

Interaction entre diabète et dépression

Drs S. Sbai^{*(1)}, Y. EL Hamaoui^{***(2)}

^{*(1)} Psychiatre, ^{***(2)} Professeur agrégé. ⁽¹⁾ Centre psychiatrique universitaire, ⁽²⁾ Secteur privé. Casablanca

Récemment, les aspects psychologiques et psychosociaux de la gestion des pathologies chroniques suscitent un vif intérêt ⁽¹⁾. Cette évolution s'explique par l'accumulation des données scientifiques démontrant le lourd impact des problèmes psychologiques sur les personnes atteintes de pathologies chroniques comme le diabète, leur impact sur la vie quotidienne et les coûts élevés pour la personne concernée mais aussi pour la société ⁽¹⁾. Le diabète et la dépression sont des pathologies chroniques associées à des taux de complications et de mortalité élevés ainsi qu'à des coûts de soins de santé élevés ⁽¹⁾. Les personnes atteintes en même temps de diabète et de dépression ont souvent plus de mal à suivre leur traitement de diabète. Par conséquent, elles présentent un contrôle métabolique médiocre, un taux de complications et des coûts de soins de santé plus élevés, un handicap plus prononcé et une perte de productivité, une qualité de vie altérée ainsi qu'un risque de mortalité plus élevé ⁽¹⁾.

Un dépistage précoce et une prise en charge adéquate de la dépression sont nécessaires pour améliorer l'état de santé, le pronostic et la qualité de vie des gens atteints de diabète.

EPIDÉMIOLOGIE

Le diabète touche approximativement 200 millions de personnes dans le monde et il est en augmentation constante ⁽²⁾. Le diabète de type 2 est une pathologie fréquente, puisqu'elle représente 80 à 85 % des diabètes ⁽³⁾. En 2008, le taux de prévalence du diabète au Maroc a été estimé à 10%. Selon l'enquête nationale épidémiologique, la prévalence au Maroc des troubles dépressifs majeurs est de 26,5% ⁽⁴⁾. Dans la population de malades hospitalisés pour une affection organique, on assiste à une augmentation de l'incidence et de la prévalence de la maladie dépressive, comparativement à la population générale ⁽⁵⁾.

Une étude faite par *Anderson* a démontré que **les personnes atteintes de diabète étaient au moins deux fois plus susceptibles de développer une dépression par rapport aux personnes non atteintes** ⁽⁵⁾.

D'autres auteurs ⁽⁶⁾ ont trouvé que **la dépression augmentait le risque de développer un diabète de type 2**.

Les recherches les plus récentes sur le diabète et la dépression indiquent que **la combinaison de ces deux pathologies augmente le risque de développer des complications du diabète**, notamment des troubles cardiovasculaires ⁽⁶⁾.

FACTEURS DE RISQUE DE DÉPRESSION

L'épisode dépressif majeur est plus fréquemment repéré chez **les femmes** avec 34,3% contre 20,4% chez les hommes selon les résultats de l'enquête nationale ⁽⁴⁾. Une étude menée par *Nichols et al* ⁽⁷⁾ a comparé deux groupes appariés, l'un constitué de sujets souffrant de diabète non insulino-dépendant (DNID), l'autre de témoins indemnes de diabète. Elle a montré une plus grande prévalence de la dépression dans le groupe des sujets diabétiques. Les femmes sont plus souvent touchées par la dépression, dans les deux groupes.

Le risque de dépression est plus important chez **les diabétiques** de faible niveau scolaire⁽⁶⁾, divorcés ou célibataires, avec peu de soutiens sociaux^(8,9) et subissant ou ayant subi des stress chroniques ou des événements de vie négatifs⁽⁹⁾.

DIAGNOSTIC DE DÉPRESSION

La dépression est sous-diagnostiquée chez les patients souffrant de diabète en raison de la similitude de certains signes tels l'asthénie physique et la perte d'énergie, la perte d'appétit et de poids, l'insomnie et le manque de valorisation de soi (voir les critères diagnostiques de dépression selon du DSM IV dans le tableau I).

La Fédération Internationale du Diabète (FID) a publié des directives pour la prise en charge des personnes atteintes de diabète de type 2 qui incluent **l'évaluation de l'état psychologique et l'orientation vers des professionnels de la santé mentale**⁽¹⁰⁾.

