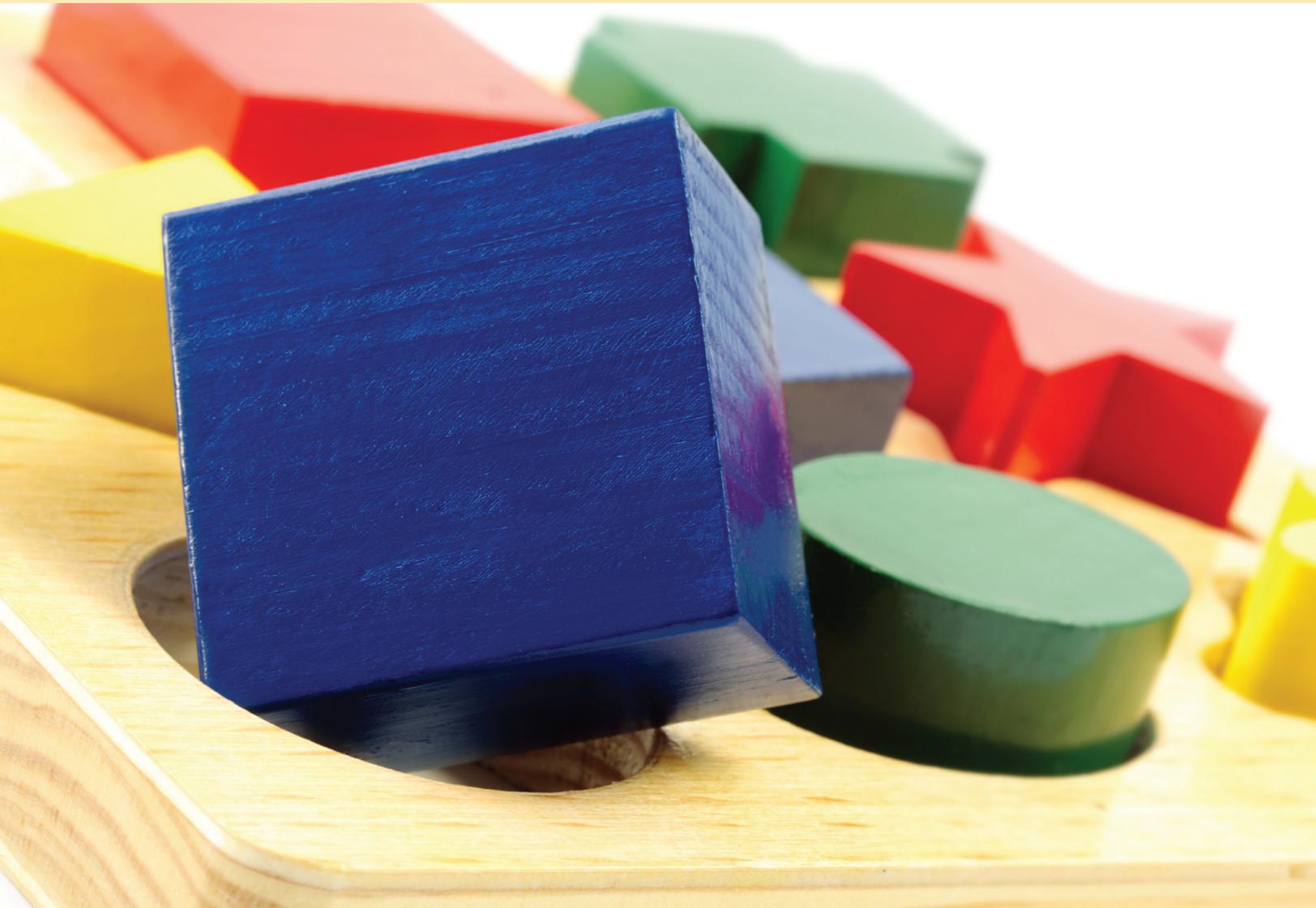


Médecin généraliste, psychiatre, psychologue, patient. La quadrature du cercle ? Dysfonctionnement cognitif associé aux troubles dépressifs majeurs

Cette formation médicale est subventionnée par une bourse éducative indépendante provenant de Lundbeck Inc.



<http://www.medscape.org/collection/mdd08>

Cette formation est destinée à un public international de professionnels de santé hors des États-Unis, notamment des psychiatres, des médecins généralistes et des neurologues impliqués dans la prise en charge de patients atteints de trouble dépressif majeur (TDM).

Cette activité vise à approfondir les connaissances sur les approches multidisciplinaires de prise en charge du TDM et des troubles cognitifs, dans le cadre d'une discussion basée sur des cas de patients.

Au terme de cette activité, les participants seront en mesure de :

- Examiner les principaux défis en termes de prise en charge du dysfonctionnement cognitif chez les patients atteints de TDM, du point de vue du médecin généraliste et du spécialiste
- Identifier les meilleures pratiques en termes de diagnostic, d'orientation et de suivi des patients atteints de dysfonctionnement cognitif et de TDM, entre le médecin généraliste et le spécialiste
- Reconnaître les différences en termes d'approches entre la prise en charge des médecins généralistes et celle des spécialistes

Faculté et déclarations

WebMD Global exige de toute personne qui est en situation de contrôler le contenu de l'une de ses activités de formation qu'elle déclare toute relation financière pertinente survenue au cours des 12 derniers mois et qui serait susceptible de créer un conflit d'intérêt.

Modérateur

Dr Roger S. McIntyre, FRCPC

Professeur de psychiatrie et de pharmacologie, Université de Toronto ; chef du service des troubles de l'humeur, Unité de psychopharmacologie, Réseau de santé universitaire, Toronto, Ontario, Canada

Déclaration : Dr Roger S. McIntyre, a divulgué les relations financières pertinentes suivantes :

A travaillé en tant que conseiller ou consultant pour : AstraZeneca Pharmaceuticals LP ; Bristol-Myers Squibb Company ; Eli Lilly and Company ; GlaxoSmithKline ; Janssen-Ortho Inc. ; Lundbeck, Inc. ; Merck & Co., Inc. ; Organon Pharmaceuticals USA Inc. ; Pfizer Inc. ; Shire

A travaillé comme conférencier, ou membre d'un bureau de conférenciers pour : AstraZeneca Pharmaceuticals LP ; Eli Lilly and Company ; Janssen-Ortho Inc. ; Lundbeck, Inc. ; Merck & Co., Inc. ; Pfizer Inc.

A reçu des financements pour mener des recherches cliniques de : AstraZeneca Pharmaceuticals LP ; Eli Lilly and Company ; Janssen-Ortho Inc. ; Lundbeck, Inc. ; Pfizer Inc. ; Shire

Membres du groupe d'experts

Dr Bernhard Baune, PhD, MPH

Professeur et titulaire de la chaire de psychiatrie ; chef du service de psychiatrie, École de médecine du Royal Adelaide Hospital, Université d'Adélaïde, Adélaïde, Australie du Sud, Australie

Déclaration : le Dr Bernhard T. Baune, PhD, a divulgué les relations financières pertinentes suivantes :

A travaillé en tant que conseiller ou consultant pour : Lundbeck, Inc.

A travaillé comme conférencier, ou membre d'un bureau de conférenciers pour : AstraZeneca Pharmaceuticals LP ; Bristol-Myers Squibb Company ; Lundbeck, Inc. ; Pfizer Inc. ; SERVIER ; Wyeth Pharmaceuticals Inc.

A reçu des financements pour mener des recherches cliniques de : National Health and Medical Research Council, Australie

Dr Larry Culpepper, MPH

Professeur de médecine générale, Boston University School of Medicine ; médecin membre du personnel, Boston Medical Center, Boston, Massachusetts, États-Unis

Déclaration : le Dr Larry Culpepper, MPH, a divulgué les relations financières pertinentes suivantes :

A travaillé comme conseiller ou consultant pour : AstraZeneca Pharmaceuticals LP ; Elsevier Press ; Forest Laboratories, Inc. ; Lundbeck, Inc. ; Merck & Co., Inc. ; Shire ; Takeda Pharmaceuticals North America, Inc.

