Prise en charge des comorbidités organiques associés aux troubles de l'humeur

Jeffrey Rado, MD
Assistant Professor of Psychiatry and Internal Medicine
Rush University Medical Center
Chicago, IL USA

I. Comorbidités organiques associés aux maladies dépressives et bipolaire

II. L’impact des troubles de l'humeur sur les comorbidités

III. La qualité des soins médicaux

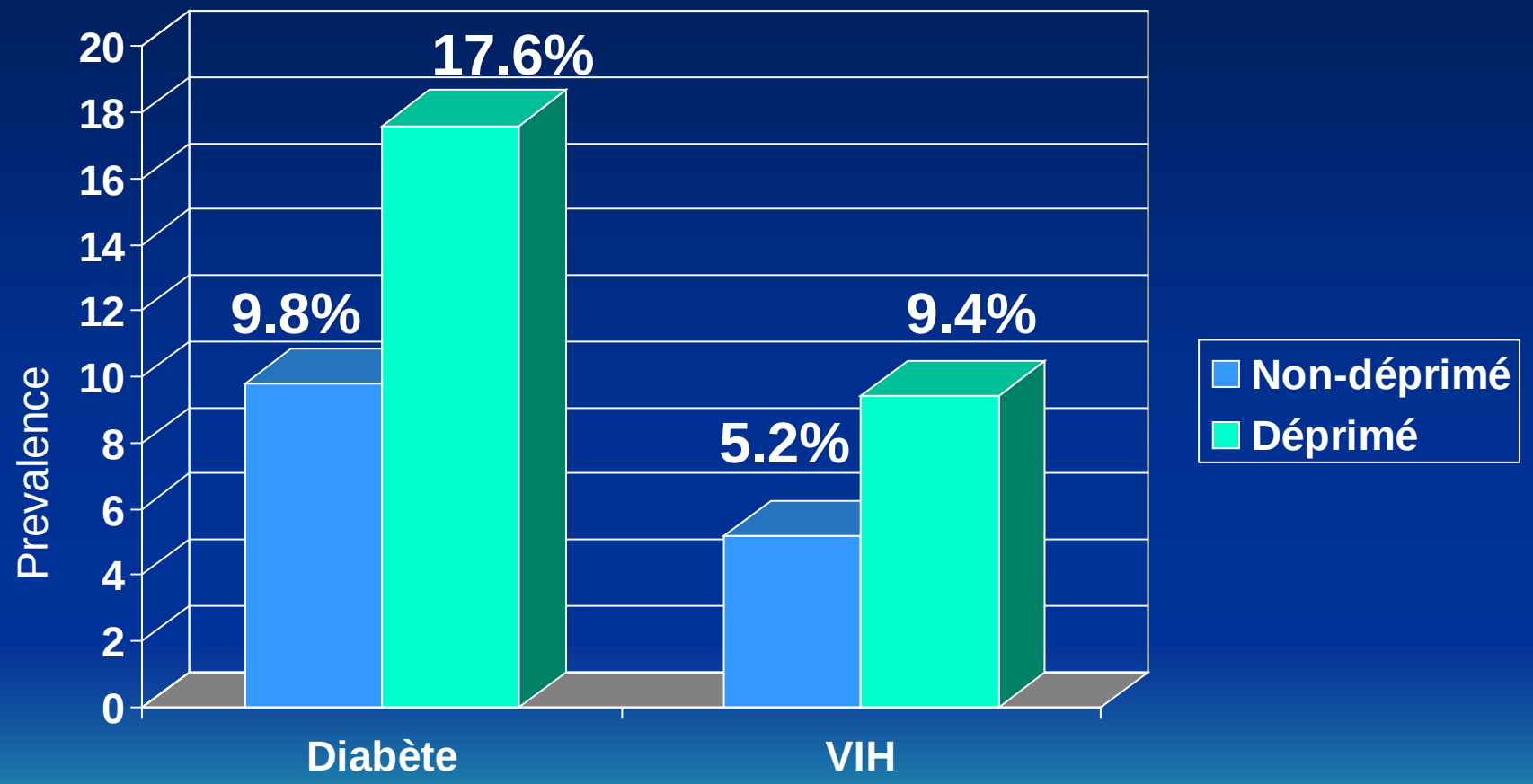
IV. L'observance du traitement

Cas clinique: Mary

- Femme, African-American, 48 ans, célibataire, avec diabète, dépression, hypertension et hypercholestérolémie
- Fatiguée, sans espoir, pas de motivation. Elle reste enfermée dans sa maison, problèmes de concentration et de mémoire. Elle rate souvent ses rendez-vous médicaux.
- Déteste vérifier le taux de glycémie.
- AIC hémoglobine = 9,6; un an plus tard: 11,3
- Metformine, glipizide; Elle refuse l'insuline.

