

14<sup>ème</sup>  
CONGRÈS  
de la  
**Société de  
Gérontologie  
de Bordeaux et  
du Sud-Ouest**



“ QUAND LES VIEILLES  
ARTÈRES S'EN MÊLENT



**12 & 13  
sept. 2024**

**PESSAC**  
Institut des Métiers  
de la Santé

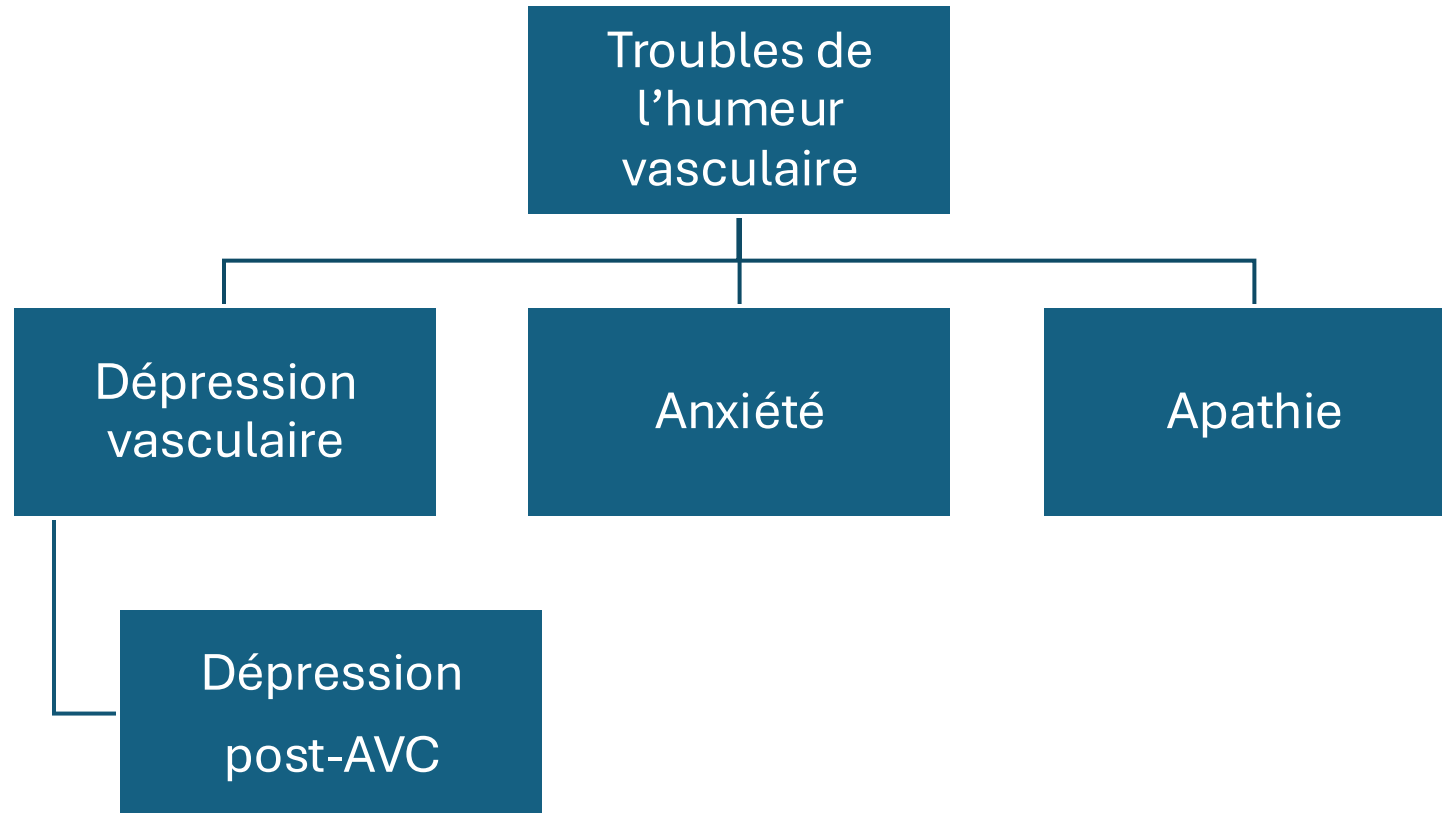


# Dépression vasculaire

**Dr Antoine Daubigney, neurologue**  
**Dr Julie Bernard, psychiatre**  
**Equipe