

# Diagnostic de dépression chez les personnes âgées en cours de chimiothérapie

***UCOG Nord***

***O. Drunat, S. Culine, V. Fossey-Diaz***



Paris, le 16 Mai 2017

# Une association fréquente

- La réaction dépressive est reconnue comme fréquente, voire banale ( 50% des personnes atteintes de cancer décrivent des difficultés émotionnelles - troubles de l'adaptation – Insomnie - Anxiété - Humeur triste)
- « Souvent, la dépression n'est pas reconnue par le praticien »
- Anxiété et Dépression sont confondues

# Particularité gériatrique de la dépression

- A priori une plus grande fréquence
- Un chevauchement avec la démence via les troubles mnésiques
- Un taux plus élevé de dépression sub syndromique

# Conséquence de la dépression

- Qualité de vie
- Perte d'autonomie
- Institutionnalisation
- Augmentation du taux de mortalité

# Epidémiologie du suicide chez les patients atteints de cancer

- Fréquence des idées suicidaires 1 / 7 (contre 1 % Ndep et 10 % Dep)
- Risque suicidaire 1,5 à 2 fois supérieur / population générale
- Pas de corrélation sévérité de la dépression/proximité temporelle du suicide
- Le taux de suicide est plus important dans la première année qui suit le diagnostic

Ratio de mortalité standardisé de 16 (13.5-18.9) chez les hommes et de 15.4 (11.2-20.6) chez les femmes dans l'étude suédoise de Alleck et Bolund 1989

- Ce risque serait plus élevé dans les 3 mois suivant le diagnostic chez les hommes et entre 3 et 12 mois chez les femmes.
- Le cancer est le facteur principal de suicide lorsque le patient est à un stade de tumeur étendue ou en phase terminale.
- Il n'en est la cause que dans un quart des cas en période de rémission où des antécédents psychiatriques, personnels et familiaux, jouent un rôle déterminant.

# Facteurs de risque de suicide spécifiques à la pathologie cancéreuse

- Cancer oral, pharyngé, du poumon, mammaire
  - Stade avancé de la maladie et mauvais pronostic
  - Confusion/Délire
  - Mauvais contrôle des douleurs
  - Présence de symptômes invalidants
- Pour Breitbart 85% des patients cancéreux décédés par suicide avaient un diagnostic psychiatrique (80% dépression 13% dépendance alcool 7% psychotique)
  - Désir de hâter la mort
    - Ce désir est corrélé :
      - au diagnostic clinique de dépression
      - aux échelles de sévérité de dépression
      - à la perte d'espoir

Intérêt de la PEC de la dépression, du désespoir, des symptômes somatiques, de l'entourage

# Repérer la dépression

Mise en défaut de l'échelle de Hamilton à 17 items par la polypathologie  
4 items/17 côté au maximum en cas de pathologie organique  
3 items sur l'insomnie  
1 item sur la perte de poids

GDS-30 excellent instrument, valide, fiable  
chez le sujet âgé **GDS-15 +++**

**Mini GDS** pour la médecine générale et le dépistage  
Outil psychométrique simple, fiable, rapide acceptable par le patient

## *GDS-15*

1. Êtes-vous globalement satisfait de votre vie ? N
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités et intérêts ? O
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? O (mini-GDS)
4. Vous ennuyez-vous souvent ? O
5. Êtes-vous en général de bonne humeur ? N
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ? O
7. Êtes-vous heureux la plupart du temps ? N (mini-GDS)
8. Vous sentez-vous souvent délaissé ? O
9. Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et de faire de nouvelles choses ? O
10. Avez-vous l'impression que vous avez plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ? O
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux d'être en vie maintenant ? N
12. Avez-vous l'impression que la façon dont vous vivez actuellement ne vaut rien ? O
13. Vous sentez-vous plein d'énergie ? N
14. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? O (mini-GDS)
15. Pensez-vous que beaucoup de gens sont bien mieux que vous ? O

Le score normal est de  $3 \pm 2$ , un sujet moyennement déprimé à un score de  $7 \pm 3$ , un sujet très déprimé a un score de  $12 \pm 2$



# Outils de screening dans le contexte hospitalier

Le GHQ (*General Health Questionnaire*) dont il existe une forme abrégée en 12 items

L'HADS (*Hospital Anxiety and Depression Rating Scale*) constituée de 14 items ayant pour objet de dépister les troubles anxieux et dépressifs

Ces deux outils ne comportent pas d'items somatiques, et constituent des instruments de dépistage largement utilisés dans le champ cancérologique.