I. Comorbidités organiques associées aux maladies dépressives et bipolaires

La dépression et les comorbidités organiques

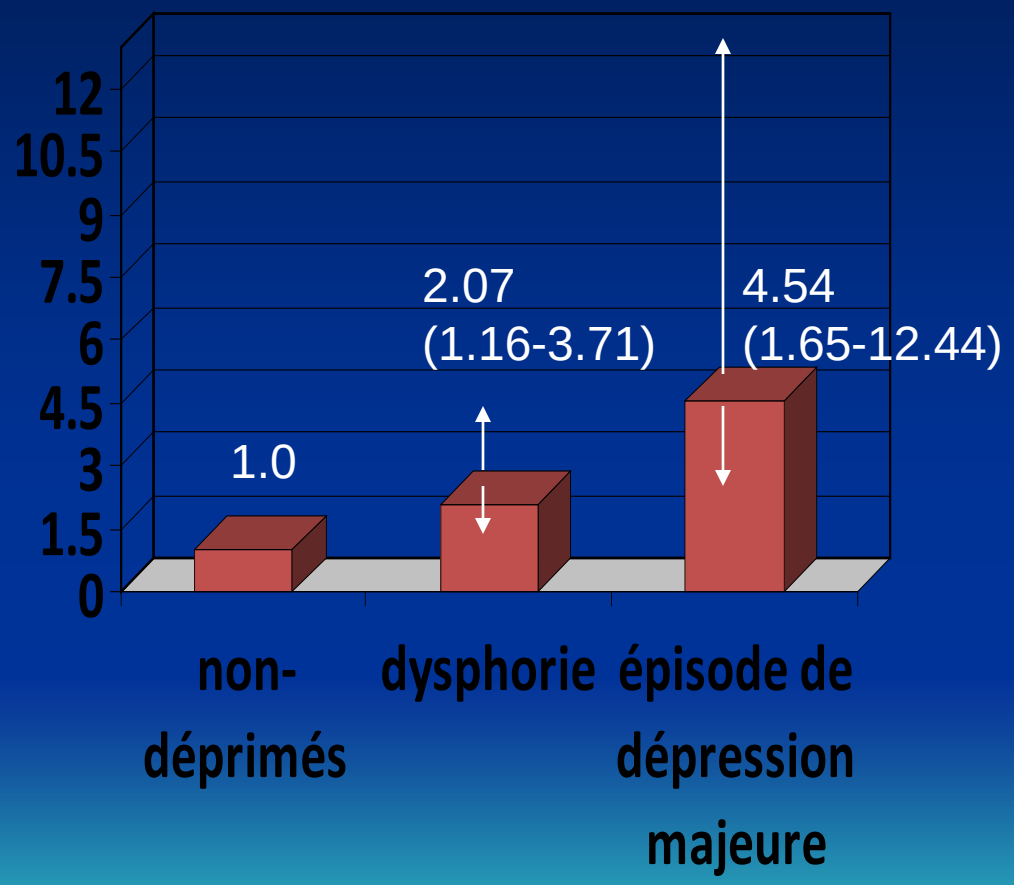


Ces maladies sont deux fois plus fréquentes avec la dépression

(Ali 2006; Ciesla 2001)

La dépression prédit une nouvelle apparition de la maladie coronarienne

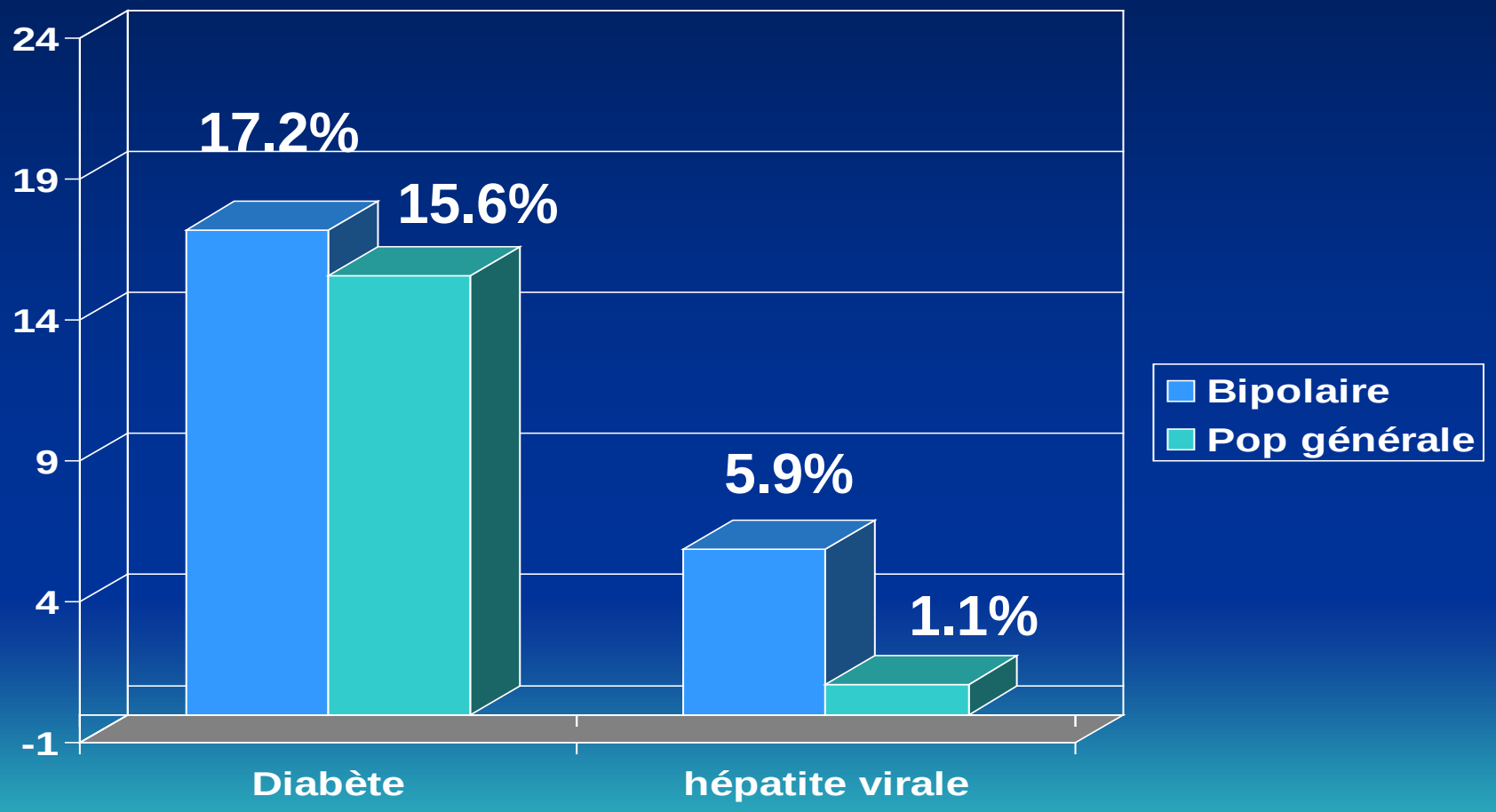
Odds ratio ajusté d'infarctus du myocarde



