

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Dépression majeure chez un patient diabétique

W. Pitchot (1), M. Anseau (2)

RESUME

La dépression est souvent associée à des affections somatiques. Les symptômes dépressifs peuvent même constituer la première manifestation d'un trouble physique évoluant de manière insidieuse. Dans ce cas, seul le traitement de l'affection médicale peut permettre l'amélioration de l'état dépressif. Ici, nous rapportons le cas d'un patient déprimé chez qui la découverte et le traitement d'un trouble métabolique évoluant à bas bruit depuis plusieurs mois, a entraîné la disparition d'une symptomatologie dépressive résistant aux traitements antidépresseurs.

Introduction

La dépression est une maladie fréquente. Selon une récente enquête épidémiologique américaine, 17,1 % de la population développent un épisode dépressif majeur (ou plusieurs) et 6,4 % souffrent de dysthymie, une dépression d'intensité plus légère mais plus chronique. Toutes les études s'accordent sur un risque deux fois supérieur pour la femme par rapport à l'homme. La Belgique n'est certainement pas épargnée par l'affection, même si les données épidémiologiques sont encore très parcellaires. La seule enquête réalisée à ce jour (à Louvain-la-Neuve) a rapporté un risque global de dépression majeure et dysthymie de 25,5 % (17,2 % chez les hommes et 33,6 % chez les femmes). La dépression constitue d'ailleurs en fréquence le troisième diagnostic posé en médecine générale, après les infections respiratoires supérieures et l'hypertension. La dépression est un trouble sérieux qui implique une souffrance personnelle et familiale énorme. Elle est en outre associée à une morbidité et un taux de mortalité par suicide très élevés. Près de 15 % des déprimés majeurs finissent par se suicider. Heureusement, la dépression est une maladie curable. De nombreux traitements psychologiques et pharmacologiques ont clairement fait preuve de leur efficacité (1,2).

Une évaluation diagnostique précise est indispensable pour choisir le traitement le plus adapté qui diminuera la souffrance du patient. Malheureusement, établir le diagnostic de dépression n'est fréquemment pas facile. La symptomatologie dépressive est souvent fluctuante et atypique. Plus de la moitié des patients déprimés se présentent chez leur médecin généraliste avec des symptômes somatiques comme des troubles du sommeil, des maux de tête, des difficultés gastro-intestinales, de la fatigue ou une perte de poids plutôt qu'avec des plaintes dépressives ou des réactions émotionnelles. Ces symptômes physiques peuvent en effet faire partie d'un syndrome anxio-dépressif nécessitant un traitement antidépresseur. Cependant, les symptômes dépressifs constituent parfois la conséquence physiologique directe d'une affection médicale. En fait, les signes dépressifs peuvent être la première manifestation d'une maladie physique apparaissant plusieurs mois avant la détection du processus pathologique sous-jacent. Le traitement antidépresseur peut donc rester sympto-

matique et incomplet, l'affection médicale continuant à évoluer (3).

Dans cette observation, nous rapportons le cas d'un patient déprimé chez qui la découverte et le traitement d'un trouble métabolique évoluant insidieusement a entraîné la disparition d'une symptomatologie dépressive typique résistant jusque-là aux antidépresseurs.

Histoire clinique

Monsieur A. est un patient âgé de 47 ans. Depuis 1967, le patient consomme quotidiennement des quantités importantes d'alcool. Il a déjà présenté plusieurs épisodes dépressifs majeurs. En septembre 1992, il est hospitalisé à l'Unité de Psychiatrie du C.H.U. pour la réalisation d'un sevrage éthylique qui se déroule sans complications et le patient quitte le service normothymique. A ce moment, les examens somatiques (biologie, radiographie des poumons, ECG, EEG) sont normaux. En août 1993, le patient commence à présenter un tableau dépressif caractéristique avec perte de goût et d'intérêt, humeur triste, asthénie, insomnie, diminution de l'appétit avec perte de poids importante, difficultés majeures de concentration et pertes de mémoire, sentiments de culpabilité et idées suicidaires. Il apparaît en outre assez nerveux et irritable. Il est placé immédiatement sous fluvoxamine (Floxyfral®) à la dose de 150 mg par jour, et la symptomatologie s'améliore significativement après 4 semaines. Cette amélioration temporaire ne persiste qu'environ un mois. En décembre 1993, à sa demande, le patient est réhospitalisé avec un tableau dépressif complet. L'augmentation des doses de fluvoxamine à 300 mg par jour permet la disparition des symptômes dépressifs. Le bilan biologique reste dans les limites de la normale en-dehors d'une glycémie à jeun à 1,46 g/l, à laquelle on accorde peu d'importance. Pendant plusieurs mois, le patient présente des fluctuations importantes sur le plan thymique et différentes adaptations thérapeutiques ne permettent pas d'obtenir une stabilisation de son humeur.

