

Plaintes somatiques et dépression chez le patient atteint de cancer

Comment et quand évoquer et reconnaître la dépression parmi les plaintes somatiques du patient atteint de cancer ? Effets sur le corps et interactions médicamenteuses des antidépresseurs

- Dialogue somaticien-psychiatre
Dr Emmanuelle KUHN-BOUGOUIN, médecin algologue, CHU Nantes
Dr Marie GUITTENY, psychiatre, CHU Nantes
- Clinique psychiatrique
Pr Jean-Marie VANELLE, psychiatre, CHU Nantes
- Approche psychologique
Hélène DE LA MENARDIERE, psychologue, Hôpital Cochin, Paris
- Approche pharmacologique
Dr Michel REICH, psychiatre, Centre Oscar Lambret, Lille



Comment et quand évoquer et reconnaître la dépression parmi les plaintes somatiques du patient atteint de cancer ? Effets sur le corps et interactions médicamenteuses des antidépresseurs

7 décembre 2016

Dr E.KUHN-BOUGOUIN, algologue CHU Nantes

Dr M.GUITTENY, psychiatre CHU Nantes



Comment et quand évoquer la dépression parmi les plaintes somatiques du patient atteint de cancer ?

1. Plaintes somatiques adressées au somaticien :
 - contexte et cadre de l'intervention
 - description et évaluation
2. Coordination et pluridisciplinarité : cas de l'évaluation pré-thérapeutique
3. Expérience nantaise : missions et organisation des équipes transversales et de liaison

Comment et quand évoquer la dépression parmi les plaintes somatiques du patient atteint de cancer ?

1 - PLAINTES SOMATIQUES ADRESSÉES AU SOMATICIEN



Les plaintes somatiques du patient atteint de cancer

- Le terme somatique désigne ce qui est relatif au corps, par opposition à l'adjectif psychique, en rapport avec l'esprit.
- Il serait facile de dire que la douleur est physique et que la souffrance est morale
- une séparation entre le corps, d'une part, et l'esprit (ou l'âme ou le psychisme) d'autre part



Symptômes somatiques

Liste non exhaustive:

- Dyspnée
- Douleur
- Signes digestifs: nausées, vomissements, constipation, perte d'appétit...
- Asthénie
- Troubles du sommeil
- Difficultés d'attention, de concentration
-

Symptômes non spécifiques

Symptômes somatiques: **fonction**

- Symptôme=signal d'alarme (ex: douleur)

- Symptôme= fonction d'interruption
 - Présence, intensité*
 - Nouveauté*
 - Imprévisible*
 - Vigilance, hypervigilance*

Symptôme somatique:

ex: la douleur

Distinguer la nociception, de la douleur et de la souffrance

- Nociception:

- Désigne le système neurophysiologique
- Permet de détecter des stimulations intenses
- Susceptible de menacer l'intégrité de l'organisme

Signal d'alarme, menace

Symptôme somatique:

ex: la douleur

- La Douleur définition de l'IASP:

« la douleur est une *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable*, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion. »

Et l'ANAES ajoute:

« susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien être du patient. »

PERCEPTION(non stimulus)

SENSATION, EMOTION

Symptôme somatique: ex: la douleur

- **La composante physique** : mécanismes neurophysiologiques qui permet le décodage

La localisation

L'intensité

La qualité (piqûre, brûlure, décharge électrique)

La durée

- **La composante affective et émotionnelle** : la tonalité

“Est-elle pénible, intolérable, inacceptable?” Il s'agit de la façon dont le patient ressent sa douleur, dont il la vit, l'accepte ou la nie. Ce vécu amène bien souvent le patient à consulter.

- **La composante cognitive** :

Elle correspond aux pensées, à l'interprétation que le patient tire de cette expérience.

La relation que l'individu entretient avec sa douleur dépend de son éducation, de sa culture, de son environnement social, de son histoire de vie.

- **La composante comportementale** :

Elle correspond à la manière dont la personne exprime sa douleur par ses attitudes, des mimiques, en mots ou par un mutisme, un repli sur soi, un isolement social.

Souffrance - Total Pain

« Quand le contrôle de la douleur physique reste difficile, il faut explorer les composantes mentales, sociales et spirituelles. Bien qu'une telle division risque d'être artificielle, elle nous éclairera, cependant, dans nos efforts pour comprendre la souffrance d'un patient et l'aider ainsi que sa famille ».