N=1551

(Pratt et al, 1996)

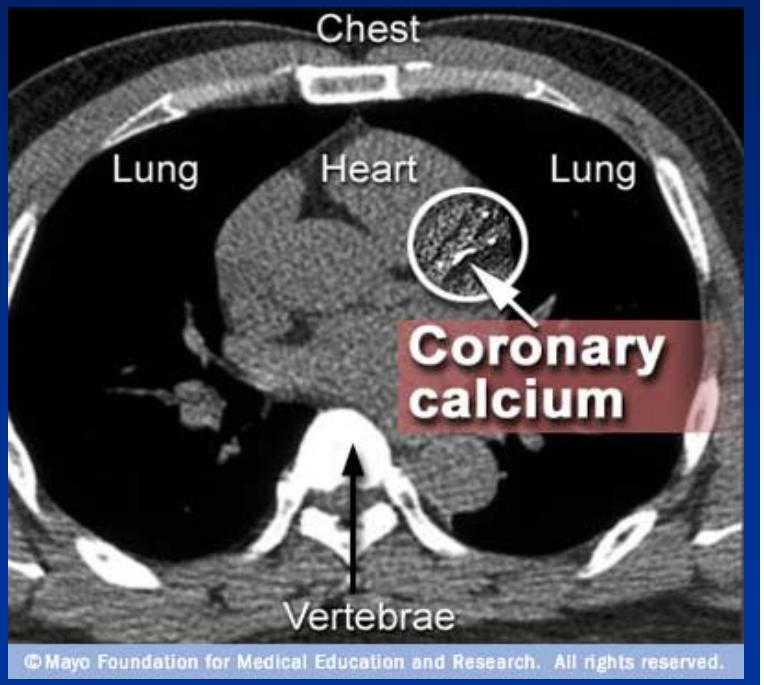
Comorbidités organiques associés à la bipolarité

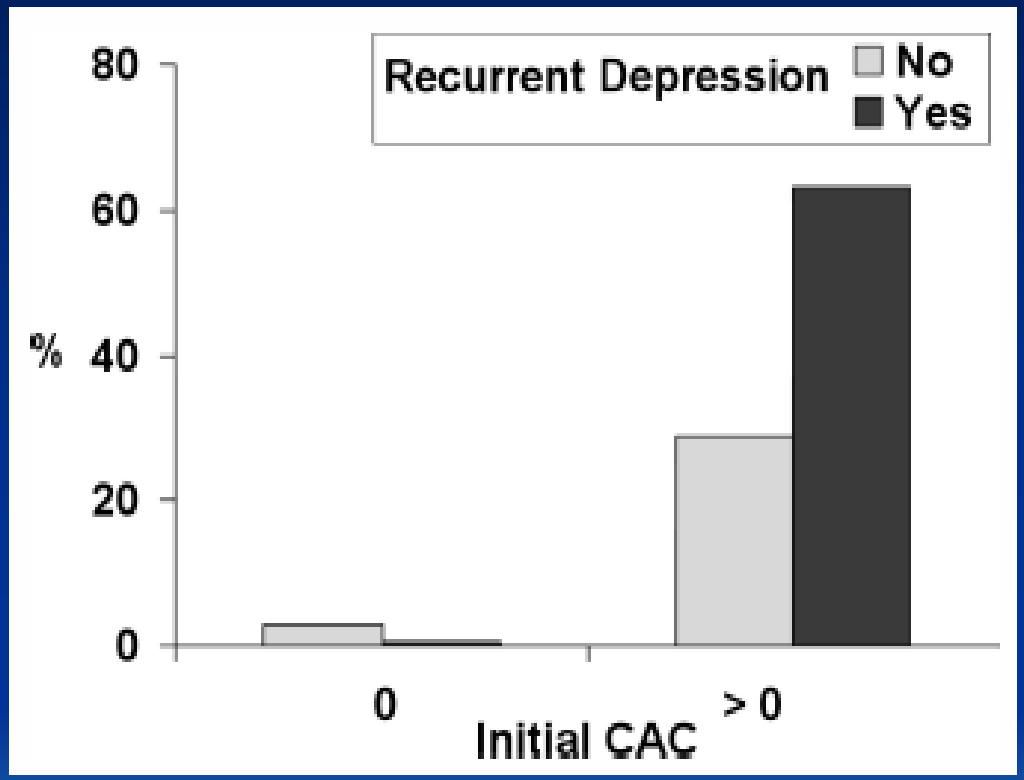


(Kilbourne, 2004)

