

L'omnipraticien et les troubles de l'humeur à l'adolescence

4

par François Maranda

Charles vient d'être suspendu de l'école pour quelques jours en raison de problèmes de discipline. Ses parents se sont séparés depuis peu de temps. Toutefois, ils sont inquiets du comportement de leur fils et ont pris rendez-vous pour lui, car ils s'interrogent sur ce qui ne va pas.

Vous voyez d'abord Charles pour un examen physique à l'occasion duquel vous ne décelez rien de particulier, mais, en interrogeant ce garçon de 16 ans, vous décelez de nombreux symptômes vous orientant vers un tableau dépressif. Vous demandez un bilan de base pour éliminer un trouble organique. Comment décider s'il s'agit d'un épisode de dépression majeure, d'un épisode dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire ou d'un trouble d'adaptation avec humeur dépressive ?

PRATIQUEMENT NIÉE il y a à peine 20 ans, la dépression à l'adolescence est de plus en plus reconnue. Face à une entrave au fonctionnement de l'adolescent qui le consulte, le généraliste est de plus en plus souvent forcé de constater une possible dépression. Plusieurs généralistes proposent maintenant une prise en charge et un traitement psychopharmacologique à l'adolescent « déprimé ». Il faut saluer cette conscientisation médicale face à un problème fréquent, invalidant et responsable d'une importante morbidité : suicide, toxicomanie, décrochage scolaire, etc.

Malheureusement, la « dépression majeure » à l'adolescence regroupe différents problèmes :

- le trouble d'adaptation ;
- la dépression majeure unipolaire ;
- la dépression bipolaire.

Le Dr François Maranda, psychiatre, est chef du service de psychiatrie des adolescents de l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal, et professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal.

Il est souvent difficile, même pour le psychiatre, de faire la distinction entre le trouble d'adaptation et la dépression majeure lors d'une première rencontre. Comme l'adolescent est très sensible aux événements et qu'il est « suggestible », sa réponse au placebo peut conforter le médecin dans sa perception de l'efficacité de la médication.

Près de la moitié des adolescents souffrant de dépression majeure évolueront vers la maniaque-dépression (dépression bipolaire). Enfin, l'utilisation des antidépresseurs peut induire des effets iatrogènes, comme une maladie affective à cycles rapides ou une manie résistante au lithium. Quand et quoi prescrire deviennent donc des questions à clarifier.

Comment s'y retrouver ?

Les symptômes évoquant la dépression ou la manie demeurent valides pour ce groupe d'âge (*tableaux I et II*). Souvent, l'adolescent est cependant plus irritable et moins ralenti que l'adulte.

L'adolescent déprimé qui consulte son généraliste en est, le plus souvent, à son premier épisode. Ses antécédents

55

Comme l'adolescent est très sensible aux événements et qu'il est « suggestible », sa réponse au placebo peut conforter le médecin dans sa perception de l'efficacité de la médication.

T A B L E A U I

Symptômes évoquant la dépression

- Changement de l'humeur (tristesse, irritabilité) ou désintérêt pour des activités usuelles
- Insomnie (ou hypersomnie)
- Perte de l'estime de soi, autodestruction
- Fatigue
- Difficulté de concentration, indécision
- Changement de l'appétit avec ou sans changement de poids
- Ralentissement ou agitation psychomotrice
- Ruminations suicidaires

T A B L E A U II

Symptômes évoquant la manie

- Changement de l'humeur (exaltation, irritabilité)
- Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- Réduction du besoin de dormir
- Plus grande communicabilité ou désir de parler continuellement
- Fuite des idées
- Distractivité
- Agitation psychomotrice ou augmentation des activités dirigées (sociales, professionnelles, scolaires ou sexuelles)
- Engagement excessif dans des activités agréables, mais potentiellement dangereuses

personnels jouent donc un rôle moins important dans l'émergence du problème. Comme il a déjà été mentionné en introduction, l'adolescent est très sensible aux événements et il peut présenter un tableau « dépressif », par exemple, lors d'une impasse amoureuse. Le diagnostic différentiel entre le trouble d'adaptation et la dépression majeure est alors bien difficile à établir. De fait, plusieurs adolescents hospitalisés dans notre service en raison d'une « dépression majeure » guérissent spontanément, sans intervention pharmacologique, et ce, durant les premiers jours de l'hospitalisation. Pour ces raisons, nous conseillons à l'omnipraticien, une fois qu'il a évalué la dangerosité de la situation de son patient, de compléter l'évaluation en convoquant l'adolescent et ses parents à un rendez-vous ultérieur, de préférence durant la même semaine. Revoir l'adolescent avec ses parents permettra d'objectiver, de clarifier

et de compléter l'évaluation. Nous résumons au *tableau III* les sujets à investiguer durant cette rencontre.

L'évaluation et l'évolution des derniers jours devraient permettre à l'omnipraticien de s'orienter vers un trouble d'adaptation ou de confirmer le diagnostic de dépression majeure.