# échelle HADS

Je me sens tendue ou énervée

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

Je me fais du souci

Je ris et je vois le bon côté des choses

Je suis de bonne humeur

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontractée

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

Je me réjouis à l'avance à l'idée de faire certaines choses

Je ne m'intéresse plus à mon apparence

J'éprouve des sensations soudaines de panique

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision

## Critères d'un épisode dépressif majeur (caractérisé):

A - Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple, pleurs)

ou

B - Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

pendant une période d'au moins deux semaines associée à au moins quatre symptômes suivants

Perte ou gain de poids significatifs en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours. (Pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

# Intérêts du sujet d'étude

- Mesure de la prévalence au moment du diagnostic et de l'incidence au cours du traitement
- Identification de facteurs de risque (douleur, CSP - ) pour un meilleur repérage
- Intérêt des formes sub syndromiques +++
- Conséquences sur l'entourage (besoin d'aide) et le devenir social (placement ?)
- Impact sur l'observance
- Interférence médicamenteuse avec la chimiothérapie ?

# Objectifs

- L'objectif principal = déterminer la prévalence de la maladie dépressive chez les personnes âgées (plus de 75 ans) au moment de l'instauration d'une chimiothérapie
- Les objectifs secondaires :
  - déterminer l'incidence de cette même maladie dépressive au cours des six premiers mois de chimiothérapie
  - valider un auto-questionnaire de dépistage de la dépression, la GDS version 15 items, en oncogériatrie.

# Population

- *Critères d'inclusion*

La population étudiée est recrutée dans le centre d'oncologie de Saint Louis et Argenteuil. Les patients sont âgés de 75 ans et plus et francophones. Ils consultent pour la mise en route d'une chimiothérapie.

*Critères de non inclusion*

Les patients présentant un syndrome démentiel (Mini Mental Status inférieur ou égal à 20) ou un syndrome confusionnel, sous mesure de protection juridique (curatelle ou tutelle) ne parlant pas le français ne peuvent pas être inclus. Aucun patient ne peut participer à deux protocoles de recherche interventionnelle en même temps.

# Données

- auto-questionnaire (échelle de dépistage de la dépression GDS)
- entretien avec un expert (critère DSM)

# Design étude

Visite = Auto questionnaire et avis psycho  
gériatrique

V1 : instauration de la chimiothérapie

V2, V3 (tous les 3 mois)

Si Dépressif: contact avec le médecin traitant et  
sortie de l'étude



# Analyse des données

- L'analyse principale estimera la prévalence de la dépression diagnostiquée par le psycho-gériatre à l'initiation de la chimiothérapie. Pour cela, le nombre de patients diagnostiqués avec une dépression sera rapporté à la *taille totale de l'échantillon*. Un intervalle de confiance à 95% de cette proportion sera calculé.
- Par ailleurs, l'incidence de la dépression sur une période de 6 mois après l'initiation de la chimiothérapie sera calculée, en rapportant le nombre de nouveaux cas de dépression diagnostiqués par le psycho-gériatre au cours du suivi, au nombre de **personnes-temps** sur la durée du suivi. Ainsi, chaque patient contribuera au calcul selon sa durée de suivi. A titre d'exemple, un patient suivi pendant 6 mois contribuera au dénominateur pour 6 patients-mois, 2 patients suivis pendant 6 mois contribueront au dénominateur pour 12 patients-mois, tandis qu'un patient décédé au bout de 2 mois ou perdu de vue précocement, contribuera au dénominateur pour 2 patients-mois

# Analyse des données

		Consultation onco-gériatre		TOTAL
		Maladie dépressive	Pas de maladie dépressive	
Questionnaire	$\geq 4$	VP	FP	POS
	$< 4$	FN	VN	NEG
TOTAL		M	nonM	Ntot

Une courbe ROC sera représenté pour les différents seuils du score, afin de déterminer **le seuil qui permet d'optimiser la sensibilité du questionnaire**. En effet, l'intérêt du questionnaire est de dépister au plus tôt et de façon rapide la maladie dépressive, donc minimiser les faux négatifs.