IMPACT DE LA DÉPRESSION SUR LE DIABÈTE ET DU DIABÈTE SUR LA DÉPRESSION

On sait désormais que **les personnes atteintes de diabète sont beaucoup plus exposées à la souffrance morale, en particulier à la dépression.**

En outre, de plus en plus d'études révèlent une relation bidirectionnelle entre ces deux conditions. La dépression entraîne une suractivation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, du système sympathique et des cytokines pro-inflammatoires. Tous ces éléments contribuent à une insulino-résistance qui entraîne un diabète⁽¹²⁾.

Dans la méta-analyse *De Groot et al*⁽¹³⁾ il ressort que les diabétiques dépressifs présentaient un moins bon contrôle glycémique et une plus grande prévalence des complications du diabète (rétinopathie, néphropathie, neuropathie, dysfonction sexuelle et complications macro-vasculaires).

Parmi les diabétiques, **les dépressifs ont plus de plaintes somatiques que les non dépressifs**, indépendamment de la sévérité de la maladie diabétique⁽¹⁴⁾.

La dépression peut également avoir **un impact négatif considérable sur le contrôle glycémique, la surveillance autonome du diabète et la qualité de vie.** Elle est en effet liée à une mauvaise hygiène de vie, notamment l'augmentation la sédentarité, le tabagisme et la consommation d'alcool ainsi que le mau-

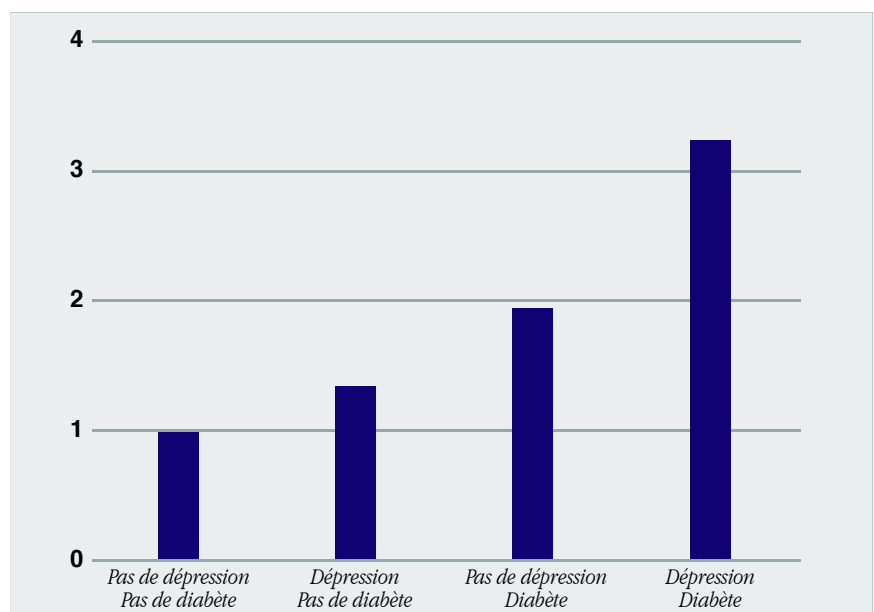
vais contrôle glycémique⁽¹⁵⁾. Des études ont également mis en évidence un lien entre la dépression et le risque de surpoids et d'obésité⁽¹⁶⁾.

La dépression constituerait donc à la fois un facteur de risque et un marqueur de la morbidité et de la mortalité chez les patients souffrant de diabète. Ces derniers devraient donc faire l'objet, en particulier en cas de dépression associée, d'un suivi rapproché⁽¹⁷⁾ (*Graphique 1*).

Que la détresse psychologique augmente

TABLEAU I : CRITÈRES DIAGNOSTIC DE LA DÉPRESSION SELON DSMIV

- **Présenter au moins cinq symptômes sur neuf qui durent depuis au moins deux semaines :**
 - Humeur dépressive,
 - diminution de l'intérêt et du plaisir,
 - perte d'appétit et de poids d'au moins 5 % par mois,
 - insomnie ou hypersomnie (plus rare),
 - agitation ou retard au niveau psychomoteur,
 - fatigue et perte d'énergie,
 - sentiment de culpabilité ou manque de valorisation de soi,
 - trouble de concentration,
 - pensée de mort et de suicide.
- **Ces symptômes provoquent une détresse chez la personne ou une diminution du fonctionnement au niveau social ou au travail,**
- **Ces symptômes ne sont pas reliés à l'utilisation de médicaments ou d'une substance ni à un problème médical,**
- **Les symptômes ne sont pas le résultat d'un deuil.**



Graphique 1 : Effet de la dépression sur la mortalité des patients diabétiques⁽¹⁷⁾

le risque de développer le diabète et/ou ses complications, que le diabète et/ou les complications du diabète augmentent le risque de dépression, les conséquences restent lourdes.