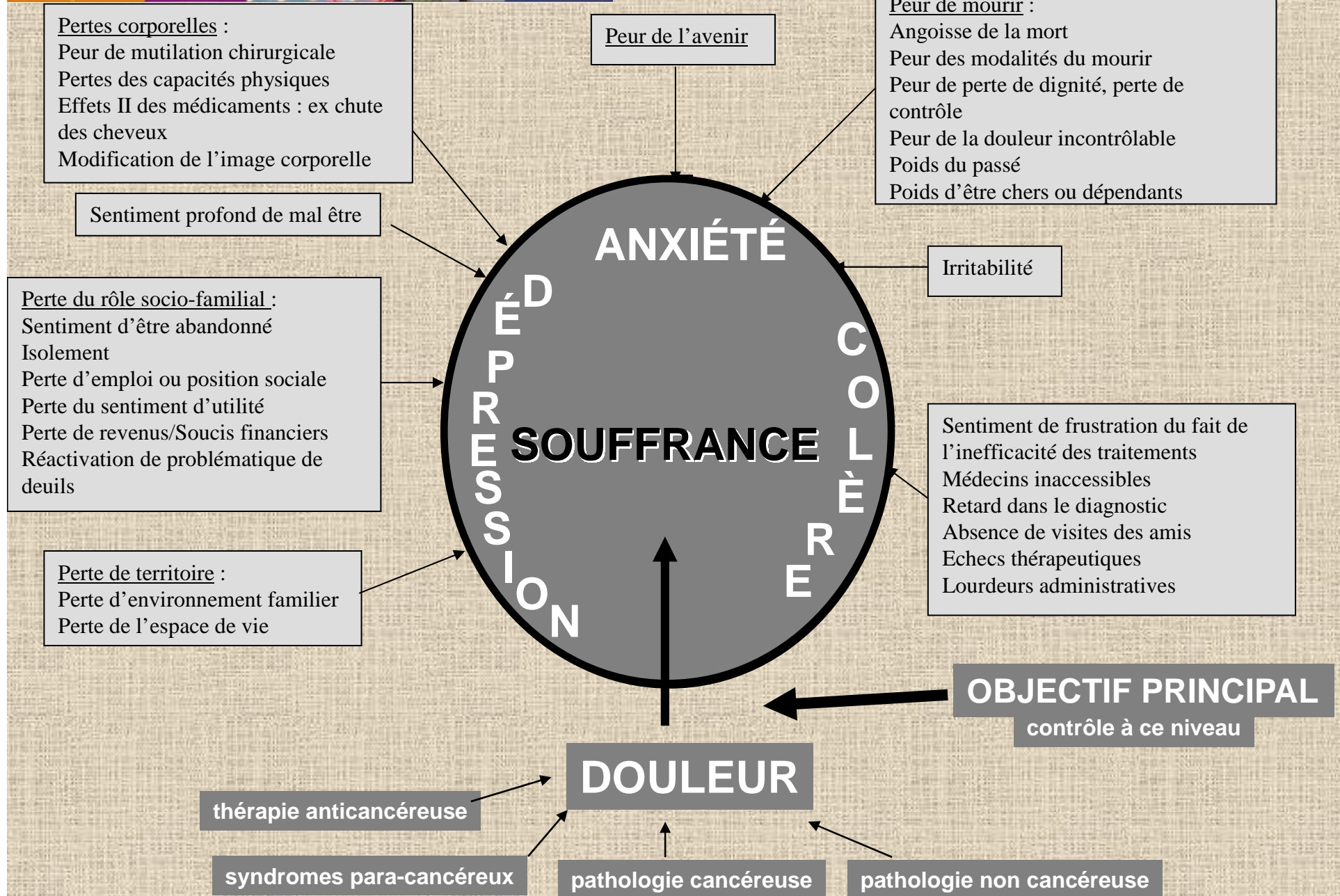
SAUNDERS C., BAINES M., DUNLOPA R.

- La souffrance spirituelle: par spiritualité, nous entendons toutes les questions qui tournent autour du sens de la vie, de l'existence du patient, de l'épreuve de sa maladie, de l'épreuve de la souffrance.
- La souffrance sociale: elle prend source dans tout ce qui peut poser problème dans les liens du patient avec sa famille et son environnement. L'épreuve de la maladie crée une situation d'altérité. Elle donne potentiellement la sensation pour le patient d'être dans une relation d'inégalité, de grande dépendance, voire de déchéance, cela peut conduire le patient à un sentiment de perte de dignité.