Mobile de Neuropsychiatrie - EMNP**

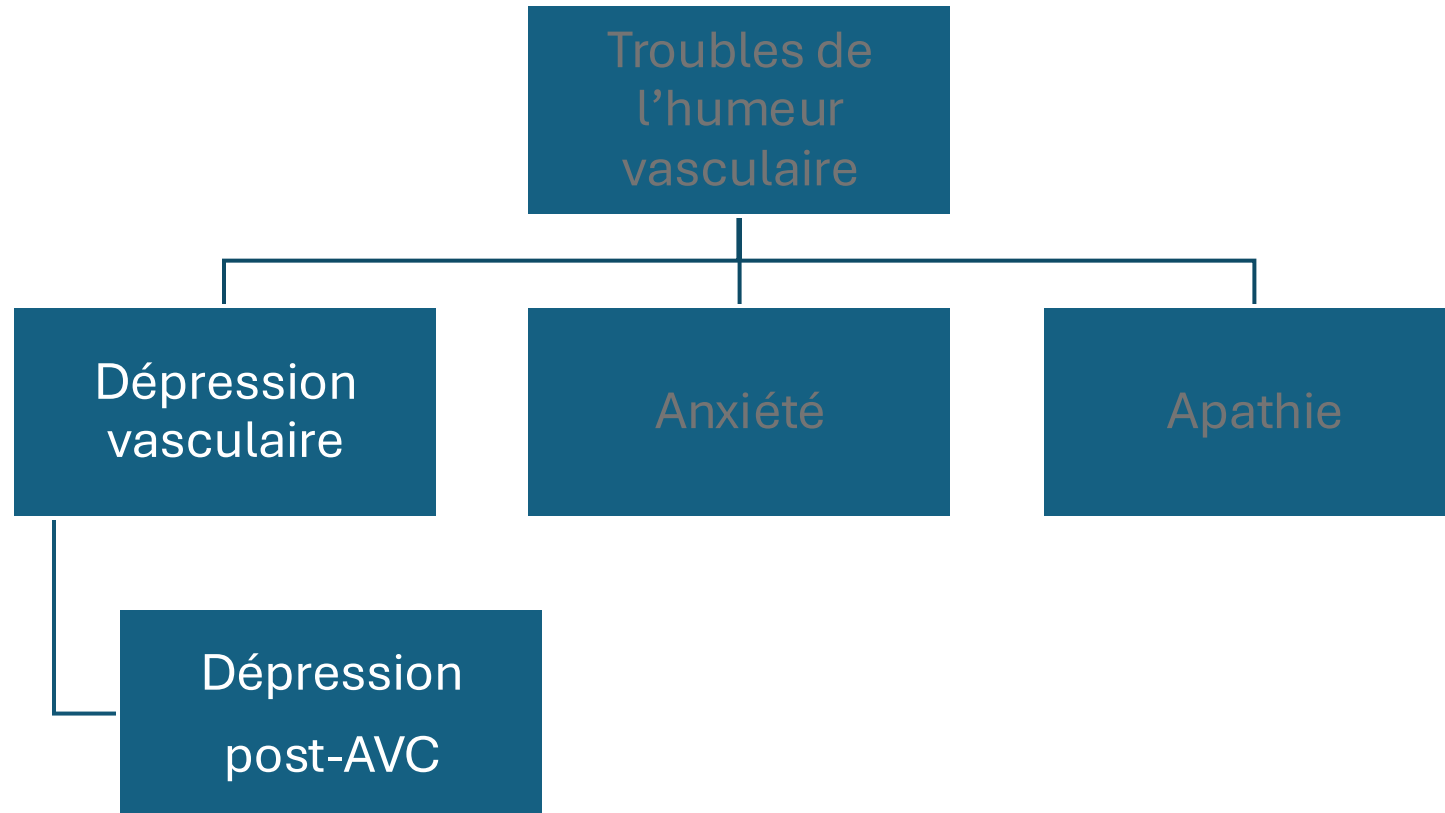


# Cadre nosographique





# Cadre nosographique





# Dépression à début tardif

- Prévalence: 0.9% à 42%
  - 7,2-42% symptômes dépressifs
- > 60 ans (50-65 ans)
- Peu d'ATCD psychiatriques
- Associée
  - AVC
  - Déclin cognitif (troubles exécutifs) : 32% des cas
  - Résistance aux traitements