Détient des actions, des stock options ou des obligations de : M3 (My Mood Monitor)

A reçu des droits d'auteurs de : UpToDate, Oxford University Press ; a été rémunéré pour un travail de rédacteur en chef de *Primary Care Companion for CNS Disorders* (Manuel de soins primaires pour les troubles du SNC)

Judith Jaeger, PhD, MPA

Professeur clinique de psychiatrie clinique et de sciences comportementales, Albert Einstein College of Medicine, Yeshiva University, New York, New York, États-Unis

Déclaration : Judith Jaeger, PhD, MPA, a divulgué les relations financières pertinentes suivantes :

A travaillé comme conseillère ou consultante pour : Lundbeck, Inc. ; Merck & Co., Inc. ; Takeda Pharmaceuticals North America, Inc. ; Teva Pharmaceutical Industries Ltd.

Employée par un groupe d'intérêt commercial : CognitionMetrics, LLC

Éditeur

Leanne Fairley, BJ Hon, directeur scientifique, WebMD Global, LLC

Déclaration : Leanne Fairley, BJ Hon, n'a déclaré aucune relation financière pertinente.

Relecteur du contenu

Robert Morris, PharmD

Directeur clinique associé de CME

Déclaration : Robert Morris, PharmD, n'a déclaré aucune relation financière pertinente.



MÉDECIN GÉNÉRALISTE, PSYCHIATRE, PSYCHOLOGUE, PATIENT. LA QUADRATURE DU CERCLE ? DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF ASSOCIÉ AUX TROUBLES DÉPRESSIFS MAJEURS

Modérateur

Dr Roger S. McIntyre, FRCPC

Professeur de psychiatrie et de pharmacologie

Université de Toronto ;

Chef du service des troubles de l'humeur

Unité de psychopharmacologie

Réseau universitaire de santé

Toronto, Canada

Dr Roger S. McIntyre, FRCPC : Bonjour. Je suis Roger McIntyre, professeur de psychiatrie et de pharmacologie à l'Université de Toronto à Toronto, Ontario, Canada. Je vous souhaite la bienvenue dans ce programme intitulé « Médecin généraliste, psychiatre, psychologue, patient. La quadrature du cercle ? Dysfonctionnement cognitif associé aux troubles dépressifs majeurs »



Experts

Dr Bernhard Baune, PhD, MPH

Professeur et titulaire de la chaire de psychiatrie ;
Chef du service de psychiatrie
École de médecine
Royal Adelaide Hospital
Université d'Adélaïde
Adélaïde, Australie

Judith Jaeger, PhD, MPA

Professeur clinique de psychiatrie et de sciences comportementales
Albert Einstein College of Medicine de la Yeshiva University
New York, États-Unis

Dr Larry Culpepper, MPH

Professeur de médecine générale
Boston University School of Medicine ;
Médecin membre de l'équipe soignante
Boston Medical Center
Boston, États-Unis

Notre groupe d'experts est constitué ce jour de 2 psychiatres, un psychologue et un médecin généraliste (MG). J'aimerais tout d'abord vous présenter Larry Culpepper, professeur de médecine familiale à la Boston University School of Medicine à Boston, Massachusetts, aux États-Unis. Bienvenue.

Dr Larry Culpepper : merci, Roger. Je suis ravi d'être là.

Dr McIntyre : Je souhaite également la bienvenue à Bernhard Baune. Dr Baune est Professeur et titulaire de la chaire de psychiatrie, ainsi que chef du service de psychiatrie à l'École de médecine du Royal Adelaide Hospital de l'Université d'Adélaïde à Adélaïde, en Australie. Bienvenue, Dr Baune.

Dr Bernhard T. Baune, PhD, MPH : Merci de m'accueillir parmi vous, Roger.

Dr McIntyre : Ensuite, j'aimerais présenter Judith Jaeger. Dr Jaeger est professeur clinique de psychiatrie clinique et de sciences comportementales à l'Albert Einstein College of Medicine à la Yeshiva University, à New York City, New York, aux États-Unis. Bienvenue, Judy.

Judith Jaeger, PhD, MPA: Merci, Roger.

Présentation du programme

- Examiner les approches multidisciplinaires de la prise en charge des TDM et des troubles cognitifs, en utilisant 3 cas de patients comme base de la discussion

Dr McIntyre : Dans le cadre de ce programme, nous allons discuter des approches multidisciplinaires de prise en charge du trouble dépressif majeur (TDM) et des troubles cognitifs. Nous utiliserons également 3 cas de patients comme fondement de notre discussion d'aujourd'hui.

Cas de patient n° 1

Mme Bremen, une propriétaire de restaurant âgée de 30 ans, consulte pour une insomnie qui dure depuis 3 mois. Elle a été soumise à un stress lié à la durabilité de son entreprise et est préoccupée par les éléments suivants :

- Manque de sommeil
- Troubles de la concentration
- Oublis
- Nouvelles difficultés concernant les tâches comptables
- Irritabilité

Professeur Culpepper, vous avez un cas que vous souhaiteriez partager avec nous.

Dr Culpepper : Oui, j'aimerais présenter Mme Bremen. Mme Bremen est une propriétaire de restaurant âgée de 30 ans qui consulte pour une insomnie qui dure depuis 3 mois. Elle a été soumise à beaucoup de stress, en particulier concernant son entreprise. Elle est très préoccupée par la faillite éventuelle de son entreprise. Elle a du mal à dormir et éprouve des difficultés à se concentrer. Elle oublie les choses et constate des difficultés nouvelles à accomplir des tâches comptables simples. Elle devient également très irritable avec ceux qui l'entourent et craint que cela ne ruine son entreprise.

Résultats du PHQ-9 : troubles de la concentration et du sommeil

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? (Indiquez votre réponse à l'aide du symbole « ✓ »)	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3 ✓
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2 ✓	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3 ✓
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3 ✓
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2 ✓	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même ou avoir le sentiment d'être nul(le) ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2 ✓	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3 ✓
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3 ✓
9. Pensées que vous feriez mieux d'être mort(e), ou que vous devriez vous faire du mal d'une façon ou d'une autre	0 ✓	1	2	3

Score total = 21

Site internet « Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners »

Je lui ai administré le Questionnaire sur la santé du patient à 9 items, une échelle concise qui évalue les critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* relatifs à la dépression. Mme Bremen a obtenu un score de 21, ce qui renvoie vraiment à une dépression grave. Elle a en particulier répondu avoir des difficultés à se concentrer et à dormir tous les jours. Une question supplémentaire examine la mesure dans laquelle les symptômes altèrent le fonctionnement. Elle a répondu « Extrêmement difficile », ce qui correspond à la mesure la plus extrême.

Diagnostic préliminaire et évaluation plus approfondie

- Diagnostic préliminaire : TDM
- Autres considérations : insomnie, préoccupations cognitives, difficultés d'adaptation aux situations
- Aucun antécédent de :
 - Épisode de TDM préalable
 - Tendances suicidaires
 - (Hypo)manie
 - TDAH
 - Douleurs
 - Prise de médicaments au long cours, autres que des contraceptifs
- 1 à 3 verres de vin, 2 à 3 fois par semaine, mais cela n'est pas problématique
- Fonction thyroïdienne normale
- Mari « froid », qui n'est pas d'un grand soutien
- Peu d'amis en dehors de son entreprise

Dans son cas, mon diagnostic préliminaire s'est avéré être le TDM, même si j'avais d'autres considérations. L'insomnie est une source de préoccupation, tout comme ses difficultés cognitives, car elle ne s'adapte pas bien. Il s'agissait de mes préoccupations initiales à son sujet. J'ai approfondi l'analyse de ses antécédents et elle ne présentait aucun antécédent de problèmes psychiatriques préalables. Elle n'avait présenté aucun épisode dépressif antérieur. Actuellement, elle ne présente en outre aucune tendance suicidaire ni antécédents de manie ou de troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité.

C'est une femme plutôt jeune. Elle n'est pas en surpoids. Elle ne présente pas de douleurs. Elle prend uniquement un contraceptif et elle est préoccupée car elle oublie une pilule de temps en temps, ce qui est inhabituel chez elle. La consommation d'alcool ne constitue pas un problème, car elle ne boit que 2 à 3 fois par semaine. Elle indique avoir, en réalité, réduit sa consommation car elle était préoccupée à l'idée que cela pourrait influencer sa capacité à fonctionner. C'est en particulier un souci tard le soir lorsqu'elle tente de fermer le restaurant.

