

Place des Antidépresseurs au Cours d'Un Syndrome Délirant

Herilanja RATOBIMANANKASINA, Jockman RAZAFILISY, Evah RAOBELLE, Jean de la Croix
RASOLONJATOVO, Adeline RAHARIVELO, Bertille RAJAONARISON

Faculté de Médecine, Université d'Antananarivo,
Madagascar



Résumé – L'adjonction d'un traitement par antidépresseur chez un patient cliniquement en plein état d'agitation délirante est à risque, voire contradictoire, par crainte d'un virage maniaque, d'un risque suicidaire ou d'une majoration des agitations psychomotrices préexistantes.

Les objectifs de l'étude sont premièrement de démontrer, à travers l'analyse de 2 observations cliniques de 2 patientes du Service de Psychiatrie de Toamasina Madagascar, l'existence chez la race noire, des cas d'états dépressifs sévères, manifestés et masqués au premier plan par des états délirants de persécution, faisant finalement évoquer après réévaluation diagnostique, le tableau de mélancolie délirante, classée dans les états dépressifs avec manifestations psychotiques selon le DSM-5. Et secondairement, de démontrer à travers un essai thérapeutique l'efficacité symptomatologique du rajout d'antidépresseur tricyclique à l'antipsychotique incisif dans de tel cas clinique.

Toutefois, une surveillance clinique stricte s'impose, afin d'éviter les risques de virage thymique.

Mots Clés – Dépression, délire, antidépresseur, neuroleptiques, Madagascar

Abstract – Adding antidepressant treatment in a patient clinically in a state of delusional restlessness seems at risk, even contradictory, because of risk of a manic turn, suicide attempt or increase of aggressivity.

The objectives of the study are firstly to demonstrate, through the analysis of 2 clinical observations of 2 patients of the Psychiatry Service of Toamasina Madagascar, the existence in the black race, of cases of severe depressive states, manifested and masked, in the foreground by delusional states of persecution, finally evoking after diagnostic reassessment, the state of delusional melancholy, classified as depressive states with psychotic manifestations according to DSM-5. And secondly, to demonstrate, through a therapeutic trial, the clinical efficacy of adding tricyclic antidepressant to the incisor antipsychotic in such clinical cases.

However, strict monitoring is required in order to avoid the risk of thymic change.

Keywords – Delusion, depression, antidepressant, neuroleptics, Madagascar.

I. INTRODUCTION

L'adjonction d'un traitement par antidépresseur chez un patient cliniquement en plein état d'agitation délirante est à risque voire contradictoire. Celle-ci est généralement d'usage restreint en Psychiatrie conventionnelle, par crainte d'un virage maniaque ou d'une majoration des agitations psychomotrices préexistantes.

Pendant, un essai thérapeutique de rajout d'antidépresseur tricyclique, chez deux patientes très souffrantes, étant donné l'insuffisance de réponse thérapeutique sous neuroleptiques antidélirants prescrits de façon adaptée, paraît obtenir un résultat clinique favorable au bout de 2 semaines d'observation. Le diagnostic de mélancolie délirante a été retenu.

Les objectifs de l'étude sont premièrement de démontrer, à travers l'analyse de 2 observations cliniques des 2 patientes dans le Service de Psychiatrie de Toamasina Madagascar, l'existence chez la race noire, des cas d'états dépressifs sévères, manifestés et masqués au premier plan par des états délirants de persécution. Ces états dépressifs ne sont pourtant pas s'inscrire dans le cadre d'une complication du cours de l'évolution d'une schizophrénie ni d'autres psychoses. Secondairement, de démontrer à travers un essai thérapeutique l'efficacité du rajout d'antidépresseur tricyclique à l'antipsychotique incisif en cours, uniquement dans des tels cas.

Observation 1.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, bachelière, mère célibataire, issue d'une fratrie de 7 et sans antécédent psychiatrique notable; se présentait avec un syndrome délirant non systématisé à thème de persécution et mystique, de mécanisme interprétatif, intuitif et imaginatif avec adhésion totale et congruent à l'humeur, associé à une insomnie totale sans fatigue et un état d'agitation psychomotrice, le tout évoluant à la suite des successions d'événements de vie traumatisants : décès de son frère tué par arme à feu quelques jours avant son admission ; rupture sentimentale avec le père de son enfant suivi des menaces téléphoniques quelques temps avant le début du trouble.

L'examen physique et paraclinique réalisés au service des urgences étaient sans particularités.

En plus des éléments cliniques susmentionnés, la patiente avait présenté une anosognosie, une tristesse de l'humeur, une auto dévalorisation de soi, une idée d'incurabilité, une difficulté de concentration, un état anxieux et un refus alimentaire rentrant dans le cadre d'une persécution.