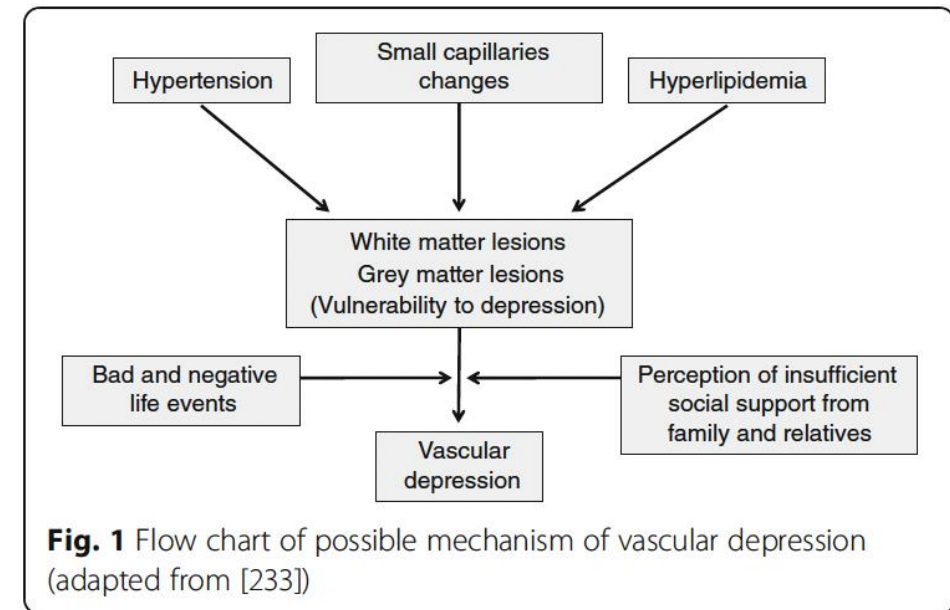
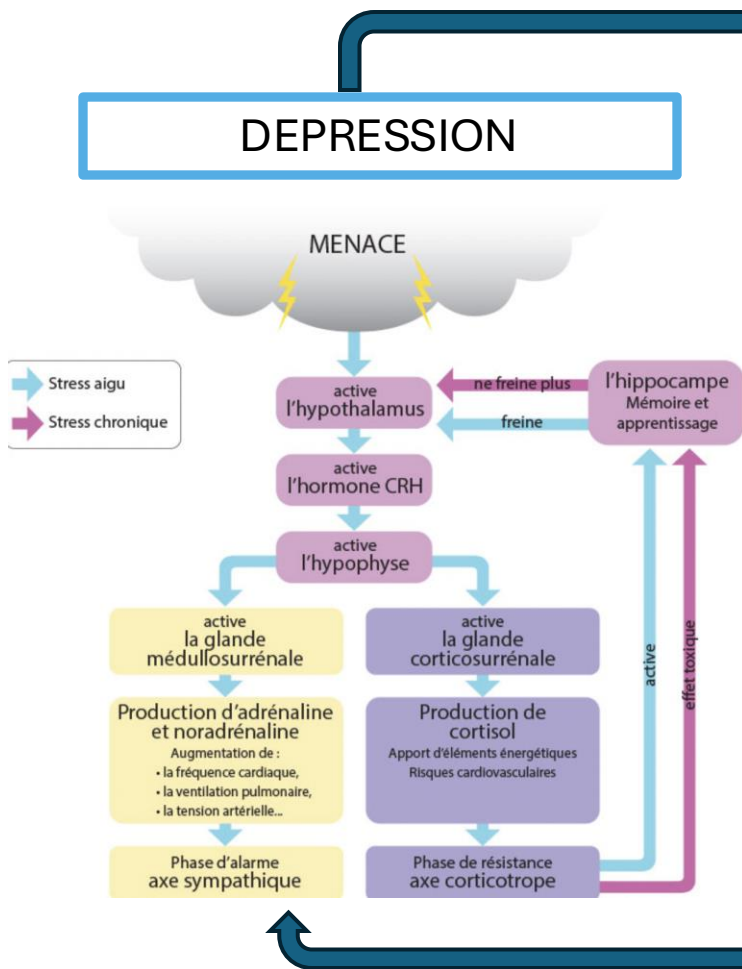