En consultant son dossier, nous constatons que nous avons testé sa fonction thyroïdienne par le passé. Elle est normale. Elle n'a vraiment pas beaucoup de soutien dans sa vie. Elle décrit son mari comme froid et l'aidant peu ; elle indique que cela s'est amplifié au cours des quelques derniers mois. Elle a vraiment très peu d'amis en dehors de son entreprise. Elle souffre à l'heure actuelle.

Prise en charge initiale

- Éduquer la patiente sur la dépression :
 - C'est biologique, il ne s'agit pas d'une faiblesse de caractère/morale
 - Cela peut constituer l'origine de tous ses symptômes
 - Cela altère fréquemment le fonctionnement et la cognition
- Déterminer ses préférences en matière de traitement : médicament
- Établir des objectifs thérapeutiques communs :
 - Capacité à dormir
 - Capacité à se concentrer et à s'« occuper de son entreprise »
 - Capacité à interagir avec la clientèle et son mari de manière plus conviviale

En ce qui concerne les approches de prise en charge initiale, je l'ai informée sur la nature de la dépression et son fondement biologique et je lui ai expliqué que cela pouvait provoquer ses troubles cognitifs. Nous avons discuté des traitements et elle souhaite un médicament, car elle ne pense pas disposer de suffisamment de temps pour autre chose. J'ai tenté d'établir certains objectifs thérapeutiques conjoints avec elle : le sommeil est un problème important ; sa capacité à se concentrer et à s'occuper de son entreprise constitue également un autre objectif important pour elle ; et elle souhaite améliorer les interactions avec ses clients et son mari.

Prise en charge initiale (suite)

- Instaurer un traitement antidépresseur et un traitement de courte durée de l'insomnie
- Discuter de la psychothérapie et poser les fondements de l'orientation future
- Évaluer l'observance
- Soutenir la poursuite des efforts pour l'adaptation aux situations : aider brièvement à hiérarchiser les tâches
- Programmer un suivi précoce, notamment par téléphone

Mon intention était d'instaurer un traitement antidépresseur et de lui prescrire un médicament à prendre pendant une courte durée pour ses problèmes de sommeil. J'ai également abordé le fait que nous pourrions avoir besoin d'ajouter une psychothérapie à une date ultérieure. Nous avons discuté des étapes suivantes. J'ai découvert qu'elle disposait d'un comptable fiscaliste qu'elle pouvait appeler pour obtenir une assistance au niveau comptable. Il s'agissait d'une intervention très brève centrée sur la capacité d'adaptation. Nous avons également programmé un suivi depuis le cabinet dans les jours suivants afin de nous assurer qu'elle ait récupéré son traitement et ait commencé à le prendre. Il s'agissait de ses caractéristiques et de sa prise en charge initiales.

Dr McIntyre : Ce cas et le tableau clinique de la patiente abordent de nombreux aspects différents qui trouvent un écho sur le plan clinique. Je vous remercie donc de l'avoir partagé avec nous. Je vais peut-être passer la parole à Bernhard. Il s'agit d'une personne manifestement plutôt entravée par la dépression. En tant que psychiatre, comment auriez-vous abordé ce cas du point de vue de la cognition ?

Les troubles cognitifs se développent souvent pendant ou après l'épisode initial de TDM

- Troubles dépressifs au cours de l'épisode initial :
 - Vitesse psychomotrice
 - Attention
 - Apprentissage et mémoire visuels
 - Tous les aspects du fonctionnement exécutif

Rôle de la cognition dans le déclin fonctionnel de la patiente ?

Lee RC, et al. *J Affect Disorders*. 2012 ;140:113-124.

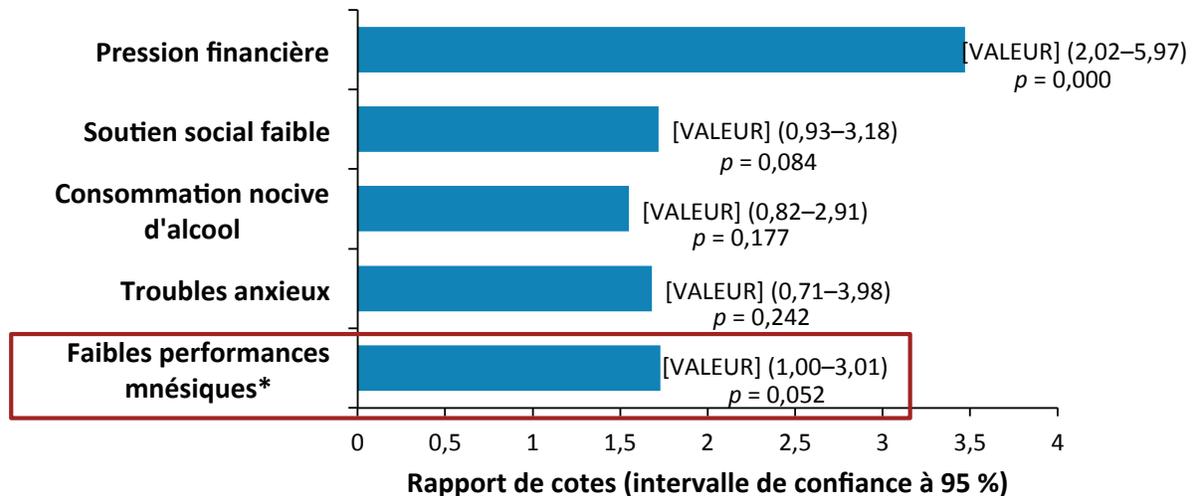
Dr Baune : C'était un cas très intéressant. La composante cognitive figure plutôt au premier plan et il nous faudrait approfondir un peu la façon dont les symptômes se sont développés par rapport aux problèmes cognitifs, si ces derniers ont précédé les symptômes dépressifs ou si les symptômes dépressifs sont apparus en premier. Il est clair qu'il y a un déclin cognitif et que la cognition peut jouer un rôle majeur dans la baisse de ses capacités à gérer son entreprise.

Dr Culpepper : Je ne l'ai pas fait. Il semble que ses difficultés avec son mari et sa clientèle aient précédé car elle datait l'apparition de ces difficultés à 4 ou 6 mois en arrière. C'est un point positif.

Dr McIntyre : Ce cas, Judy, nous rappelle l'association temporelle entre la cognition et la dépression. Que savons-nous sur les difficultés cognitives précédant la déclaration de la dépression ? Est-il possible de les faire coïncider ? Est-ce une conséquence de la dépression ?

Faibles performances observées en mémoire épisodique comme facteur prédictif de dépression

- Régression logistique hiérarchique examinant les facteurs prédictifs de dépression lors du suivi à 3 ans



*Les performances mnésiques sont définies comme la somme des rappels libre et indicé.

Airaksinen E, *et al. Acta Psychiatr Scand.* 2007 ;115:458-465.

Dr Jaeger : C'est en quelque sorte caractéristique de la dépression. La dépression peut évoluer de diverses façons : les troubles de l'humeur peuvent apparaître en premier, ou alors ce sont les déficits cognitifs qui apparaissent en premier ou même les problèmes de volonté ou de motivation. L'ordre d'apparition des troubles peut varier fortement. Évidemment, en tant que médecin généraliste, la meilleure chose à faire est d'ancrer les changements fonctionnels aux plaintes cognitives afin d'établir que la cognition est vraiment affectée dans ce cas.

Dr McIntyre : J'ai trouvé ce cas convaincant. Il fait en outre écho à mon expérience clinique et aux données émergentes selon lesquelles il existe des déficits cognitifs identifiables et mesurables chez les individus, avant qu'ils ne présentent une dépression. Il soulève une foule de questions fondamentales telles que celles relatives aux mécanismes, mais il nous ramène également à notre façon de concevoir la prise en charge de la situation avant le diagnostic. Ces troubles cognitifs sont-ils expliqués par la dépression et/ou existe-t-il d'autres facteurs contributifs ? Vous avez mentionné le sommeil : des réflexions à ce sujet ? D'autres facteurs ?

Autres facteurs contribuant potentiellement aux troubles cognitifs de la patiente

- Mme Bremen présente des difficultés d'attention, de mémoire, de prise de décision, de hiérarchisation et elle se sent ralentie
 - Manque de sommeil ?
 - Symptômes classiques de la dépression ?
 - Stress professionnel

Dr Culpepper : Le sommeil peut certainement avoir une incidence sur la capacité à s'adapter et il peut influencer certaines dimensions du fonctionnement cognitif, mais j'estime que ses troubles vont au-delà de ce que je constate habituellement avec l'insomnie.