En octobre 1994, devant l'aggravation de l'état dépressif et la résistance aux traitements antidépresseurs, Monsieur A. est hospitalisé pour la troisième fois dans le but de réaliser un nouveau bilan somatique à la recherche d'une éventuelle cause organique pouvant expliquer notamment une perte de poids de 30 kilos en 15 mois. Le bilan biologique d'entrée donne rapidement la solution en montrant une glycémie à

(1) Résident-Spécialiste (2) Chargé de cours, Université de Liège, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale.

jeun à 2,58 g/l. L'équilibration des glycémies avec un traitement à base d'insuline conduit à une amélioration spectaculaire de l'état dépressif avec une reprise de poids de 15 kilos en 2 mois (4). Par la suite, le patient a présenté quelques rechutes dépressives légères systématiquement en relation avec un déséquilibre du diabète.

En conclusion, la découverte et le traitement adéquat d'un diabète de type II chez un patient déprimé a permis la disparition complète des symptômes dépressifs résistant jusque-là aux thérapeutiques antidépressives classiques.

Discussion

Ce cas illustre le problème de l'abord de la dépression associée à une maladie physique. Généralement, le trouble organique précède l'état dépressif et souvent, plus l'affection médicale est sévère, plus grand est le risque de dépression. Le médecin peut ainsi considérer la dépression comme "normale", ou adaptée par rapport à la gravité de la maladie. Or, aucune dépression ne peut être considérée comme adaptée. La dépression est en fait une complication de l'affection physique plutôt qu'une réaction normale à la maladie. En outre, les relations entre l'affection médicale et les troubles de l'humeur sont complexes. En effet, dans certains cas l'état dépressif peut être traité efficacement malgré l'absence d'évolution favorable au niveau de la maladie somatique et dans d'autres cas, seul le traitement du trouble physique améliorera la dépression. Cependant, d'une manière générale, la dépression doit toujours être traitée parallèlement au traitement de l'affection médicale. Dans notre observation du cas d'un diabétique, la dépression a occulté une affection somatique tel un diabète de type II pouvant avoir un développement insidieux et être a- ou paucisymptomatique. Cependant, des signes d'appel peuvent permettre d'orienter les explorations. En effet, certaines caractéristiques cliniques peuvent paraître beaucoup trop sévères comparées à l'ensemble du tableau dépressif, comme par exemple une perte de poids massive en présence de symptômes dépressifs modérés ou l'existence d'un déficit cognitif marqué. Des changements comportementaux comme une instabilité affective, des difficultés dans le contrôle des pulsions, une apathie marquée ou des crises d'agressivité peuvent être dus à l'affection médicale.

De 24 à 46 % des patients hospitalisés pour une affection médicale ont un trouble affectif (5). La dépression peut notamment survenir chez des patients atteints d'un cancer, d'une maladie infectieuse, d'un trouble endocrinien, d'une collagénose, d'une affection neurologique, ou d'une carence nutritionnelle (tableau I). Un état dépressif peut également être induit par certains agents pharmacologiques.

Le diagnostic de dépression est loin d'être fréquemment posé en médecine générale. Pourtant dans certains cas, sur base d'antécédents psychiatriques chargés, la dépression peut être à tort le premier diagnostic envisagé.

Tableau I. Principales étiologies organiques de dépression

<i>Pharmacologiques</i>	Corticostéroïdes, contraceptifs oraux, réserpine, alphaméthylidopa, clonidine, flunarizine, anticholinestérases, cimétidine, sevrage d'amphétamine, indométhacine, vincristine, vinblastine, cyclosérine, mercure, thallium, phénothiazines, insecticides.
<i>Infectieuses</i>	Syphilis tertiaire, influenza, pneumonie virale, hépatite virale, mononucléose infectieuse, tuberculose, syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)
<i>Endocrinennes</i>	Hypo- et hyperthyroïdisme, hyperparathyroïdisme, post-partum, syndrome prémenstruel, maladie de Cushing, maladie d'Addison, diabète.
<i>Collagénoses</i>	Lupus érythémateux systémique, arthrite rhumatoïde.
<i>Neurologiques</i>	Sclérose multiple, maladie de Parkinson, trauma crânien, épilepsie partielle complexe, tumeurs cérébrales, apnées du sommeil, démences au début de la maladie, accidents ischémiques.
<i>Nutritionnelles</i>	Déficience en vitamine (B12, C, thiamine, acide folique).
<i>Néoplasiques</i>	Cancer de la tête du pancréas, carcinomatose.

Bibliographie

1. MONTANO CB.— Recognition and treatment of depression in primary care setting. *J Clin Psychiat*, 1994, **55**, 18-33.
2. KAPLAN HI, SADOCK BJ.— Pocket handbook of clinical psychiatry. Williams Wilkins Ed., p 84, 1990.
3. KATON W, SULLIVAN MD.— Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiat*, 1990, **51**, 3-11.
4. SCHEEN AJ.— Comment j'explore un patient diabétique de type II. *Rev Med Liege*, 1995, **50**, 230-231.
5. MOFFIC HS, PAYKEL ES.— Depression in medical inpatients. *Br J Psychiat*, 1975, **126**, 346-353.