difficultés. Les patients sont irritables, hostiles et difficiles. Ils sont exigeants, ils régressent et ont peur. Ils se plaignent de nombreux symptômes somatiques et de douleurs. Bien sûr, le diagnostic sera fondé sur l'histoire du changement des comportements et l'apparition d'une détresse s'exprimant par ces « masques ».

Facteurs de confusion

Ce qui complique encore davantage la situation, c'est que de nombreuses maladies peuvent produire des symptômes identiques à ceux de la dépression et aussi à ceux de la MA. Parmi ces pathologies, soulignons les troubles endocriniens (hypothyroïdie, hyperthyroïdie, diabète, déséquilibre électrolytique, hyponatrémie, hypo-

kaliémie, hyperkaliémie), des maladies infectieuses (syphilis tertiaire, SIDA), des maladies généralisées (polyarthrite rhumatoïde, néphropathie), des maladies cardiovasculaires (ischémie du myocarde, angine), un cancer, les atteintes du système nerveux central (accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson), des troubles neurologiques, une carence en vitamine B₁₂ ou d'autres troubles psychiatriques.³ De même, plusieurs médicaments et substances pharmacologiques peuvent entraîner des symptômes de dépression, des altérations de la fonction cognitive ou des effets sédatifs qui imitent les signes de ces maladies.⁴ (Tableau 2)

Quelques points particuliers

Les pleurs ou un affect labile sont des symptômes très visibles qui — fait étonnant — perturbent beaucoup plus les aidants que les patients. Il s'agit de toute évidence des symptômes dépressifs de la démence, mais ils ne traduisent pas nécessairement un trouble dépressif. En effet, parmi les patients qui présentent de tels symptômes, un petit nombre seulement est atteint d'un seul trouble psychiatrique ou répond à un antidépresseur.⁵

Comme nous l'avons dit, le vieux concept de pseudo-démence a été remplacé par celui de la dépression

Tableau 3

Dépression avec trouble cognitif et MA : comparaison des caractéristiques cliniques

| Caractéristiques cliniques | Dépression avec trouble cognitif | MA seule |
|-----------------------------|--|---|
| Début | Date connue avec plus de précision | Début insidieux, dont la date est vaguement connue |
| Durée | De courte durée (semaines) et d'évolution rapide | De longue durée (mois ou années) et évolution lente |
| Humeur | Variabilité pendant la journée, humeur en général déprimée | Changement de l'humeur d'un jour à l'autre; quelquefois, apathie ou irritabilité |
| Fonction intellectuelle | Symptômes nombreux; patient signale ses faiblesses; réponses « Ne sais pas »; déclin cognitif instable | Patient minimise, rationalise ou cache ses faiblesses; souvent, il n'est pas conscient de la perte de mémoire et répond à peu près; déclin cognitif stable |
| Mémoire | Perte de mémoire égale pour les événements récents et anciens | Perte de mémoire plus marquée pour les événements récents |
| Autres fonctions cognitives | En général, l'attention et la concentration sont préservées; absence d'apraxie ou d'agnosie | Attention et concentration déficientes; apraxie ou agnosie |
| Image de soi | Piètre | Normale |
| Autres symptômes présents | Associés à une humeur déprimée ou anxieuse, à des troubles du sommeil, à la perturbation de l'appétit, à des idées suicidaires | Associés à un manque de sociabilité, de coopération, à l'hostilité, à l'instabilité émotionnelle, à la confusion, à la désorientation et à une diminution de la vigilance |
| Motif de la consultation | Patient consulte de lui-même | Patient amené par un parent ou un ami |
| Antécédents | Antécédents psychiatriques ou problèmes familiaux ou personnels | Antécédents familiaux de MA assez courants |
| Entrevue | Patient souffrant; entrevue sous le signe de la déprime | En général, patient peu préoccupé par son état |

avec trouble cognitif. Toutefois, même si le médecin pose le diagnostic exact de dépression avec trouble cognitif et qu'il prescrit un traitement antidépresseur approprié, il doit assurer un suivi de longue durée parce que la plupart de ces patients risquent d'être

atteints de la MA dans les années qui suivent. Le Tableau 3 décrit les caractéristiques cliniques de la dépression avec trouble cognitif et celles de la démence.^{6,7}

Dans la deuxième partie, qui paraîtra dans le prochain numéro de la

Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer, nous examinerons les divers facteurs de risque de suicide chez ces patients et nous décrirons les stratégies non pharmacologiques et pharmacologiques du traitement de la dépression dans cette population.

Références

- Small, G. W. Recognition and treatment of depression in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1991; 52:11-22.
- Lundquist, R. S., Bernens, A., Olsen, C. G. Comorbid disease in geriatric patients: dementia and depression. *Am Fam Physician* 1997; 55:2687-94.
- Quick Reference Guide for Clinicians Number 19: Early Identification of Alzheimer's Disease and Related Dementia*. Rockville, M.D. É.-U. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research 1996:1-28. AHCPR publication 97-0703.
- Tariot, P. N. Treatment strategies for agitation and psychosis in dementia. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(suppl. 14):21-9.
- Green, R. L., McAllister, T. W., Bernat, J. L. A study of crying in medically and surgically hospitalized patients. *Am J Psychiatry* 1987; 144:443-7.
- Bouchard, R. W., Rossor, M. Typical clinical features. Dans : Gauthier, S. (éd.). *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease*. Martin Dunitz, Londres, 1996. p. 35-50.
- Winstead, D. K., Mielke, D. H. Differential diagnosis between dementia and depression in the elderly. *Neurol Clin* 1984; 2(1):23-35.