Dr McIntyre : C'est mon impression également. Je pense que ce qui frappe vraiment dans ce cas, c'est qu'il y a quelque chose de connecté entre ses capacités cognitives, son activité professionnelle quotidienne et sa capacité à gérer son entreprise.

Dr Culpepper : Ses plaintes cognitives sont plutôt classiques par rapport à ce que nous observons dans le TDM. Elle évoque ses difficultés d'attention, de mémoire, de prise de décision et de hiérarchisation. Elle m'a indiqué se sentir ralentie la plupart du temps. À mon sens, il s'agit de l'ensemble classique des symptômes que nous observons dans le cadre de la dépression.

Dr Baune : Le stress lié à son travail pourrait constituer un autre facteur. Par exemple, s'il y avait des demandes qui n'auraient pas encore été explorées et qui lui auraient imposé un stress supplémentaire.

Stress, cognition et dépression

- Les modèles de la dépression chronique et fondée sur le stress entraînent des comportements de type dépression et diminuent la neurogenèse
- Des modifications cérébrales de nature structurelle et fonctionnelle se produisent dans la dépression liée au stress
- Suggestion d'un lien de causalité entre l'inflammation et le comportement de type dépression

Eyre H, et al. *Psychoneuroendocrinology*. 2012 ;37:1397-1416.

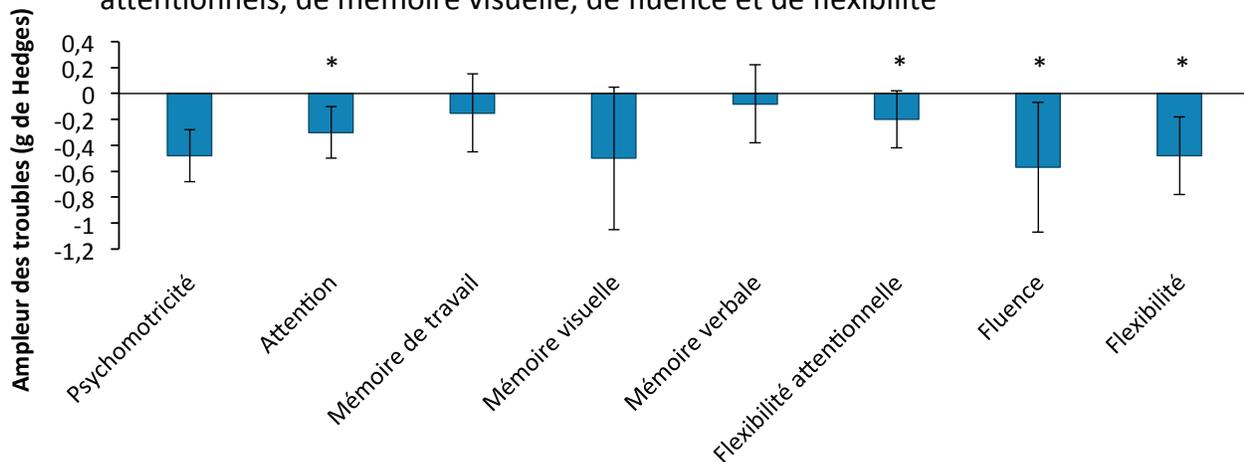
Nous savons que le stress – par exemple le stress psychologique et le stress physique qui lui est associé, caractérisé par une augmentation du taux de cortisol – peut avoir une incidence sur le fonctionnement cognitif et général, avec un déclin de l'ensemble des domaines que vous avez mentionnés dans votre cas. Je pense que le stress biologique et l'interaction biologique-psychologique–biologique sur le stress pourraient constituer un domaine important sur lequel se pencher. Vous avez indiqué que la capacité d'adaptation et la mise en œuvre de stratégies cognitives constituaient un aspect important du traitement, ce qui mériterait probablement d'être approfondi.

Dr Culpepper : En réalité, l'amélioration est davantage liée à l'amélioration de la cognition en matière de fonctionnement professionnel. C'est vraiment davantage en rapport avec la cognition qu'avec la gravité de ses symptômes dépressifs.

Dr McIntyre : Votre remarque est tout à fait pertinente. Concernant son rapport avec le contexte professionnel – et il est manifeste que cette personne est très dépendante de son fonctionnement cérébral dans le cadre professionnel – Judy, cela présente-t-il une quelconque pertinence pronostique ? Les troubles cognitifs initiaux chez une personne atteinte de dépression ont-ils une quelconque valeur pronostique pour nous en tant que cliniciens ?

Ampleur modérée des troubles cognitifs dans le TDM

- Méta-analyse de 15 échantillons indépendants (n = 644) de premier épisode de TDM
- Les effets les plus robustes ont été démontrés dans les tests psychomoteurs, attentionnels, de mémoire visuelle, de fluence et de flexibilité



*Statistiquement significatif et non expliqué par la gravité globale (euthymie, statut de patient hospitalisé)

- L'ampleur des troubles est modérée, moindre que celle observée dans la schizophrénie et presque similaire à celle constatée à la limite du taux légalement autorisé d'alcool dans le sang (CAS de 0,05 %)

Lee RS, et al. *J Affect Disord.* 2012 ;140:113-124.

Dr Jaeger : Potentiellement, mais ils peuvent bien sûr s'améliorer. Ce que l'on constate effectivement, c'est que la persistance du dysfonctionnement cognitif – après la disparition des symptômes thymiques – laisse présager un résultat plus mauvais sur le plan fonctionnel. Le dysfonctionnement cognitif va entraver ou complexifier davantage sa capacité à mettre en œuvre ce qui pourrait constituer des stratégies d'adaptation évidentes, comme le fait de faire appel au comptable. Il s'agit de stratégies d'adaptation évidentes, mais qui nécessitent un certain niveau de moyens cognitifs et de concentration pour pouvoir simplement y penser et les mettre en œuvre. C'est l'une des choses que vous constatez et il s'agit également de la cascade d'événements à laquelle nous avons fait allusion par d'autres aspects.

Dr McIntyre : C'est un très bon cas. C'est un point de départ. Bernhard, vous souhaitez également partager un cas avec nous.

Cas de patient n° 2

- Orientation par le MG d'un homme de 45 ans présentant des antécédents de dépression et des antécédents médicaux de dysfonctionnement de la thyroïde
- Orienté en vue d'une évaluation et d'une prise en charge de la gravité croissante de sa dépression, non contrôlée par des antidépresseurs (le patient prend actuellement un ISRS)
- Traité par le MG depuis 12 ans pour le dysfonctionnement de la thyroïde (fonction corrigée)
- Antécédents d'épisodes dépressifs récurrents partiellement contrôlés par des traitements antidépresseurs au cours de 8 dernières années, en parvenant uniquement à des périodes de rémission de courte durée avec l'essai de plusieurs ISRS et IRSN

Dr Baune : J'aimerais vous présenter le cas d'un patient qui m'a été adressé par un MG. Il s'agit d'un homme de 45 ans de type caucasien, présentant des antécédents de dépression et des antécédents médicaux de dysfonctionnement de la thyroïde. Ce patient a été orienté en vue d'une évaluation et d'une prise en charge de la gravité croissante de sa dépression, qui n'a pas été correctement contrôlée par des antidépresseurs par le passé. Actuellement, le patient est traité par un inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine (ISRS). La période de traitement est assez importante pour le dysfonctionnement de la thyroïde. Ceci a été réalisé par le MG au cours des 12 dernières années et le dysfonctionnement de la thyroïde a été très bien corrigé. Le patient présente des antécédents d'épisodes dépressifs récurrents, partiellement contrôlés par un traitement antidépresseur au cours des 8 dernières années. Ses antécédents sont déjà assez nombreux et il n'a réellement connu que de courtes périodes de rémissions avec les ISRS et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN).