La patiente avait été mise sous neuroleptique incisif (Halopéridol), neuroleptique sédatif (Lévomépromazine) et un thymorégulateur (Carbamazépine) avec des posologies jugées adaptées.

Au bout de 2 semaines d'hospitalisation, aucune amélioration clinique n'avait été constatée et le traitement a été réévalué.

L'arrêt de neuroleptique sédatif et du thymorégulateur, le maintien du neuroleptique incisif sous sa forme à libération prolongée (Halopéridol Décanoate) et l'introduction d'un antidépresseur (Clomipramine) à dose minimale efficace avaient permis une évolution favorable : euthymie, amendement des symptomatologies délirantes et de l'insomnie.

Un retour à domicile avec des suivis rapprochés est autorisé 7 jours après la modification thérapeutique.

Observation 2.

Il s'agit de Madame S, 42 ans, mariée, mère de 3 enfants, issue d'une fratrie de 6, dirigeante d'une église, traitée régulièrement en ambulatoire depuis deux ans, par de neuroleptique incisif pour trouble délirant. Un antécédent de tableau schizophrénique était relevé du grand-père paternel.

En effet, le délire, au début en secteur, à thème mystico-religieuse, se présentait comme des irruptions soudaines dans les pensées des voix étranges au cours de la prière et au moment de la pratique d'actes de délivrance religieuse de ses fidèles.

Les voix se décrivaient être vindicatives et imposantes, faisant ainsi révéler le caractère non-concordant d'avec les Saintes-Écritures.

La patiente paraissait être de plus en plus persécutée en interprétant les propos de ses propres fidèles suspicieux comme des enquêtes policières.

La patiente rapportait éprouver d'importante angoisse suivie d'insomnie totale.

Par la suite, s'étendant en réseau, le délire se décrivait comme une croyance de l'infidélité du mari qui serait irrationnellement incriminé coucher avec quelques milliers de prostituées. La patiente rapportait ensuite l'existence de fantôme dit "Angatra" qui hanterait mais qui aurait finalement habité l'intérieur de la patiente.

Le traitement instauré était à base de neuroleptique anti délirant, conduit à dose jugée suffisante et adaptée (Halopéridol per os, relayé avec la forme LP de 50mg/mois puis 100mg/mois) avec une observance thérapeutique 2 ans durant.

Cependant, l'évolution clinique restait stagnée voire s'assombrit.

"Vous ne me croyez guère quand je vous raconte l'existence de fantômes qui me rongent et me dévorent. Croyez-vous que des médicaments puissent les faire partir ? Arrêtez vos plaisanteries et arnaques !" Disait-elle.

Les propos décrivaient de plus en plus, avec un ton agité, de désespoir, d'âme jetée en enfer" et des scènes d'horreur apocalyptique de fin de vie, à laquelle, la patiente ne croyait plus en une possibilité de guérison.

Une perte progressive de l'élan vital, un ralentissement moteur, de l'inertie, de l'abandon de la coiffure et des hygiènes avaient été constatés. La recherche de la mort par auto-culpabilité et le refus des moyens de vivre venaient rajouter au tableau clinique.

L'introduction d'un antidépresseur tricyclique (Clomipramine 25mg/jour) en co-prescription de l'antipsychotique en cours avait rapidement et significativement amélioré le tableau clinique dès la deuxième semaine.

La famille décrivait ne l'avoir pas connue ainsi depuis bien des années.

II. DISCUSSIONS

Épidémiologie

Selon l'étude de Ohayon MM et Schatzberg [1], la prévalence de la dépression délirante est de l'ordre de 0,4% dans la population générale. Dans le service de Psychiatrie de Toamasina Madagascar, les deux observations témoignent l'existence mais pas l'envergure épidémiologique.

Diagnostic différentiel

La frontière diagnostique entre symptômes psychotiques d'une dépression délirante qui est habituellement épisodique selon le DSM-5 [2], contrairement à ceux d'une schizophrénie dysthymique chronique est assez proche.

Cependant, l'absence d'éléments dissociatifs franches dans les observations fait éliminer la schizophrénie. L'évolution en dira un peu plus.

Toutefois, l'état dépressif pourrait compliquer le cours évolutif de la schizophrénie et des délires chroniques.

Diagnostic positif

D'après les observations, les patientes persécutées ne s'étaient aucunement transformées en persécutrices, malgré leur souffrance morale. Elles n'avaient manifesté aucune hétéro-agressivité. Elles restaient constamment en position de "subir".