Souffrance - Total Pain

d'après le profil psychologique du patient cancéreux présentant des douleurs (selon Chapman modifié 1999)





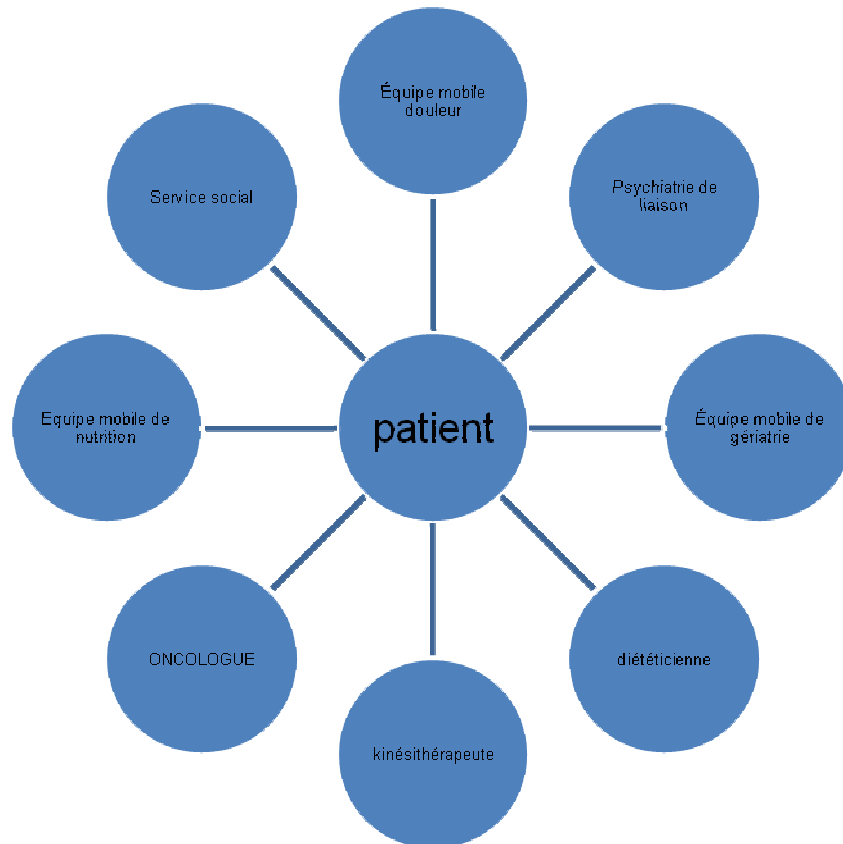
Contexte et contraintes de l'équipe de soins somatiques

- Cadre de l'équipe de soins somatiques :
 - Rythme des consultations
 - Temporalité des soins
 - Multiples missions : évaluer, décider, transmettre, informer...
- Complexité du diagnostic de dépression en oncologie
- Mouvements psychodynamiques et stratégies de coping du patient... et du soignant



- Douleur → avis douleur
 - Perte d'appétit, amaigrissement → avis diététique
 - Anxiété, insomnie → avis psychologique
 - Maintien au domicile difficile, perte d'autonomie → avis social
 - ...
- Champ privilégié d'approche **globale**, unité somatopsychique de l'individu
- Intrication avec liens de causalité plutôt **circulaires** que linéaires

Intrications organo-dépressives



Souffrance / dépression et

cancers (Dolbeault, Marx, Saltel,

« Dépression et cancers », *Dépression et comorbidités somatiques*, Masson, Acanthe, 2003)

- Concept de « **détresse psychologique** » (J.Holland) :
 - expérience émotionnelle désagréable, de nature psychologique, sociale et spirituelle, qui influe sur la capacité à « faire face », de façon efficace, au cancer et à ses traitements
 - s’inscrit sur un « **continuum** » allant des sentiments « normaux » de vulnérabilité, tristesse, craintes, jusqu’à des difficultés pouvant devenir invalidantes, telles que l’anxiété, la dépression
- Point de vue **psychopathologique** : notion de **rupture**, par rapport aux modalités de fonctionnement psychique antérieures (troubles psychiatriques)
- Des troubles de l’adaptation à la dépression ?
 - Concept de « coping » / stratégies d’adaptation
 - Si échec ⇒ troubles de l’adaptation
 - Troubles dépressifs

Mécanismes de défense (courant psychanalytique)

Liste non exhaustive :