Cas de patient n° 2 (suite)

- Nombreux changements d'emploi au cours des 5 dernières années ; incapacité croissante à répondre aux attentes professionnelles et déclin fonctionnel croissant sur le lieu de travail, ce qui a conduit à un changement d'emploi tous les 8 à 12 mois
- Déclin de la qualité de vie globale, sur le plan professionnel, des activités sociales, des centres d'intérêt, des loisirs ; divorce il y a 4 ans
- Développement, au cours des 5 dernières années, de problèmes de mode de vie relatifs à un manque d'activité physique, à une mauvaise alimentation et à une prise de poids tendant vers l'obésité

Le fait que le patient ait présenté un déclin fonctionnel en contexte professionnel constitue une part importante de ce cas. Au cours des 5 dernières années, il n'a pas pu conserver des emplois pendant plus de 8 à 12 mois. Cela indique vraiment une incapacité croissante à répondre aux attentes professionnelles et un déclin fonctionnel croissant en contexte professionnel ayant entraîné ces changements de postes. En outre, d'un point de vue causal, il est probable que les problèmes professionnels et les problèmes fonctionnels soient apparus en premier et que, s'ajoutant à ceux-ci, d'autres troubles liés à la qualité de vie se soient présentés. Ses activités sociales se sont réduites, ses centres d'intérêt ont décliné, de même que ses activités générales et ses loisirs. Malheureusement, ceci a également conduit à un divorce il y a 4 ans environ, significatif d'un déclin encore plus général chez ce patient particulier.

Au-delà de ces problèmes, le patient a également développé des troubles significatifs liés au mode de vie au cours des 5 dernières années, notamment un manque d'activité physique, une mauvaise alimentation et une prise de poids croissante tendant vers l'obésité.

Évaluation

- Antécédents : évolution des symptômes
 - Premier épisode dépressif à l'âge de 35 ans ; premier traitement 2 ans plus tard avec un antidépresseur prescrit par le MG
 - Dysfonctionnement de la thyroïde corrigé depuis l'âge de 33 ans
 - Traitements de la dépression avec une rémission incomplète, un nombre croissant d'épisodes dépressifs et un raccourcissement des périodes de rémission entre les épisodes

Pour ce qui est de l'évaluation, il est important de démêler les causes du développement des symptômes. Elle a montré que le premier épisode dépressif s'est produit alors que le patient était âgé de 35 ans et qu'il a été traité 2 ans plus tard. Il n'est pas habituel de présenter un premier épisode et d'être traité tardivement. À ce moment-là, le MG a prescrit un antidépresseur et a corrigé le dysfonctionnement de la thyroïde à partir des 33 ans du patient. C'est un élément important car le dysfonctionnement de la thyroïde peut également entraîner une dépression et des symptômes cognitifs^[1]. Le traitement, comme je l'ai mentionné, était plutôt incomplet et la rémission n'a pu être atteinte que pendant de courtes périodes de temps.

Évaluation (suite)

- Évaluation de l'humeur, cognitive et fonctionnelle
 - Entretien psychiatrique
 - Instrument de dépistage des troubles cognitifs
 - Évaluation clinique de la fonction professionnelle et sociale, des relations, des loisirs
 - Recours à une échelle d'auto-évaluation cognitive et fonctionnelle
- Évaluation médicale/du mode de vie
 - Nouvelle analyse de sang pour le statut métabolique et la fonction thyroïdienne
 - Activité physique
 - Alimentation

Pour ce qui est des évaluations, un entretien psychiatrique plus complet a été réalisé. Un instrument de dépistage des troubles cognitifs a été utilisé car le patient rapportait un déclin fonctionnel significatif dans le cadre professionnel. Nous pouvons peut-être discuter de ce qu'un tel instrument de dépistage peut apporter au niveau de la prise en charge psychiatrique. En outre, nous avons eu recours à certaines échelles d'auto-évaluation cognitive et fonctionnelle afin de recueillir les déficits personnels et perçus par le patient. Il s'agit des caractéristiques essentielles de ce cas.

Je souhaiterais également souligner que la comorbidité médicale revêt une certaine importance dans ce cas. La fonction thyroïdienne a été initialement corrigée, mais le patient a également développé une obésité et est devenu inactif sur le plan physique. Son alimentation était très mauvaise vers la fin lorsque j'ai commencé à le voir. L'ensemble de ces facteurs peuvent contribuer à la dépression, mais également au déclin fonctionnel et, en particulier, au déclin cognitif.

Approches thérapeutiques

- Substituer l'antidépresseur en cas de rémission incomplète avec l'antidépresseur actuel, après administration d'une dose pendant une durée de traitement suffisante
- Envisager une classe d'antidépresseur différente qui soit bien tolérée et associée à un risque de prise de poids quasi nul
- Prendre en charge les symptômes cognitifs et fonctionnels en examinant des options thérapeutiques pharmacologiques et non pharmacologiques
- Mettre en place un programme axé sur le mode de vie, en vue d'une amélioration de l'alimentation, de l'activité physique et d'une perte de poids
- Envisager une orientation vers un programme de remédiation cognitive

En termes de stratégie thérapeutique dans un tel cas caractérisé par des rémissions incomplètes et une dépression récurrente, la première approche est de substituer l'antidépresseur. Ce type d'antidépresseur doit probablement faire partie d'une classe qui s'avère non seulement mal tolérée, mais qui présente également le risque d'entraîner une prise de poids chez ce patient en particulier, tout en ayant des effets supplémentaires sur la cognition et le fonctionnement. Dans l'idéal, j'aimerais examiner ces traitements pharmacologiques et discuter également des interventions non pharmacologiques. Compte tenu de la complexité de ce cas, nous devons également adopter un type d'intervention complexe, caractérisé par la mise en œuvre d'un programme axé sur le mode de vie, en vue d'une amélioration de l'alimentation, de l'activité physique et qui inclurait également une perte de poids. Il serait potentiellement envisageable d'ajouter une formation aux compétences cognitives, ou ce que nous désignons souvent sous le terme de programme de remédiation cognitive, pour améliorer la cognition et le fonctionnement de ce patient.

Dr McIntyre : Cette question comporte plusieurs volets et je pense que de nombreux cliniciens peuvent rencontrer des patients qui présentent d'autres comorbidités, telles la toxicomanie et l'alcoolisme, susceptibles de contribuer intuitivement, et effectivement, au dysfonctionnement cognitif. Vous avez souligné quelque chose qui a bénéficié d'une moindre attention. Il s'agit de la comorbidité médicale et des effets indésirables sur les performances cognitives. D'autres sources de données nous montrent par exemple, que dans la littérature relative à l'obésité et au diabète, le fait de présenter l'une de ses affections métaboliques est fortement associé à une diminution du fonctionnement cognitif global^[2,3]. En tant que médecin généraliste, par quoi commencez-vous ?

Effets de l'exercice physique sur la dépression et la cognition

Effets de l'exercice physique

Constats

Améliore la cognition	<ul style="list-style-type: none">• L'exercice physique améliore la cognition chez les patients présentant des troubles cognitifs légers, ainsi qu'une démence
Favorise la neuroplasticité	<ul style="list-style-type: none">• Augmente le volume de l'hippocampe• Améliore la neurogenèse• Accroît les taux de neurotrophines• Favorise la plasticité synaptique• Augmente l'arborisation dendritique
Module le système immunitaire	<ul style="list-style-type: none">• Diminue les taux de TNF-α et d'IL-β pro-inflammatoires dans l'hippocampe, tout en favorisant la production d'IL-6 anti-inflammatoire

Eyre H, et al. *Brain Behav Immun.* 2012 ;26:251-266.

Dr Culpepper : Nous rencontrons assez souvent ce type de cas. Dans ce cas, je penserais tout d'abord à la nécessité de *collaborer* avec un psychiatre, pas nécessairement dans le cadre d'une *orientation*, car c'est un patient qui bénéficierait d'une implication importante de nous deux. Que puis-je faire en tant que MG ? J'examine attentivement son état physique. Est-il prédiabétique ? Il présente des antécédents indicateurs d'une résistance à l'insuline, mais est-ce que j'envisagerais d'instaurer chez lui un traitement par metformine ? Il me serait très utile de connaître les antécédents cognitifs du cas de Bernhard, afin d'individualiser les activités physiques et d'activation et de travailler avec mon confrère psychiatre à la réactivation de cet homme, qui lutte pour survivre. La situation de cet homme a empiré et elle va continuer d'empirer jusqu'à ce que nous travaillions à l'inverser.

J'aimerais être impliqué, et j'aimerais que mon confrère psychiatre gère le traitement. J'ai manifestement un rôle à jouer, dans le cadre duquel je peux collaborer et où la connaissance des répercussions cognitives me serait très utile.