# Dépression vasculaire

- Peu connue des psychiatres
  - DSM-5 : *Troubles de l'humeur dus à une autre affection médicale comme un accident vasculaire cérébral avec caractéristiques dépressives, avec épisode d'allure de dépression majeure, ou avec caractéristiques mixtes*
- Sous type de dépression vasculaire
  - Dépression associée à une maladie des petits vaisseaux
  - Dépression post-AVC
  - Dépression liée au SCA ou autres MCV
- 50% des personnes âgées déprimées auraient un dépression vasculaire



# Lien entre dépression et maladies cardio-vasculaires





# Plus précisément...

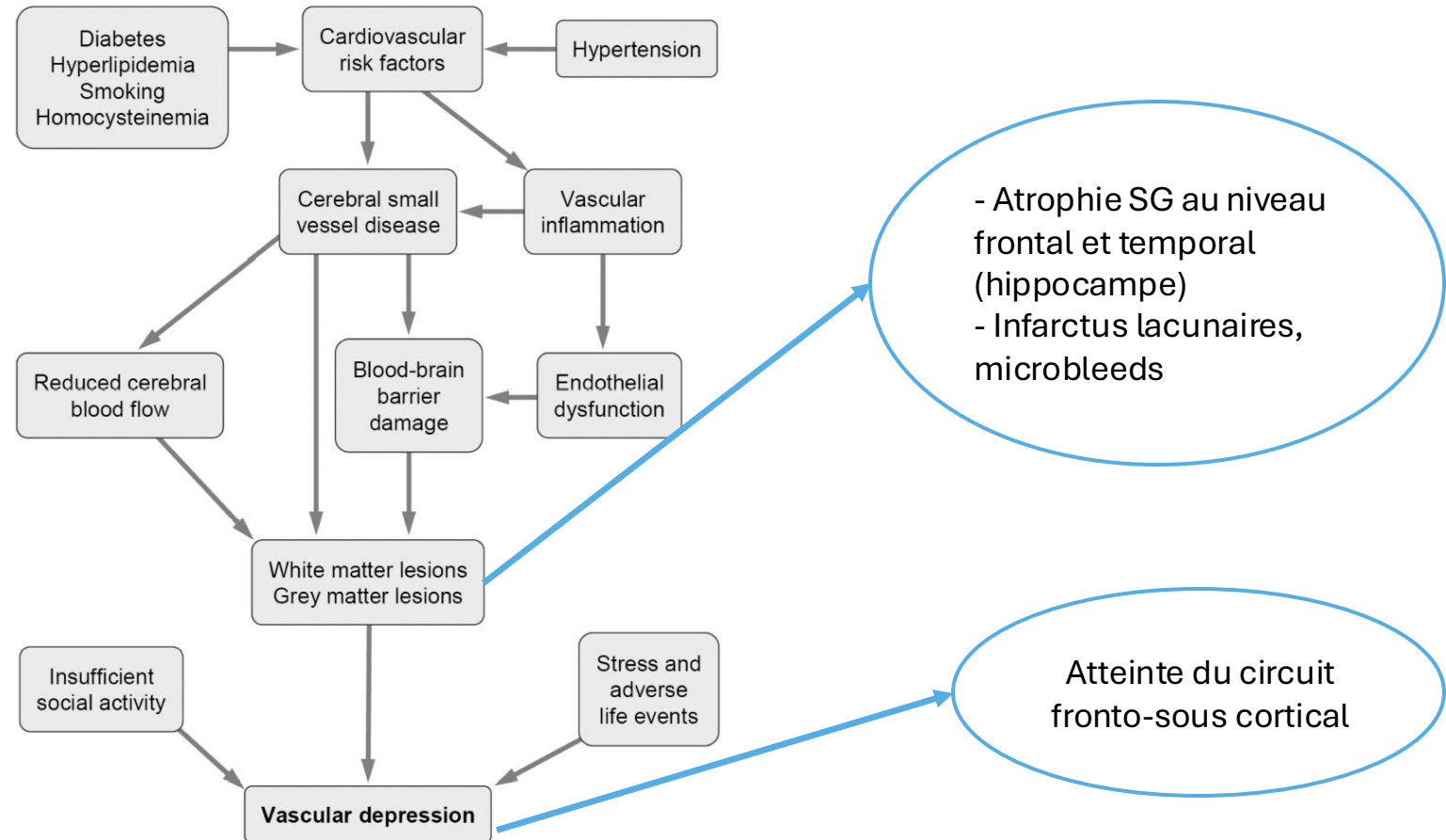


Figure 1. Flow chart of possible mechanisms of vascular depression.



# Dépression vasculaire: signes cliniques

Clinical Features of VaD	Clinical Features of Non-VaD
Depression occurring at age 60 to 65 years	Depression occurring at age <50 to 60 years
Absence of family history	Occasional family history
Executive dysfunctions, loss of energy, subjective feeling of sadness, apathy, anhedonia, psychomotor retardation, motivational problems, functional disability, reduced processing speed, and visuospatial skills, deficits in self-initiation, lack of insight; mild vegetative syndrome; depressive symptomatology may not meet criteria for any mood disorder requested in DSM-V	Sadness, depression according to DSM-V diagnostic criteria, marked loss of interest or pleasure in activity, changes in appetite or weight (5% of total body weight), sleep, energy, concentration, and psychomotor activity, increased suicidality, reduced verbal fluency
Higher cardiac illness burden, increased rates of vascular risk factors (hypertension, diabetes, hypercholesteremia)	Lower or same cardiac illness burden and rates of vascular risk factors (hypertension, diabetes, etc.)
Higher risk for cognitive decline and progression to cognitive impairment (dementia)	Lower or similar risk for cognitive decline and progression to dementia