# Nombre de sujets nécessaires

- Le nombre de sujets à inclure se base sur la largeur de l'intervalle de confiance à 95% de la prévalence de la dépression à l'initiation de la chimiothérapie. Dans la population générale, des études ont montré que la prévalence de la dépression est de l'ordre de 20%. Dans cette population de patients âgés initiant une chimiothérapie, il est attendu une prévalence de la dépression plus élevée, de l'ordre de 50%. En considérant une précision de l'intervalle de confiance à 95% de 10%, soit [40 – 60%], **100 patients sont nécessaires**.
- Par ailleurs, si la prévalence est de 50%, une cinquantaine de patients atteints de dépression maladie devrait permettre d'estimer une sensibilité et une spécificité du questionnaire de 98% avec un intervalle de confiance à 95% de [94 -100%].

# Etat d'avancement

Réticence des patients vis-à-vis de la  
psychiatrie

# Références bibliographiques

- 1 - Baldwin, B. (1991) The outcome of depression in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 395–400.
- 2 - American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn) (DSM-IV)*. Washington, DC: APA.
- 3 - Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; **365**: 1961-1970.
- 4 - Parker PA, Baile WF, De Moor Cd and Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. [Psychooncology](#). 2003 Mar;12(2):183-93.
- 5 - Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G et al. *Lancet* 2000 Oct 14;356(9238):1326-7.
- 6 - The psychosocial impact of cancer on patient's partners and other key relatives : a review. Pitceathy C, Maguire P. [Eur J Cancer](#). 2003 Jul;39(11):1517-24.
- 7 - Prieto JM, Atala J, Blanch J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, Espinal A, Gasto C. Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation. *J Clin Oncol*. 2005 Sep 1;23(25):6063-71.
- 8 - Inserm-CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès). 2009
- 9 - Derogatis LR, Morrow GW, Fetting J et al. (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249:751–757.
- 10 - Fallowfield L, Ratcliffe V, Saul J. (2001) Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Canc* 84:1011–1015
- 11 - Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. (1998) Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16:1594–1600.12 - Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988 ;23:271-84.
- 13 - Puts MT, Hardt J, Monette J et al. Use of geriatric assessment for older adults in the oncology setting: a systematic review. *J. Natl Cancer Inst*. 2012 Aug 8;104(15):1133-63.
- 14 - Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- 15 - [Cialdella P](#), [Guillaud-Bataille JM](#), [Gausset MF](#), [Terra JL](#) et al. Study of the uni-dimensionality of the Yesavage-Brinck geriatric depression scale. Comparison between classical methods and Rasch's model. *Encephale* 1992 Sept-Oct; 18 (5): 537-44.
- 16 - Yesavage JA., Sheikh JI, Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986 June;5(1/2):165-173.
- 17 - Clément, J.P., Nassif, R.F., Léger, J.M., Marchan, F. (1997). Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale. *L'Encéphale*, 23, 91-99.
- 18 - Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. [Mitchell AJ](#), [Vahabzadeh A](#), [Magruder K](#). [Psychooncology](#). 2011 Jun; 20(6):572-84.
- 19 - Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, et al. The STARD statement for reporting studies of diagnostic accuracy: explanation and elaboration *Ann Intern Med*. 2003 Jan 7;138(1):W1-12.
- 20 - Whiting PF, Rutjes AW, Westwood ME, et al. QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies *Ann Intern Med*. 2011 Oct 18;155(8):529-36.
- 21 - Sapiho D, Chan-Chee C, Briffaut X, Guignard R, Beck F. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale: apports et limites des outils. *BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire)* [Vol. 2008, n° 35-36 \(23 septembre 2008\)](#) pp. 314-317.
- 22 - **Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies**  
Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. *The Lancet Oncology* - 1 February 2011 ( Vol. 12, Issue 2, Pages 160-174 ).