II. L’impact des troubles de l'humeur sur les comorbidités

La maladie cardiovasculaire chez les patientes dépressives

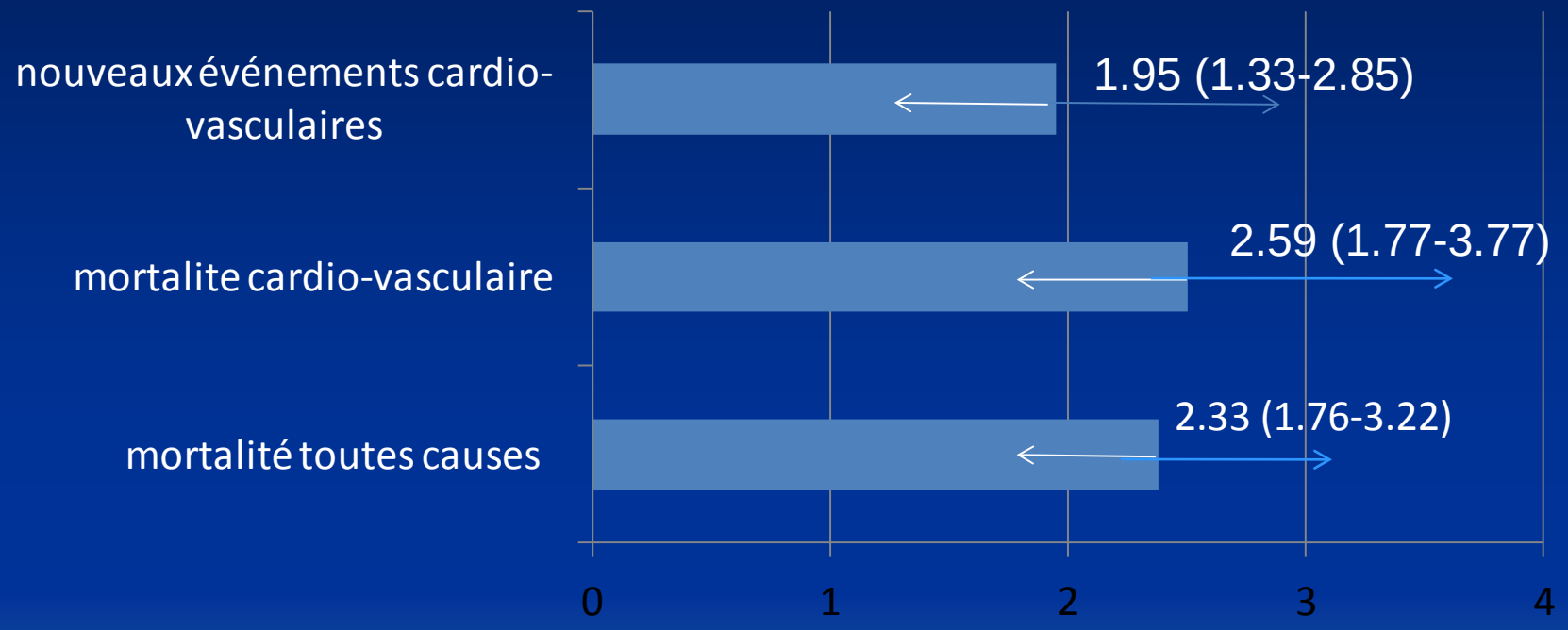




La dépression est associée à la progression de calcification des artères coronaires

(Matthews, 2007)

L'effet de la dépression sur les événements cardiovasculaires et la mortalité cardio-vasculaire



La dépression liée à 2-2,5 d'augmentation du risque de mortalité cardio-vasculaire

(Van melle et al, 2004)