Fluctuating course of cognitive impairment due to progression of white matter hyperintensities	Chronic course
Greater treatment resistance and poorer outcome	Lower or same treatment resistance and outcome (?)
Associated with increased disability and mortality	?





# Dépression vasculaire: prise en charge

1. Traitement médicamenteux
  - ISRS / IRSNA: moins bonne efficacité
  - ISRS + ARIPIPRAZOLE ou LITHIUM
  - Un essai ESCITALOPRAM + METHYLPHENIDATE
  
2. Traitement non médicamenteux
  - ECT unilatéral: résultats hétérogènes
  - TCC
    - Thérapie résolution problème dans dépression avec troubles exécutifs
  - rTMS
  
3. Autres traitements
  3. Agoniste D2/D3
    - Traiter les FdR CV à partir de 50 ans
    - Agents anti-inflammatoires et les inhibiteurs de cytokines



# Dépression vasculaire: limites

---

- Problème de définition
  - Dépression vasculaire basée sur des données d'imagerie
  - Utilisation termes sémiologiques différents: aboulie/ apathie
- Confusion entre troubles et symptômes psychiatriques
  - En clinique et recherche



# Dépression post-AVC: généralités

- Prévalence : ~ 30% (21 à 79% selon les études)
- 44% des patients sont déprimés en phase aigue et 60% à 6 mois
- À l'origine d'une majoration du handicap/ morbidité / mortalité X 10
- Apparition généralement dans les 3 mois post-AVC (dépression précoce)
- Origines multiples
  - Lésionnelle: hémisphère gauche
  - Réactionnelle
  - Trait de personnalité antérieur



# Dépression post-AVC: signes cliniques

- **1 symptôme** parmi: l'humeur triste, aboulie et anhédonie  
+ **4 autres symptômes** (perte de poids, insomnie, agitation psychomotrice, fatigue, sentiment de dévalorisation, concentration diminuée ou idées suicidaires) pendant **15 jours**
- Particularité dépression post-AVC: troubles du sommeil, de symptômes végétatifs et de retrait social.
- Parfois complexe
  - séquelles neurologiques (aphasie, etc.)
  - symptômes communs: apathie, ralentissement, trouble de la concentration, etc