TRAITEMENT

PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION AU COURS DU DIABÈTE

Traitement pharmacologique Concernant **les antidépresseurs tricycliques**, leur effet quinidine-like limite leur utilisation chez les patients souffrant de diabète et de maladie cardio-vasculaire, en particulier les patients présentant un bloc de branche gauche⁽¹⁸⁾.

Le traitement pharmacologique de la dépression chez les patients souffrant de diabète, à l'aide des médicaments inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) comme l'*escitalopram*, la *sertraline* et la *fluoxétine* ou les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) comme la *venlafaxine* ou d'autres antidépresseurs (*mirtazapine* par exemple), présente en général des avantages significatifs. Ces antidépresseurs possèdent beaucoup moins d'effets adrénolytiques et anticholinergiques, également moins d'effets quinidine-like, et une moindre dangerosité en cas de prise massive. Certains ISRS peuvent aussi être utilisés dans le traitement des douleurs des neuropathies diabétiques⁽¹⁹⁾.

Le principal effet indésirable métabolique connu des nouveaux antidépresseurs est **le gain de poids** que l'on retrouve le plus souvent avec la *mirtazapine*⁽²⁰⁾. Cet effet indésirable doit être nuancé par le fait que les échecs dans les programmes de contrôle de poids chez les patients souffrant de diabète de type 2 sont plus importants chez les diabétiques dépressifs par rapport aux diabétiques non dépressifs.

La *fluoxétine*, administrée à des patients souffrant de diabète de type 2 et d'obésité, sans dépression associée, à la posologie de 60 mg/jour pendant 4 semaines, permet de retrouver une augmentation de la sensibilité à l'insuline sans perte de poids associée ni diminution de la valeur de l'HbA1c⁽²¹⁾. Après 6 mois à cette posologie, le traitement par *fluoxétine* s'associe à une perte de poids et à une réduction significative de la valeur de l'HbA1c chez les patients souffrant de diabète de type 2, mais pas à 12 mois de traitement⁽²²⁾.

Psychothérapie

Etant donné le lien entre la dépression et la mauvaise observance du traitement et le moindre contrôle glycémique, **les interventions psychothérapeutiques peuvent entraîner des effets bénéfiques sur l'équilibre glycémique à travers une amélioration de la compliance.**

De plus, la psychothérapie pourrait avoir des effets positifs sur le contrôle du diabète via un impact au niveau neurophysiologique, en réduisant la libération des hormones hyperglycémiantes réactionnelle au stress et éventuellement, en agissant sur les

neuropeptides régulant les mécanismes de faim et de satiété⁽²³⁾.

Association psychothérapie et psychopharmacologie

La combinaison de la psychothérapie et la pharmacothérapie a montré une efficacité significativement supérieure à l'un et l'autre de ces deux traitements lorsqu'ils sont proposés isolément⁽²⁴⁾ et cette combinaison constitue **le traitement de choix de la dépression**⁽²⁵⁾.

PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE

Un équilibre diabétique permet une régression de la symptomatologie dépressive. Une étude récente⁽³⁾ a révélé qu'un meilleur contrôle glycémique pendant une dépression était associé à la fois à une amélioration de l'humeur et à un meilleur indice de masse corporelle.

CONCLUSION

Les travaux réalisés durant les 10 dernières années ont mis en évidence les effets positifs du traitement de la dépression sur le diabète ainsi que sur la qualité de vie (meilleure observance du traitement, meilleur contrôle glycémique, moindre risque de complications diabétiques). Dans le cadre de la prise en charge globale de ces patients, les cliniciens doivent dépister la dépression chez les patients diabétiques (souvent sous diagnostiquée) afin d'améliorer le pronostic de cette pathologie chronique.

RÉSUMÉ : On sait que les personnes atteintes de diabète sont beaucoup plus exposées à la dépression. En outre, de plus en plus d'études révèlent une relation bidirectionnelle entre ces deux conditions. La dépression augmente le risque de développer le diabète, influence le contrôle glycémique et augmente le risque de développer des complications du diabète. Elle est associée à une prise de poids ou à l'obésité, à une détérioration des soins autonomes du diabète, à des coûts de soins de santé plus élevés, à un handicap plus prononcé et une perte de productivité, à une plus basse qualité de vie ainsi qu'à un risque de mortalité plus élevé. Il est important d'être conscient que bien que le diabète et la dépression soient des conditions distinctes, elles coexistent souvent et les traitements proposés doivent en tenir compte afin de maximiser les bienfaits pour la personne atteinte de diabète. De récentes études ont mis en évidence les effets positifs du traitement de la dépression sur le diabète ainsi que sur la qualité de vie.