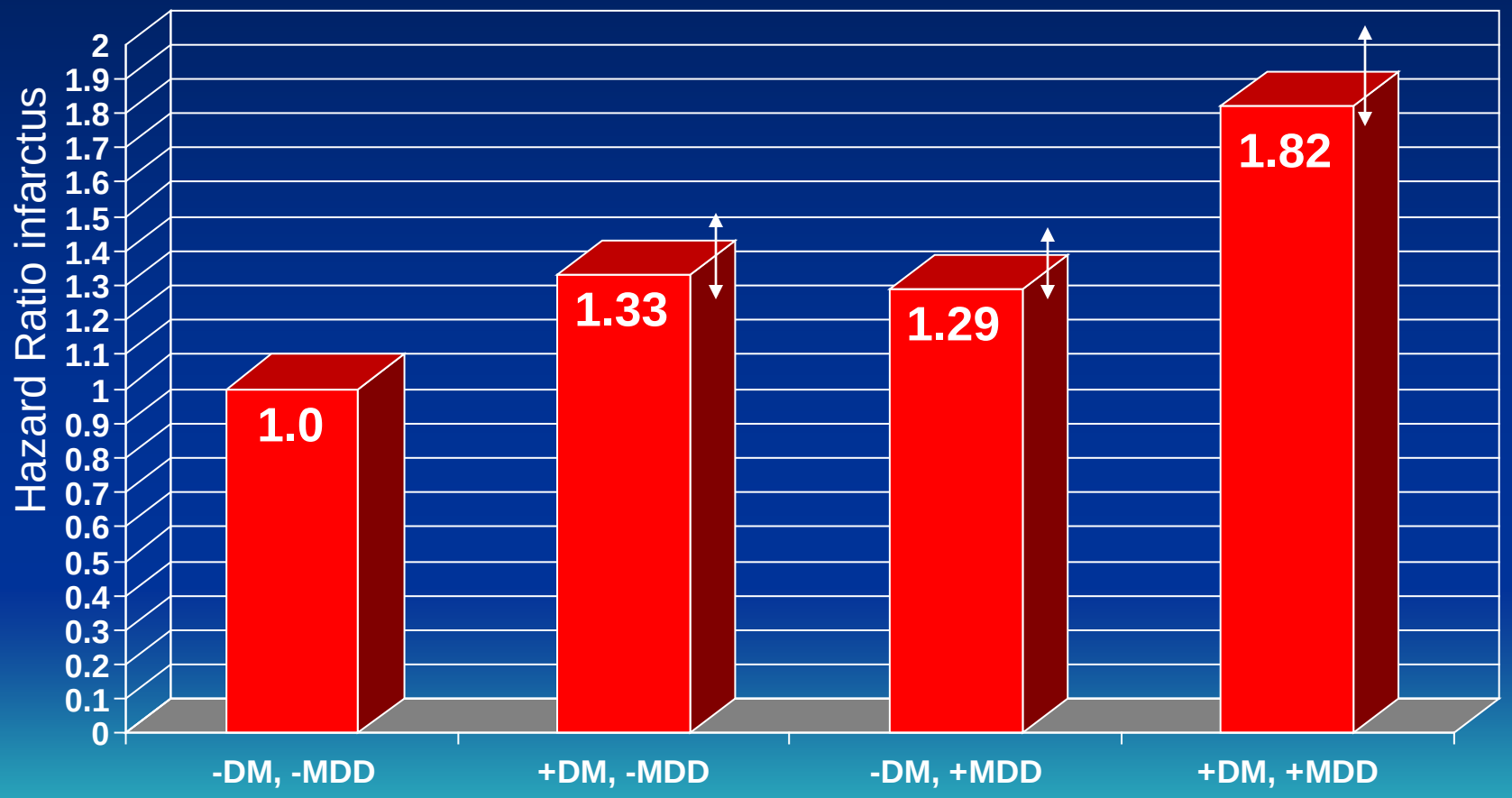
La dépression augmente le risque de complications diabétiques

Covariate adjustment	Microvascular	
	Minor depression	Major depression
Unadjusted	1.54 (1.16–2.03)	1.48 (1.16–1.88)
Adjusted for		
Any prior event*	1.49 (1.13–1.97)	1.47 (1.15–1.87)
Any prior event and demographic characteristics*†	1.48 (1.11–1.95)	1.67 (1.30–2.15)
Any prior event, demographic characteristics, and clinical characteristics*†‡	1.33 (1.00–1.76)	1.38 (1.07–1.77)
Any prior event, demographic characteristics, clinical characteristics, and self-care and diabetes control measures*†‡§	1.31 (0.98–1.74)	1.36 (1.05–1.76)

Risque plus elévé de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation

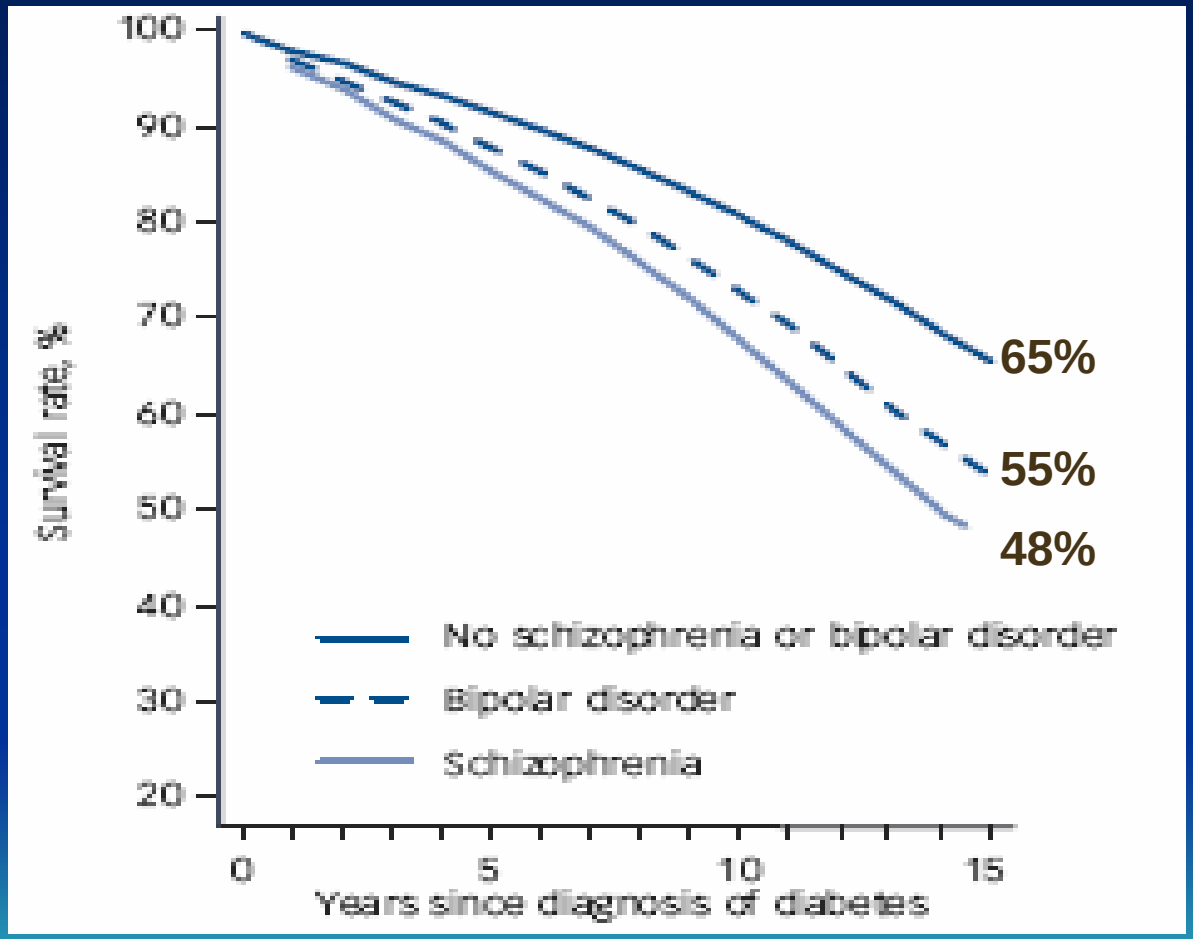
(Lin et al, 2010)