# Dépression post-AVC: facteurs de risque

- **Antécédents de dépression**
- **Dépendance fonctionnelle**
- Sexe féminin
- Sévérité de l'AVC
- Présence de déficits cognitifs



# Dépression post-AVC: dépistage

- A tout moment, même en aigu
- Echelles générales: Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Beck Depression Inventory (BDI-II)

Annexe 3 : Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10 Version Ambulatoire

- Echelles spécifiques: Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10 (SADQ-10), Aphasia Depression Rating Scale (ADRS)

**LURCQ**  
SABONNE UNIVERSITE

Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10  
Version Ambulatoire

Date: / /

Merci d'indiquer à quelle fréquence vous avez observé les comportements suivants au cours de la dernière semaine.

1. Perte d'appétit ?	Souvent (3)	Parfois (2)	Rarement (1)	Jamais (0)
2. A-t-elle des nuits agitées et non reposantes ?	Souvent (3)	Parfois (2)	Rarement (1)	Jamais (0)
3. Evite-t-elle le contact visuel quand vous lui parlez ?	Souvent (3)	Parfois (2)	Rarement (1)	Jamais (0)
4. Eclate-t-elle en sanglots ?	Souvent (3)	Parfois (2)	Rarement (1)	Jamais (0)
5. Se plaint-elle de maux ou de douleurs ?	Souvent (3)	Parfois (2)	Rarement (1)	Jamais (0)
6. A-t-elle des colères ?	Souvent (3)	Parfois (2)	Rarement (1)	Jamais (0)
7. Refuse-t-elle de participer à des activités en groupe ?	Souvent (3)	Parfois (2)	Rarement (1)	Jamais (0)
8. Est-elle agitée et nerveuse ?	Souvent (3)	Parfois (2)	Rarement (1)	Jamais (0)
9. Reste-t-elle assise sans rien faire ?	Souvent (3)	Parfois (2)	Rarement (1)	Jamais (0)
10. Garde-t-elle une occupation au long de la journée ?	Souvent (3)	Parfois (2)	Rarement (1)	Jamais (0)

Score total : /30



# Dépression post-AVC: diagnostic différentiel

## Trouble de l'adaptation (DSM-5):

- A. Développement de symptômes émotionnels (anxiété, dépressifs) et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), survenant au cours des 3 mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs :
  - 1. soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress
  - 2. soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire).
- C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble mental préexistant.
- D. Les symptômes ne représentent pas un deuil normal.
- E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.



# Dépression post-AVC: diagnostic différentiel

## Apathie

- déficit de la motivation dans les domaines cognitifs, comportemental et émotionnel

- Prévalence 20 à 25%

- Physiopathologie propre

- psychothérapie

European Psychiatry 54 (2018) 71–76



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

European Psychiatry

journal homepage: <http://www.europsy-journal.com>



Original article

Is it time to revise the diagnostic criteria for apathy in brain disorders?  
The 2018 international consensus group

P. Robert<sup>a,\*</sup>, K.L. Lanctôt<sup>b,1</sup>, L. Agüera-Ortiz<sup>c</sup>, P. Aalten<sup>d</sup>, F. Bremond<sup>a,e</sup>, M. Defrancesco<sup>f</sup>,  
C. Hanon<sup>g</sup>, R. David<sup>h</sup>, B. Dubois<sup>i</sup>, K. Dujardin<sup>j</sup>, M. Husain<sup>k</sup>, A. König<sup>e</sup>, R. Levy<sup>l</sup>,  
V. Mantua<sup>m</sup>, D. Meulien<sup>n</sup>, D. Miller<sup>o</sup>, H.J. Moebius<sup>p</sup>, J. Rasmussen<sup>q</sup>, G. Robert<sup>t</sup>,  
M. Ruthirakuhan<sup>b</sup>, F. Stella<sup>s</sup>, J. Yesavage<sup>t</sup>, R. Zeghari<sup>a</sup>, V. Manera<sup>a,e</sup>