Approches thérapeutiques collaboratives

- Le MG surveille l'état de santé général
- Compte tenu des comorbidités du patient, il est recommandé d'adopter une approche thérapeutique coordonnée
- Le MG contrôle le statut métabolique et surveille la mise en place des modifications du mode de vie
- Le psychiatre prend en charge le traitement de la dépression
- Collaboration concernant les médicaments : surveillance des interactions médicamenteuses ou des effets indésirables

Dr Baune : Cet aspect collaboratif que vous avez mentionné revêt beaucoup d'importance. Le système de santé dans lequel j'exerce adopterait une approche similaire. Le psychiatre se reporterait à l'expertise du MG afin de contrôler l'état métabolique du patient. Chez ce patient, nous avons divers changements métaboliques, mais nous devrions également mettre en œuvre les interventions axées sur le mode de vie et un suivi au niveau du médecin généraliste, cela serait très important pour nous.

Dr Culpepper : Nous devons également collaborer en ce qui concerne les médicaments. Bien sûr, nous ne devons pas ajouter des médicaments susceptibles d'influencer la dépression et la fonction cognitive de ce patient. Je ne veux pas non plus que vous ajoutiez des médicaments qui aient une incidence sur son poids.

Dr McIntyre : Judy, dans ce cas, comment pouvons-nous démêler ici ce qui relève de la cause et de l'effet, quant à ce qui provoque les difficultés cognitives ?

Importance de la mesure de la capacité fonctionnelle

- Il est nécessaire de mesurer le niveau des troubles et les domaines touchés
 - Pour mesurer l'amélioration
 - Pour permettre au patient de constater l'amélioration
- Un dysfonctionnement cognitif peut entraver la capacité d'un patient à adopter les modifications saines et nécessaires de son mode de vie

Dr Jaeger : Je ne sais pas à quel point il est important de le démêler. Je pense qu'il est important de le mesurer. Nous voulons utiliser une mesure de l'ampleur des troubles présentés par cette personne et des domaines déficitaires et ce, pour 2 raisons : (1) nous voulons pouvoir le mesurer de nouveau et montrer l'amélioration et (2) nous voulons donner à cette personne l'occasion de constater l'amélioration. Par exemple, vous grimpez sur une échelle, vous constatez une amélioration quant à la hauteur ; vous êtes bien pris en charge, vous constatez une amélioration de la cognition. Il existe plusieurs façons de le faire. C'est une chose sur laquelle je souhaite mettre l'accent. L'autre élément important est que le dysfonctionnement cognitif chez cet individu va mettre à l'épreuve ses capacités à s'impliquer totalement dans l'ensemble des modifications du mode de vie qui vont s'avérer nécessaires. Perdre beaucoup de poids est complexe et difficile. Cela nécessite un plan d'actions. Cela implique d'acheter différemment, de cuisiner différemment, de manger différemment et de bouger différemment. Ces changements sont contraignants sur le plan cognitif.

Dr McIntyre : Nous découvrons que la plupart des affections cérébrales – la dépression majeure en constitue certainement l'exemple parfait – sont à la fois de nature développementale et dégénérative. Je suis particulièrement préoccupé par les aspects dégénératifs de ce cas et par le caractère progressif du déclin cognitif, qui conduit manifestement à une spirale descendante, comme l'a indiqué Larry. Bernhard, quels sont selon vous les messages clés que les cliniciens devraient retenir de ce cas ?

Cas n° 2 : messages clés

- Le déclin fonctionnel peut être lié à la dépression et au dysfonctionnement cognitif
- Dans le cadre de la dépression, diverses comorbidités de nature médicale peuvent favoriser ce déclin fonctionnel et cognitif
- Il est nécessaire de surveiller étroitement et conjointement les comorbidités de nature médicale

Dr Baune : Je pense que le message clé est que le déclin fonctionnel n'est pas nécessairement lié uniquement à la dépression ; il peut être lié au dysfonctionnement cognitif. Dans le cadre de la dépression, diverses comorbidités de nature médicale peuvent favoriser ce déclin fonctionnel et cognitif. Nous devons surveiller étroitement et conjointement les comorbidités de nature médicale qui y sont associées. Nous devons également les traiter de manière active, car les éléments biologiques sous-jacents indiquent qu'il existe un risque plus élevé d'inflammation – de dégénération neuronale – et ils sont tous en rapport avec le diabète, l'obésité et tous les autres facteurs de risque^[4]. Ceci est vraiment essentiel dans une perspective de long terme. Il est très important de disposer d'interventions efficaces à tous les niveaux.

Dr McIntyre : C'est un résumé utile et qui nous rappelle également que dans ces types de cas complexes et multidimensionnels, la polymédication finit souvent par être caractéristique. Nous sommes fréquemment préoccupés par les causes iatrogènes ou la contribution des médicaments aux troubles cognitifs – quelque chose que l'on oublie souvent. Merci pour le cas de ce patient et ce résumé très utile. Judy, je vais vous céder de nouveau la parole car vous voulez partager un cas avec nous.

Cas de patient n° 3

- Femme de 45 ans qui a présenté son quatrième épisode de dépression majeure, celui-ci ayant entraîné une hospitalisation de courte durée il y a 8 semaines
- Sa dépression est désormais en rémission quasi complète ; la patiente est traitée par un antidépresseur et suit une TCC une fois par semaine
- Plaintes de dysfonctionnement cognitif subjectif qui demeurent, même après la rémission des symptômes dépressifs :
 - Troubles de la concentration
 - Incapable de se concentrer sur son travail de comptable, sur ses responsabilités liées aux finances personnelles
- Traumatisme crânien léger lié à un accident il y a un an ayant entraîné une brève perte de connaissance (< 10 min) ; ceci a fait l'objet d'un bilan approfondi à l'époque et aucune séquelle neurologique n'a été rapportée les semaines suivantes

Dr Jaeger : Il s'agit du cas d'une patiente de 45 ans, qui a présenté son quatrième épisode de dépression majeure, celui-ci ayant entraîné une hospitalisation de courte durée il y a 2 mois. Sa dépression est désormais en rémission quasi complète. Elle est traitée par un antidépresseur et suit une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) une fois par semaine. Elle se plaint d'un dysfonctionnement cognitif subjectif, même si ses symptômes dépressifs sont en rémission quasi complète. Elle se plaint des conséquences fonctionnelles qui se manifestent principalement par des difficultés de concentration, qui apparaissent dans son travail de comptable et touchent même ses responsabilités liées aux finances personnelles. Elle est focalisée sur le fait qu'elle a présenté un traumatisme crânien léger après être tombée de vélo il y a un an. Elle a perdu connaissance pendant moins de 10 minutes et a été conduite à l'hôpital par des amis avec lesquels elle faisait du vélo. Elle a fait l'objet d'un bilan approfondi et aucune séquelle neurologique de sa légère commotion cérébrale n'a été découverte.

Cas de patient n° 3 (suite)

- À l'heure actuelle, elle craint de présenter les effets tardifs du traumatisme
- Elle a l'impression que ses troubles de la concentration l'empêchent, une fois chez elle, de mettre en pratique efficacement les tâches découlant des séances de TCC
- Son psychiatre l'oriente vers une évaluation neuropsychologique, dans le but d'expliquer ce qui semble constituer des déficits cognitifs émergents

La patiente n'a présenté aucune conséquence fonctionnelle pendant l'année intermédiaire. Toutefois, elle craint à l'heure actuelle que les troubles qu'elle éprouve cette fois soient plus importants que ceux qu'elle présentait par le passé lorsqu'ils étaient liés aux épisodes dépressifs précédents. Cela influence désormais sa capacité à simplement participer activement à ses séances de TCC et elle a l'impression que quelque chose d'autre ne va pas chez elle. Le psychiatre l'oriente vers une évaluation neuropsychologique, dans le but de tenter d'expliquer ce qui semble constituer des déficits cognitifs émergents.

Évaluation neuropsychologique

- Diagnostic différentiel
 - Toxicomanie
 - Troubles du sommeil
 - Autre trouble neurologique, par exemple une démence (peu probable)
 - Autre affection médicale émergente
- Autres éclaircissements
 - Il est important de tenter de documenter, à partir de l'entretien avec la patiente et, dans l'idéal, avec les autres informateurs, le niveau de récupération fonctionnelle précédent entre les épisodes
 - L'objectif est de veiller à ce que la perception par la patiente d'un épisode « différent » ne soit pas le reflet d'une dysphorie résiduelle

Le neuropsychologue relève minutieusement les antécédents et souhaite exclure la toxicomanie, les troubles du sommeil, d'autres affections neurologiques potentielles ou d'autres explications médicales émergentes. Ce qui est important, c'est la nature émergente des troubles. Ceci est déterminé sur la base de l'entretien avec la patiente et les autres informateurs, auquel neuropsychologues accordent beaucoup de valeur, en plus des descriptions fonctionnelles. La patiente a récupéré sur le plan fonctionnel des conséquences de l'accident de vélo. C'est important pour nous aider à nous assurer - et peut-être ensuite à assurer à la patiente - que ce qu'elle rencontre n'est pas incompatible avec un épisode dépressif majeur.