Le diabète chez les patients déprimés: risque plus elévé d'infarctus



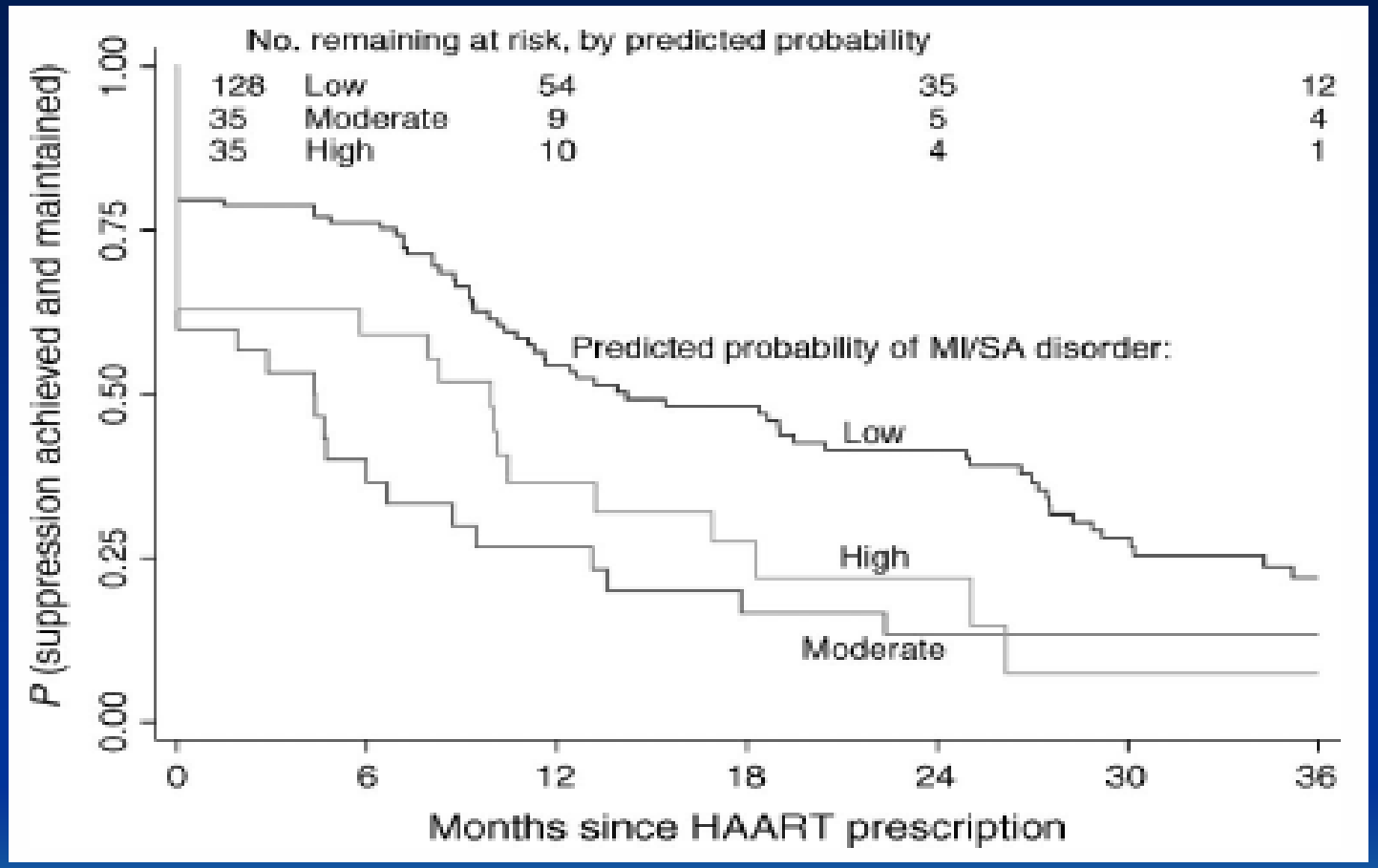
(Scherrer, 2011)

Le diabète chez les bipolaires



(Vilagradova, 2010)