# Dépression post-AVC: Prise en charge

## 1. Traitements médicamenteux

- ISRS 6 à 12 mois: FLUOXETINE, ESCITALOPRAM

Pas d'indication à un traitement prophylactique

## 2. Traitement non médicamenteux

- Stimulation non invasive : rTMS, tDCS (essais positifs mais non recommandé en pratique)
- Thérapie interpersonnelle, TCC
- Activité physique adaptée
- (in)formation du patient et des aidants

## 3. Attention aux proches/aidants

- Risque de dépression X 3



“ QUAND LES VIEILLES  
ARTÈRES S'EN MÊLENT



12 & 13  
sept. 2024

PESSAC  
Institut des Métiers  
de la Santé



	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI)	Serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors (SNRI)	Other
<b>Inclusion Criteria &amp; Depression Severity</b>	First ever and recurrent strokes  Mild depression <sup>5, 7, 8</sup> Moderate depression <sup>1,2,4,5,6</sup> Severe depression <sup>3, 9, 14</sup>	SNRI: PSD following from first ever stroke.  Venlafaxine: moderate depression Duloxetine: severe depression	First ever and recurrent strokes  trazodone: mild <sup>15</sup> and moderate <sup>16</sup> depression  nortriptyline: mild <sup>17</sup> and moderate <sup>18</sup> depression  methylphenidate: moderate depression
<b>Dose Ranges Tested</b>	fluoxetine: 10 - 40mg/day (including variable dose study) citalopram: 10 – 40mg/day <sup>6,10,14,20, 21</sup> Maximum doses: 40mg/day adults, 20mg/day geriatric <sup>22</sup>  escitalopram: 10 – 20mg/day Maximum doses: 20 mg/day adults, 10 mg/day geriatric <sup>22</sup>  sertraline: 50 - 200mg/day <sup>14</sup>	venlafaxine: 75 – 150 mg/day duloxetine: 60 – 120mg/day	trazodone: 200 – 300mg/day mirtazapine: 30mg/day nortriptyline: 20 – 100mg/day
<b>Summary of Findings</b>	Level 1 RCT evidence supports the efficacy of SSRIs fluoxetine and citalopram for treatment of moderate to severe post-stroke depression.	Studies were open-label or uncontrolled; no level 1 RCT evidence available to support efficacy of SNRI for treatment of post-stroke depression.	Level 1 RCT evidence available to support nortriptyline and methylphenidate for treatment of post-stroke depression.
<b>Side Effects</b>	Serotonin syndrome, sedation (fluvoxamine, paroxetine), bleeding, and hyponatremia  Fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine: interact with certain cardiac medication e.g. clopidogrel and beta-blockers  Generally reported: dry mouth, loss of appetite and weight-loss, nausea, dizziness, loss of libido, constipation or diarrhea, insomnia or somnolence, sweating	Increases in heart rate, hypertension (venlafaxine), serotonin syndrome  Generally reported: dry mouth, loss of appetite and weight-loss, loss of libido, constipation, nausea, insomnia, dizziness anxiety, sweating	nortriptyline – potential effects on cognition and may increase risk of delirium (anticholinergic); serotonin syndrome, ventricular arrhythmias and orthostatic hypotension  Generally reported: dry mouth, loss of appetite and weight-loss, loss of libido, constipation, nausea, dizziness, anxiety, somnolence, sweating



# Anxiété post-AVC

- Symptômes ou troubles anxieux: 20-30% des patients
- Souvent associée à la dépression
- Outils dépistage: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A), Beck Anxiety Inventory (BAI), etc.
- Prise en charge:
  - Médicamenteux : antidépresseurs
  - Thérapie de résolution de problèmes (TCC)



# Conclusion

---

- Dépression vasculaire
  - Pathologie fréquente dans la population gériatrique
  - Nécessité prise en charge pluridisciplinaire
- Dépression post-AVC
  - Savoir répéter les évaluations psychiatriques après un AVC et la traiter
- Importance de la prévention des facteurs cardiovasculaires après 50 ans



Merci de votre attention

---