Le soutien, la prise en charge, l'aide à la famille, l'amélioration de l'hygiène de vie et la psychothérapie sont autant d'interventions possibles à proposer à l'adolescent aux prises avec des problèmes existentiels paralysants.

Quant à la dépression majeure, quoique la psychothérapie cognitive ait démontré son efficacité dans la dépression majeure de faible intensité, l'utilisation d'une médication appropriée devient pratiquement incontournable. Comme nous l'avons déjà mentionné, près de la moitié des adolescents déprimés souffrent d'une dépression bi-

Souvent l'adolescent est cependant plus irritable et moins ralenti que l'adulte. L'adolescent déprimé qui consulte son généraliste en est, le plus souvent, à son premier épisode, et ses antécédents personnels jouent donc un rôle moins important dans l'émergence du problème. L'adolescent est très sensible aux événements. Il peut présenter un tableau « dépressif », par exemple, lors d'une impasse amoureuse. Le diagnostic différentiel entre le trouble d'adaptation et la dépression majeure est alors bien difficile à établir.

Près de la moitié des adolescents déprimés souffrent d'une dépression bipolaire.

T A B L E A U III

Les axes du questionnaire à remplir avec les parents

Rencontre avec les parents

- Recherche des symptômes dépressifs (les dater)
- Rupture du fonctionnement vs chronicité des difficultés
- Éléments contextuels : symptomatologie liée à des événements, conflits à la maison, pertes, ruptures amoureuses, etc.
- Fonctionnement scolaire : changement du fonctionnement cognitif, changement dans les relations avec les autres (tendance à s'isoler vs incapacité de rester seul par exemple), changement dans les relations avec les professeurs (insolence, irritabilité, etc.)
- Antécédents psychiatriques :
 - Personnels : périodes de rupture du fonctionnement dans le passé, antécédents de troubles du comportement, présence d'un autre désordre psychiatrique (troubles obsessionnels compulsifs, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, syndrome de Gilles de la Tourette, etc.)
 - Familiaux : troubles bipolaires, suicide, alcoolisme, dépression, troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, etc.
- Hygiène de vie : consommation de substances, horaire de vie, fonctionnement social et sportif, etc.
- Histoire du développement
- Tempérament durant l'enfance :
 - Acquisitions (langage, motricité, relations avec les pairs, par exemple)
 - Anxiété de séparation, par exemple.

polaire. Nous énumérons au *tableau IV* les indices de bipolarité à rechercher. Notons que le traitement pharmacologique sera passablement différent, et que l'utilisation des antidépresseurs, sans la protection conférée par un thymorégulateur, en cas de dépression bipolaire, peut compliquer la prise en charge de ces patients (voir traitement). L'adolescent déprimé psychotique et (ou) suicidaire devrait être hospitalisé. Lorsqu'il soupçonne une dépression bipolaire, l'omnipraticien devrait avoir accès à une consultation psychiatrique.

T A B L E A U IV

Indices de bipolarité

- Antécédents familiaux de troubles bipolaires
- Âge précoce de l'apparition de l'épisode dépressif
- Présence de symptômes psychotiques
- Antécédents de cyclothymie ou de dépression atypique
- Dépression récurrente (> 3 épisodes)
- Mauvaise réponse aux antidépresseurs (> 3)
- Brièveté de l'épisode (< 3 mois)
- Réponse initiale (à l'antidépresseur) qui s'épuise
- Personnalité hyperthymique

Traitement psychopharmacologique de la dépression majeure à l'adolescence

Avant d'entreprendre un traitement pharmacologique, le médecin obtiendra le consentement éclairé de l'adolescent et, dans la mesure du possible, de ses parents. À notre avis, pour que le consentement soit « éclairé », le médecin devrait expliquer les symptômes ciblés par la médication, le temps de réponse, les principaux effets secondaires, ainsi que la réponse initiale au traitement, qui est souvent en « dents de scie ».

L'engagement des parents dans le suivi pharmacologique semble essentiel. L'adolescent ne prend habituellement pas sa médication si ses parents ne sont pas convaincus des avantages liés à ce type de traitement. La surveillance quotidienne de la posologie permet d'éviter de fournir au patient un moyen efficace de mener à bien un éventuel projet de suicide. De plus, il convient d'expliquer à l'adolescent et à sa famille que l'utilisation de la fluoxétine ou de la paroxétine peut augmenter les risques d'un passage à l'acte suicidaire durant la première phase du traitement (syndrome sérotoninergique probable) – voir l'article *Pas de Paxil pour les enfants*, page 111.