Dr McIntyre : Un cas très utile. Je ne peux pas apporter mon aide, mais je peux réagir à un certain nombre de points que vous avez soulevés, la mesure constituant l'un d'entre eux. La mesure subjective, la mesure objective : accordez-vous la priorité à l'une par rapport à l'autre ?

Évaluations fonctionnelles subjectives et objectives

- Il convient de prendre en compte les mesures subjectives et objectives des déficits
- Évaluations subjectives
 - Peuvent être influencées par un épisode thymique
- Évaluations objectives
 - Nécessitent d'avoir au préalable fait passer un test au même patient à des fins comparatives

Dr Jaeger : Non. J'accorde de la valeur aux observations subjectives pour un certain nombre de raisons. Avec les tests objectifs, à moins que la personne n'ait été testée par le passé, vous comparez une personne à la norme d'une population. À moins que le résultat ne soit extrême, il est très difficile d'être absolument certain que vous observez un déficit et un déclin par rapport au fonctionnement antérieur. Par ailleurs, les déficits des mesures objectives doivent être placés en contexte, tout comme les déficits des mesures subjectives. Incontestablement, au milieu d'un épisode thymique, on constate souvent l'expérience subjective d'un déficit plus important que ce qui pourrait exister de manière objective.

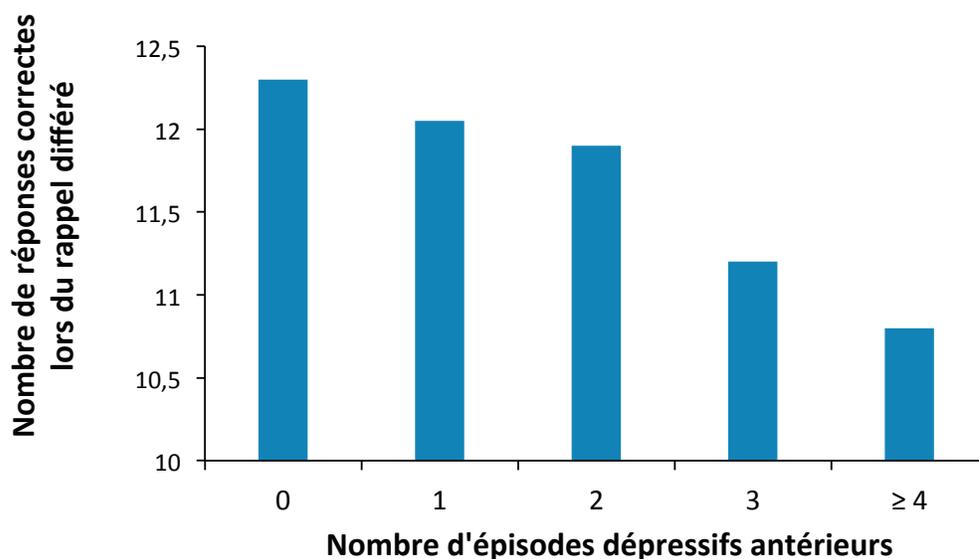
Dr McIntyre : Ce qui me frappe beaucoup, et je vais demander à mes collègues ce qu'ils en pensent, c'est qu'il existe une plainte principale très fréquente formulée par les patients. Avec ces difficultés résiduelles, même s'ils peuvent ne pas être ouvertement déprimés, j'ai été frappé par la fréquence à laquelle les patients peuvent attribuer ce déficit cognitif au médicament. Il ne fait aucun doute que les médicaments peuvent, dans certains cas, perturber le fonctionnement cognitif^[5]. Toutefois, j'ai souvent constaté que le médicament est pointé du doigt même si, en réalité, le déficit peut représenter l'activité continue de la maladie ou les séquelles continues de la maladie. Des réflexions ?

Dr Culpepper : Nous sommes amenés à voir ces cas de patients lorsque ces derniers consultent après avoir arrêté leur traitement un mois ou deux auparavant et qu'ils sont désormais en rechute. Oui, c'est clairement une manière dont nous voyons les patients revenir.

Dr Baune : C'est un point très important à soulever. Dans le cadre de ce que nous appelons les « rémissions », lorsque la dépression dans son ensemble s'est améliorée, il peut demeurer un dysfonctionnement cognitif, qui peut être imputé à un médicament. Même s'il est imputé à un médicament, vous devriez envisager une autre intervention – de nature pharmacologique et non pharmacologique – afin de remplacer cette intervention, dont un effet indésirable a entraîné le dysfonctionnement cognitif ou qui ne traite pas le dysfonctionnement cognitif en rémission. D'une manière ou d'une autre, j'estime qu'il est important de modifier la stratégie thérapeutique et d'en ajouter une autre dans ce cas particulier. Je préférerais envisager une intervention pharmacologique susceptible de ne pas introduire de biais ni produire d'effets secondaires au niveau de la cognition, plutôt que de la traiter ; j'ajouterais également d'autres interventions non pharmacologiques.

Dr McIntyre : Sur le plan clinique, j'ai souvent adopté une position selon laquelle, si un de mes patients qui semble en rémission ne présente pas un niveau de fonctionnement conforme à celui qu'il souhaiterait avoir (à savoir, il existe toujours des preuves de déficit), alors je le considère comme peut-être un indicateur, un appel qui me serait lancé pour approfondir les problèmes cognitifs en cours. Judy, quelle est votre réaction à tout ceci ?

Diminution des capacités mnésiques pendant la rémission en fonction de la dépression



Gorwood P, et al. *Am J Psychiatry*. 2008 ;165:731-739.

Dr Jaeger : Absolument, je pense que c'est tout à fait approprié. En particulier dans le cadre du TDM récurrent, il existe des preuves solides démontrant qu'avec les épisodes récurrents, nous constatons un renforcement du dysfonctionnement cognitif d'un épisode à l'autre ou un nouveau déclin cognitif. Il est également important de comprendre que chez une personne atteinte de dépression, ou même lorsque les symptômes thymiques sont en rémission, une exigence, même plutôt modeste, posée à leur niveau cognitif normal ou un déclin de leur niveau cognitif normal peut s'avérer complexe sur le plan fonctionnel. Je ne voudrais pas que quiconque me retire la moitié d'un écart-type. Ceci aurait réellement une incidence sur ma vie.

Troubles cognitifs dans le TDM et troubles fonctionnels

- Les problèmes de concentration, d'attention et la gêne occasionnée ont déterminé environ la moitié de l'association entre le TDM et les troubles^[a]
- Performances professionnelles expliquées dans une plus large mesure par le dysfonctionnement cognitif que par la gravité des symptômes de la dépression, même si celle-ci s'est avérée importante pour les mesures globales d'incapacité^[b]

a. Buist-Bouwman MA, et al. *Acta Psychiatr Scand.* 2008 ;118:451-458.

b. Lam EW, et al. *Can J Psychiatry.* 2014 ;59:649-654.

Dr Culpepper : Je trouve également que ces patients consultent souvent avec des inquiétudes et des plaintes au sujet de leur performance professionnelle. Lorsque vous étudiez cet aspect, vous constatez que les patients connaissent souvent les mêmes problèmes dans leur vie familiale et sociale – divorce et ainsi de suite – mais ils le considèrent comme faisant simplement partie de leur vie, alors que dans le cadre professionnel ils constatent – et leur chef constate – un changement manifeste. Pour moi, c'est un indice que quelque chose de cognitif peut se passer.

Dr McIntyre : Très souvent, je travaille avec des employeurs des secteurs public et privé – de petites, moyennes et grandes entreprises – qui se demandent vraiment pourquoi la personne ne peut pas retourner au travail, alors même que ses symptômes dépressifs se sont améliorés. Je pense qu'il est de notre devoir d'approfondir réellement ce qui relève de la cognition et d'en communiquer les points pertinents dans la vie des patients, à leurs employeurs par exemple.