Ce qui constitue alors un des signes pathognomoniques d'une dépression délirante, selon la littérature [3].

Par ailleurs, les observations rejoignent les études de Bertschy G et al. [4], selon lesquelles, les idées de persécution sont fréquentes chez les patients dépressifs qui ont grandi dans le cadre d'une culture africaine noire traditionnelle.

Selon la littérature [5], les idées de culpabilité et de dévalorisation, comme rapportées dans les deux observations, sont considérées comme congruentes à l'humeur, posant ainsi le diagnostic positif d'une mélancolie délirante dans sa forme authentique.

Par contre, les idées de persécution et d'influence, surtout objectivées dans la deuxième observation, sont considérées comme non congruentes à l'humeur posant ainsi le diagnostic d'un état dépressif à manifestation psychotique selon le DSM-5 [2].

Presque tous les caractéristiques des délires mélancoliques selon Henri Ey [6] sont retrouvés dans les observations à savoir entre autres: la tonalité affective pénible, le délire monotone de même crainte, l'extension progressive vers l'entourage et à l'ambiance, le délire du passé et du futur mais pas du présent.

Hypothèse étiologique

Les deux observations permettent de souligner la fréquence du caractère masqué du tableau clinique de l'état dépressif à Madagascar, dans la race noire et surtout dans un climat tropical sec et chaud comme au province de Toamasina.

Ainsi, dans les statistiques nationaux, l'état dépressif pourrait être sous-diagnostiqué contrairement aux troubles délirants, du fait d'un tel biais.

Les observations justifient l'influence des saisons et de la culture par rapport à l'aspect clinique de l'état dépressif.

Ainsi, l'hypothèse d'une modification d'apparence des signes cliniques d'un état dépressif caractérisé, dans le sens d'une prépondérance des masques délirants au premier abord, suite probablement à une constante exposition à de la température tropicale élevée, pourraient être formulée et devrait être vérifiée par des études comparatives plus approfondies.

Réflexion thérapeutique

D'un côté, la non disponibilité de la majorité des neuroleptiques atypiques dans des pays en développement comme Madagascar pénalise les patients à ne pas recevoir les mêmes droits de soins que ceux traités dans des pays développés.

Néanmoins, de l'autre côté, celle-ci a permis aux praticiens d'avoir un temps capital d'observation des réelles capacités thérapeutiques des anciennes molécules.

Quoiqu'il en soit, la suprématie de l'efficacité thérapeutique de l'association antidépresseur-neuroleptique versus monothérapie par neuroleptiques dans les cas précis de dépression délirante a été bien documentée dans des récentes études en double aveugle [7].

Par ailleurs, dans de tel cas, selon les recommandations de l'American Psychiatric Association [8], la prescription de la clomipramine semble plus efficace que les autres classes d'antidépresseur (RR = 2,36; 1,32-4,23).

III. CONCLUSION

Même si la tendance internationale actuelle ne précise pas de consensus de critère de choix des molécules pour traiter les états dépressifs à manifestation psychotique ou mélancolie délirante, l'essai thérapeutique d'une association antidépresseur-antipsychotique incisif pourrait apporter un confort symptomatologique rapide des patients. Néanmoins, une surveillance stricte s'impose pour éviter les risques de virage maniaque d'un tel essai clinique.

RÉFÉRENCES

- [1] Ohayon MM, Schatzberg AF "Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population" *Am J Psychiatry*, 2002. 159: 1855–1861.
- [2] American Psychiatric Association "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" Fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013.
- [3] Artaud A. Lettre au Dr Allendy (30 novembre 1927). In: Œuvres complètes (tome I). Paris: Gallimard; 1977. p. 297–301.
- [4] Bertschy G, Viel JF, Ahyi RG. Depression in Benin : An assessment using the comprehensive psychopathological rating scale and the principal component analysis. *J Affect Disord* 1992;25:173-80.
- [5] Baylé FJ, Lançon C, Llorca PM « Dépressions sévères, difficiles et résistantes: aspects cliniques et thérapeutiques » *Annales Médico-psychologiques*, 2002 • 160, Issue 7, 475-482.
- [6] Ey H. Étude psychiatrique no 22 « La mélancolie ». In: Études psychiatriques (tome III). Paris: Desclée de Brouwer; 1954; 117–200.
- [7] Meyers BS, Flint AJ, Rothschild AJ, et al "A double-blind randomized controlled trial of olanzapine plus sertraline vs olanzapine plus placebo for psychotic depression: the Study Of Pharmacotherapy of Psychotic Depression (STOP-PD)" *Arch Gen Psychiatry*, 2009. 66:838–847
- [8] American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major