La disponibilité du médecin est une condition *sine qua non*. L'adolescent et ses parents devraient pouvoir contacter leur médecin en cas de besoin. L'adolescent est souvent plus sensible aux effets secondaires sérotoninergiques, et la dose initiale proposée sera plus faible que chez l'adulte (fluoxétine à 10 mg, le matin, par exemple). Par ailleurs, la dose thérapeutique efficace est souvent plus importante que chez l'adulte, et le médecin devra éviter une dose sous-

Traitement psychopharmacologique de la dépression majeure à l'adolescence

Dépression unipolaire

ISRS (fluoxétine)

- Commencer par une faible dose (fluoxétine à 10 mg, le matin, par exemple)

Réponse positive

Continuer le traitement pendant 6 à 12 mois

Réponse négative

- Prise régulière ?
- Dose suffisante ?
- Ajout de lithium à 300 mg 3 f.p.j. vs changement de ISRS

Dépression bipolaire

Commencer par un thymorégulateur (lithium, acide valproïque, carbamazépine)

- Le lithium demeure la référence
- Lithémie visée : de 0,8 à 1,2 mmol/L
- Ajout d'un ISRS (fluoxétine)
- Dose cible : de 30 à 40 mg/jour

Réponse positive

- ISRS de 3 à 6 mois
- Lithium durant 12 mois

Réponse négative

- Consultation en psychiatrie vs lamotrigine (Lamictal®)
 - Débuter par une dose de 25 mg 2 f.p.j.
 - Augmenter de 25 mg/jour par semaine
 - Dose cible : de 200 à 400 mg/jour
 - Attention au syndrome de Stevens-Johnson
 - Éviter l'association avec l'acide valproïque.

optimale (dose cible de la fluoxétine, de 30 mg à 40 mg par jour).

La rigueur médicale dans la démarche pharmacologique est donc primordiale. Nous résumons au *tableau V* la démarche pharmacologique à proposer, tant pour la dépression majeure unipolaire que pour la dépression bipolaire. Enfin, la prophylaxie devrait être discutée, dans un deuxième temps, avec l'adolescent et avec ses parents. Nous la recommandons lorsque l'épisode dépressif a été très invalidant, lorsque l'adolescent a été activement suicidaire durant l'épisode, et lorsque la diathèse familiale quant au suicide est positive.

La poursuite de la prise du thymorégulateur utilisé durant la phase aiguë de la maladie, à la même dose, diminuera les risques de rechute chez l'adolescent souffrant d'une dépression bipolaire, alors que le maintien des ISRS, toujours à la même posologie, en fera de même chez l'adolescent souffrant de dépression unipolaire.

LES MALADIES AFFECTIVES existent à l'adolescence et elles sont associées, chez ce groupe d'âge, à une importante morbidité et à plus de la moitié des suicides réussis. Le dépistage précoce de ces maladies invalidantes devrait donc être

une priorité, et il ne fait pas de doute que l'omnipraticien a ici un rôle essentiel à jouer.

Le Collège des médecins a, à cette fin, organisé un atelier accessible à ses membres et qui s'intitule *L'ado qui déprime*. Un deuxième atelier, portant cette fois-ci sur les modes d'intervention thérapeutique auprès de ces adolescents et de leur famille, sera prochainement disponible dans le but d'aider les médecins intéressés à jouer un véritable rôle de « première ligne » auprès de cette clientèle. ☞

Date de réception : 30 avril 2003.

Date d'acceptation : 6 juin 2003.

Mots clés : Dépression, dépression bipolaire, adolescence.

Lectures suggérées

1. Bezchlibnyk-Butler K, Jeffries J. *Antidepressants. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*, 12^e éd. Hogrefe & Huber, éd. 2002 : 2-59.
2. Ghaemi N. "Cade's disease" and beyond. *Can J Psychiatry* 2002 ; 47 (2) : 125-35.
3. Janicak P. *Treatment with Mood Stabilizers. Principles and Practice of Psychopharmacotherapy*. Wilkins & Wilkins, 1993 : 341-404.
4. Kennedy, et al. Pharmacothérapie et autres traitements biologiques. *Can J Psychiatry* 2001 ; 46 : 41-69.
5. Nathan P, Gorman J. Pharmacological Treatments of Bipolar Disorders.

Réservez tôt !



Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000,
Montréal (Québec) H3G 1R8
Téléphone : (514) 878-1911 — 1 800 361-8499
Télécopieur : (514) 878-4455
Courriel : fmc@fmoq.org

S U M M A R Y

The General practitioner and the teenager with mood disorders. Mood disorders, major depression and bipolar disorder are associated with an important morbidity and more than half of completed suicide among young people. General physician may play a key role with those teenagers who often consult him for different reasons. This article should help the general practitioner to establish the differential diagnosis and provide guidelines for the proper treatments.

Key words: major depression, bipolar disorder, adolescence.

A Guide to Treatments that Work. Oxford: University Press 1998 : 249-69.

6. Collège des médecins du Québec. *Le médecin et l'ado qui déprime*. Atelier sur la reconnaissance de la dépression à l'adolescence, 2000.
7. Collège des médecins du Québec. *Le suivi et le traitement de l'ado qui déprime*. Atelier sur le suivi et le traitement de l'adolescent déprimé, été 2003.

Fait n°11 sur la SP

Deux fois plus de femmes que d'hommes sont atteints de sclérose en plaques.

Société canadienne de la
Sclérose en Plaques

1-800-268-7582