Dr Baune : J'aimerais également ajouter un élément sur le traitement. Je suis d'avis que la TCC, qui constitue un traitement très commun chez un patient atteint de dépression, nécessite un bon fonctionnement cognitif, la capacité à fonctionner correctement pour comprendre les informations, les traiter, pour avoir par la suite de bons résultats cognitifs et de bons résultats relatifs à la dépression. C'est un autre aspect très important à soulever pour que la TCC soit efficace.

Dr Culpepper : Il y avait un élément important dans le premier cas, qui était que ma patiente avait toujours une activité professionnelle, donc je faisais tout ce que je pouvais pour qu'elle conserve son travail.

Dr Jaeger : Vous ne vouliez pas qu'elle perde ce travail.

Dr Culpepper : Concernant un patient qui est déjà sans emploi, je veux être sûr qu'il va vraiment être en mesure de bien fonctionner lorsqu'il va retourner au travail. C'est une approche légèrement différente qui consiste à s'assurer que les patients ont suffisamment récupéré sur le plan cognitif pour accomplir leur travail à leur retour.

Dr McIntyre : Compte tenu du fait que nous travaillons dans des environnements et systèmes de soins très variés, pouvez-vous formuler quelques commentaires sur vos systèmes respectifs et la façon dont vous pouvez aborder tout ceci de manière réaliste ?

Dr Culpepper : Je pense que nos cas démontrent que, que nous soyons MG, psychiatre ou neuropsychologue, nous avons tous notre rôle à jouer. Il est certain que je n'ai pas le temps - et souvent pas l'expertise - pour approfondir les cas les plus difficiles. Nous avons toutefois un rôle collaboratif à exercer.

Dr Baune : Je ne peux que souscrire à ce que vous venez de dire, mais je pense également que nous partageons une compréhension et des modèles d'approche de la dépression dans ce cas particulier. Lorsque nous collaborons, c'est un élément important. Nous devons également nous éduquer mutuellement. Je pense que c'est très important de le faire.

Dr Jaeger : Je suis d'accord. Les neuropsychologues constituent un service de conseils spécialisés. Vous nous adressez les cas difficiles, lorsque vous êtes intrigués par ce qui se passe sur le plan diagnostique. Je souhaite que de plus en plus, il s'agisse également de cas dans lesquels la mesure et l'observation constituent des éléments précieux et dans lesquels les commentaires sur la le dysfonctionnement présenté par le patient vont avoir une incidence sur votre éducation du patient. Il me semble qu'une grande partie des cas que nous présentons selon la perspective du MG va concerner l'éducation du patient. C'est certainement vrai dans le cas de Bernhard présenté auparavant.

Dr Culpepper : L'aspect cognitif est très fréquent et c'est un aspect auquel je dois porter attention.

Dr Jaeger : Les neuropsychologues doivent vous aider à le faire en fournissant une évaluation et une mesure de qualité des changements survenus au fil du temps.

Dr McIntyre : Tous ces commentaires sont excellents. Je me permets simplement de mentionner que, si vous parlez aux patients, ce qu'ils attendent de leurs traitements antidépresseurs est un retour à une qualité de vie, une amélioration du fonctionnement et le sentiment d'être de nouveau eux-mêmes. Parce que nous ne les avons pas éduqués de cette façon, les patients sont trop souvent démoralisés car ils ne savent pas vraiment pourquoi ils ne sont pas en mesure de retrouver des capacités fonctionnelles. C'est un aspect vraiment essentiel pour ramener les personnes dans leur trajectoire.

Messages à retenir

- La cognition est une dimension transdiagnostique dont les perturbations sont fréquentes chez les adultes atteints de TDM, tant lorsqu'ils sont malades que lors des périodes dites de rémission
- Les problèmes cognitifs sont étroitement liés aux troubles fonctionnels dans différents domaines, ainsi qu'aux résultats rapportés par les patients (p. ex., la qualité de vie)
- Le fonctionnement cognitif requiert une évaluation séquentielle au fil du temps
- Dans la mesure du possible, il est nécessaire de prendre en compte et de traiter les affections concomitantes susceptibles de s'ajouter aux troubles cognitifs, afin de placer les patients dans une position optimale pour atteindre une rémission multidimensionnelle

Je voudrais tous vous remercier d'avoir participé et d'avoir partagé ces cas avec nous aujourd'hui. Plusieurs messages émanent et ressortent de ces présentations et de la discussion. Tout d'abord, nous devons nous rappeler que la cognition n'est pas uniquement une dimension transdiagnostique, mais que ses troubles sont également très fréquents chez les adultes atteints de dépression, pas uniquement lorsqu'ils sont malades, mais également lors des périodes dites de rémission. Le point sur lequel nous avons tenté d'insister fortement est un point qui a trouvé écho auprès des cliniciens, des patients et des familles : les problèmes cognitifs sont fortement liés aux troubles fonctionnels dans différents domaines, ainsi qu'aux résultats rapportés par les patients comme la qualité de vie et le retour à ce qu'ils souhaitent être. Considérés globalement, ces éléments définissent en réalité ce qui, je pense, constitue la cible thérapeutique principale. Je suis d'accord avec ma collègue Judy en convenant que cela débute en réalité par la mesure et par la mesure séquentielle au fil du temps. Je pense que nous devons également traiter les pathologies concomitantes, susceptibles de se greffer aux troubles cognitifs, modifier ce que nous pouvons modifier, afin de placer les patients dans une position optimale pour atteindre non seulement une rémission mais une rémission multidimensionnelle comprenant l'amélioration de la cognition.

Cela commence avec la prévention. Lorsque les patients présentent le problème, nous passons aux approches pharmacologiques et non pharmacologiques pour donner à nos patients les meilleures chances de parvenir à des résultats médicaux optimaux.

Abréviations

- CAS** = concentration d'alcool dans le sang
- IL** = interleukine
- IRSN** = inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- ISRS** = inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine
- MG** = médecin généraliste
- PHQ-9** = Questionnaire sur la santé du patient à 9 items
- TCC** = thérapie cognitivo-comportementale
- TDAH** = trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
- TDM** = trouble dépressif majeur
- TNF** = tumor necrosis factor (facteur de nécrose tumorale)

Références

1. Samuels MH. Thyroid disease and cognition. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2014;43:529-543.
2. Prickett C, Brennan L, Stolwyk R. Examining the relationship between obesity and cognitive function: a systematic literature review. *Obes Res Clin Pract*. 2015;9:93-113.
3. Umegaki H. Type 2 diabetes as a risk factor for cognitive impairment: current insights. *Clin Interv Aging*. 2014;9:1011-1019.
4. Eyre H, Baune BT. Neuroplastic changes in depression: a role for the immune system. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37:1397-1416.
5. Popovic D, Vieta E, Fornaro M, Perugi G. Cognitive tolerability following successful long term treatment of major depression and anxiety disorders with SSRI antidepressants. *J Affect Disord*. 2015;173:211-215.

Avis de non-responsabilité

Ce document est destiné uniquement à des fins pédagogiques. Aucun crédit de formation médicale continue (FMC) ne sera attribué pour la lecture du contenu de ce document. Pour participer à cette activité, rendez-vous sur <http://www.medscape.org/collection/mdd08>

Pour toute question sur le contenu de cette activité, veuillez contacter le responsable de cette FMC à l'adresse suivante : CME@webmd.net.

Pour obtenir de l'aide technique, veuillez nous contacter à l'adresse suivante : CME@medscape.net

L'activité de formation présentée ci-dessus peut comporter des simulations de scénarios basés sur des cas. Les patients décrits dans ces scénarios sont fictifs et aucune association avec des patients réels n'est voulue ou ne doit être inférée.

Le matériel présenté ici ne reflète pas nécessairement les vues de WebMD Global, LLC ou des sociétés qui financent le programme de formation offerts sur [medscape.org](http://www.medscape.org). Ces documents sont susceptibles de discuter de produits thérapeutiques dont l'utilisation n'a pas encore été autorisée en Europe par l'Agence Européenne des Médicaments ainsi que des utilisations hors indications de produits autorisés. Un professionnel de santé qualifié doit être consulté avant utilisation de tout produit thérapeutique ayant fait l'objet d'une discussion. Les lecteurs doivent vérifier toutes les informations et données présentées avant d'utiliser une thérapie décrite dans cette activité de formation pour traiter des patients.

Medscape Education © 2015 WebMD Global, LLC