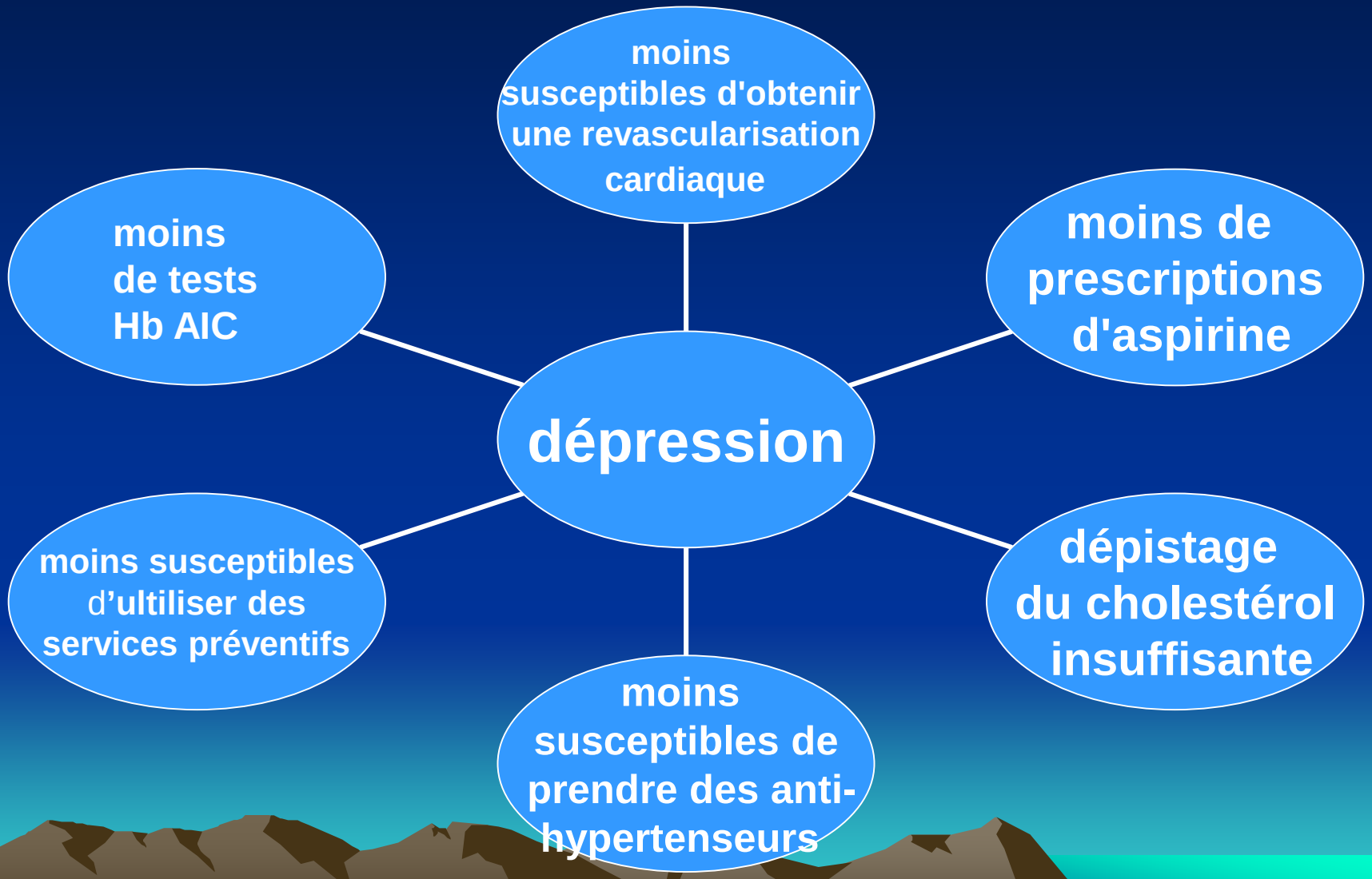
VIH chez les patients déprimés



La dépression est associée à une <u>plus faible</u> réponse aux médicaments antirétroviraux.

(Pence, 2007)

III. La qualité des soins médicaux:
la dépression et les comorbidités médicales



(Druss 2001; Lin 2004; Druss 2000; Kaplowitz 2006,)

IV. L'observance du traitement

L'observance des traitements: Bipolaire

Bipolaire:

- *Faire moins d'exercise*
- *Manger moins de deux repas par jour*
- *Avoir du mal à préparer les repas*
- *Mauvaise observance des médicaments diabétiques ou antirétroviraux*

(;Kilbourne 2007; Gonzalez, 2008)

La dépression et l'autogestion du diabète

L'autogestion du diabète	*Non-déprimé*	*Dépression majeure*	*P value*
nourriture grasse >6 fois/semaine ou moins	11.9%	15.5%	<0.04
Manger sain une fois/semaine ou moins	8.8%	17.2%	<0.0001
tabagisme	7.7%	16.1%	<0.0001
Faire de l'exercise une fois/semaine ou moins	27.3%	44.1%	<0.0001

(Lin, 2004)

Mauvaise observance des médicaments: VIH

- Méta-analyse de 95 études, n = 35,029 participants
- La taille de l'effet était de 0,19 entre la dépression et une mauvaise observance des médicaments.