SUMMARY : We know that diabetic persons are more exposed to depression. Besides, more and more studies reveal a bi-directional connection between these two conditions. Depression increases the risks to develop diabetes, influences on the glycaemia control and increases the risks to develop complications in diabetes. It's linked to weight gain and obesity, to a deterioration of autonomous diabetes treatment, to the rise of treatment costs, to a handicap more important and a loss in productivity, to a low quality of life as well as a more important risk of mortality. It's important to notice that, although diabetes and depression are separate conditions, they often coexist, and given treatments must consider them in order to maximise the benefits towards the diabetic person. Recent researches underlined the positive effects of the depression treatment over diabetes as well as the quality of life.

RÉFÉRENCES

- 1- **Cathy Lloyd.** L'impact du diabète sur la dépression et de la dépression sur le diabète *Diabetes voices Mars* 2008;53 :1.
- 2- **Cbemerinski E, Robinson RG.** The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics* 2000;41:5-14.
- 3- **Godeau P, Herson S, Piette JC.** *Traité de médecine.* 3^{ème} édition. Paris : Flammarion. 2000
- 4- **Kadri N, Agoub M, Assouab E, Tazi MA, Didoub A, Moussaoui D.** Moroccan National Study on Prevalence of Mental disorders: A Community-Based Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010; **121**(1):71-74.
- 5- **Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ.** The prevalence of co-morbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:1069-78.
- 6- **Egede Le, Zheng D, Simpson K.** Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditure in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002;25:464-470.
- 7- **Nichols Ga, Brown Jb.** Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes care* 2003;26:744-749.
- 8- **Peyrot M, Rubin RR.** Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care* 1997;20:585-590.
- 9- **Fisher L, Chesla Ca, Mullan Jt, Skaff MM, Kanter Ra.** Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001;24 :1751-1757
- 10- **International Diabetes Federation Clinical Guidelines Task Force.** Global guideline for type 2 diabetes. IDF Brussels, 2005.
- 11- **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition.* American Psychiatric Association. Arlington, 2000.
- 12- **Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH.** Depression and type 2 diabetes over the lifespan. *Diabetes Care* 2008;31:2383-2390.
- 13- **De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ.** Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001; **63**(4):619-630.
- 14- **Ciechanowski P, Katon W, Russo J.** The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *Diabetes Care* 2002;25:731-736.
- 15- **El Hamaoui Y.** Depression and diabetes: the bidirectional relationship. *WPA Bulletin on Depression* 2010;15:41.
- 16- **Everson-Rose SA, Meyer PM, Powell LH, et al.** Depressive symptoms, insulin resistance, and risk of diabetes in women at mid-life. *Diabetes Care* 2004;27:2856-2862.
- 17- **Egede LE, Nietert PJ, Zheng D.** Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care* 2005; **28**(6):1339-1345.
- 18- **Roose Sp, Dalack Gu.** Treating the depressed patient with cardiovascular problems. *J Clin Psychiatry* 1992;53:25-31.
- 19- **Max Mb, Lynch Sa, Muir J et al.** Effects of desipramine, amitriptyline, and fluoxetine in diabetic neuropathy. *N Engl J Med* 1992;326:1250-1256.
- 20- **Sussman N, Ginsberg DL, Bikoff J.** Effects of nefazodone on body weight : a pooled analysis of selective serotonin reuptake inhibitor-and imipramine-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2001;62:256-260.
- 21- **Mabux P, Ducros E, Bourque J, Garon J, Chiasson JL.** Fluoxetine improves insulin sensitivity in obese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus independently of weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997;21:97-102.
- 22- **O'Kane M, Wiles Pg, Wales JK.** Fluoxetine in the treatment of obese type 2 diabetic patients. *Diabet Med* 1994;11:105-110.
- 23- **Musselman DL, Betan E, Larsen H, Phillips Is.** Relationship of depression to diabetes type 1 and 2: epidemiology, biology, and treatment. *Biol Psychiatry* 2003;54:317-329.
- 24- **Keller Mb, Mccullough Jb.** A comparison of nefazodone, the cognitive behavioural analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000;342:1462-1470
- 25- **Panel Dg.** *Depression in primary care, vol 2.* Rockville, Md : Agency for Health Care Policy and Research 1993.