(Gonzalez, 2012)

Les facteurs d'influence

- La gravité de la dépression:
  - OR=0.51 (0.24-0.78)
- Les symptômes cognitifs de la dépression:
  - OR=0.74 (0.55-0.99)

(n=1,374)

(Wagner 2011)

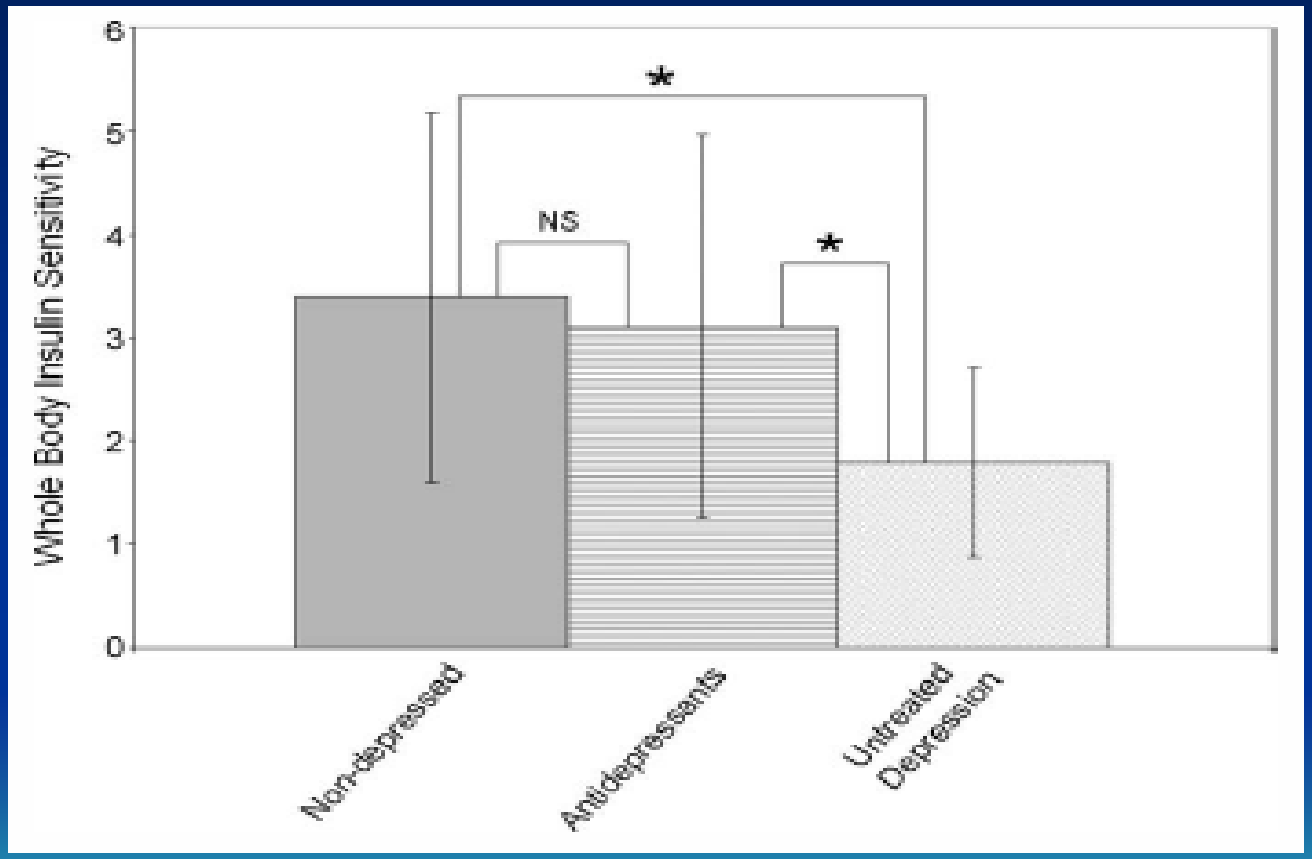
Rôle des antidépresseurs dans l'observance des traitements médicaux

L'utilisation des antidépresseurs	**L'observance du traitement antirétroviral**
Sans antidepresseur	**29.4%** (24.0-34.8)
0%<ADP MPR<50%	42.9% (36.1-49.6)
50%<ADP MPR<80%	37.7% (32.9-43.5)
80%>ADP MPR	**70.1%** (65.6-74.7)

N=1,150

(Akincigil 2011)

L'impact du traitement psychiatrique sur le diabète



(Wagner, 2009)

Cas Clinique: Mary

- Insomnie avec bupropion.
- Elle a cessé de prendre velafaxine après 2 semaines, pensant qu'il n'allait pas faire effet.
- Fluoxetine titré jusqu'à 60 mg l'a aidée et elle commençait à se sentir mieux avec plus d'énergie et plus de motivation. Elle est devenue plus active (faire le ménage, sortir de la maison).
- Elle a commencé à vérifier ses taux de glycémie.
- Elle sortait de la maison pour faire un peu d'exercise. Elle se sociabilise davantage.

Cas Clinique: Mary

- Même si elle allait mieux, son diabéte était encore difficile à contrôler. **Hb AIC=9.2%.** Elle a commencé à prendre ses médicaments diabétiques de façon plus régulière.
- Elle a véçu une enfance difficile au cours de laquelle elle a été abusée par un oncle. Elle se sentait honteuse et coupable. On a parlé souvent de ses expériences et l'effet négatif sur son estime de soi.
- Après des années d'encouragement, elle a commencé enfin à voir un psychothérapeute.
- Lentement, elle se sentait plus capable de manger moins de sucrerie et moins de gras. Elle voulait voir une diététicienne. AIC hémoglobine 9 mois plus tard=7.4%.

Conclusion

- Depression est associé a des comorbidités organiques.
- La dépression a une mauvaise impact sur les comorbidités organiques.
- L’observance des traitements est souvent mauvaise.
- Il faut s'assurer que la dépression est traitée de façon optimale