- **Mécanismes de défense psychotiques** : angoisse de morcellement, de mort (au sens éclatement) :
 - Déni, projection, introjection, clivage, mépris de l'objet, triomphe, régression, déni, forclusion
- **Mécanismes de défense névrotiques** : angoisse de castration
 - Le refoulement
 - Formation réactionnelle, isolation, déplacement, condensation, annulation rétroactive, rationalisation, dénégation, sublimation, inhibition

Mécanismes de défense

Fonction adaptative (Bergeret)

- « Normalement » les mécanismes de défense :
 - Protègent la cohésion de l'appareil psychique.
 - Facilitent l'adaptation au monde externe.
- « Un sujet n'est jamais malade parce qu'il a des défenses mais parce que les défenses qu'il utilise habituellement s'avèrent :
 - **inefficaces,**
 - **rigides,**
 - **trop peu variées,**
 - **mal adaptées à la réalité interne et externe »**

Coping

(approche cognitivo-comportementale)

- « L'ensemble des **efforts** cognitifs, comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer les exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont **évaluées** (par la personne) comme consommant ou excédant ses **ressources**. » (Lazarus et Folkman, 1984)

• **IL N'EXISTE PAS UN « BON COPING »**

IL S'AGIT LE PLUS SOUVENT D'UN EQUILIBRE
EN LIEN

AVEC LA « CONTROLABILITE »

DE L'ÉVÉNEMENT, LE RESEAU SOCIAL ET SOUS TENDU

PAR LA PERSONNALITE

(MECANISMES DE DEFENSE DU SUJET)



8 mécanismes de défense et processus de **coping** de base (Plutchik 1995)

Mécanisme de défense	Coping
Refoulement, isolation	Évitement
Déni	Minimisation
Déplacement	Substitution
Régression, passage à l'acte	Recherche de soutien social
Compensation, identification, fantasmes	Remplacement
Intellectualisation, sublimation	Recherche d'information
Projection	Rejeter la responsabilité
Formation réactionnelle	Renversement

Comment et quand évoquer la dépression parmi les plaintes somatiques du patient atteint de cancer ?

2 - COORDINATION ET PLURIDISCIPLINARITÉ : CAS DE L'ÉVALUATION PRÉ-THÉRAPEUTIQUE

Evaluation Troubles psychiques en Cancérologie

(à partir de Cathebras, « Démarches diagnostiques et évaluation », *Dépression et comorbidités somatiques*, Masson, Acanthe, 2003)

- 1- Eliminer un trouble psychique d'origine **organique** ou **iatrogénique**
- **2- Analyse sémiologique** précise (dépression, troubles de l'adaptation, confusion)
- 3- Repérer les **processus adaptatifs** : mécanismes défensifs, coping, personnalité et fonctionnement psychique
- 4- Evaluation du **contexte** affectif, familial, social, culturel et modalités relationnelles
- 5- Utilisation possible d'**échelles** d'évaluation courtes, simples et validées (dépression ++ : HAD)
- 6- Instrument d'évaluation bio-psycho-social : **INTERMED** (1995) (Stiefel et al, INTERMED : a method to assess health service needs : results on its validity and clinical use, General Hospital Psychiatry, 21, 1999)

Comment et quand évoquer la dépression parmi les plaintes somatiques du patient atteint de cancer ?

**COORDINATION ET PLURIDISCIPLINARITÉ :
INTERFÉRON – EVALUATION
PSYCHIATRIQUE EN ONCODERMATOLOGIE**

Interféron et Mélanome

Dreno B, Interféron et mélanome malin, Revue de
médecine interne 23 suppl 4 (2002)

- AMM : traitement adjuvant des mélanomes malins avec indice de Breslow $> 1,5$ mm
- Stade II (classification AJCC) :
 - Adjuvant de la chirurgie (exérèse)
- Stade III (envahissement ganglionnaire locorégional) :
 - Adjuvant de la chirurgie (curage)

Troubles psychiatriques et IFN

- Des troubles anxieux, des troubles de l'adaptation et des troubles dépressifs sont fréquemment rapportés au cours du traitement par interféron alpha.
- Ils rentrent possiblement en résonance avec les symptômes psychiatriques même de la maladie traitée.
- Des conduites suicidaires ont aussi été signalées.

Clinique IFN

De Stoppeleire et al, Troubles psychiatriques associés à l'hépatite C et à son traitement par l'interféron alpha : revue de la littérature, Annales Médico Psychologiques 164 (2006)

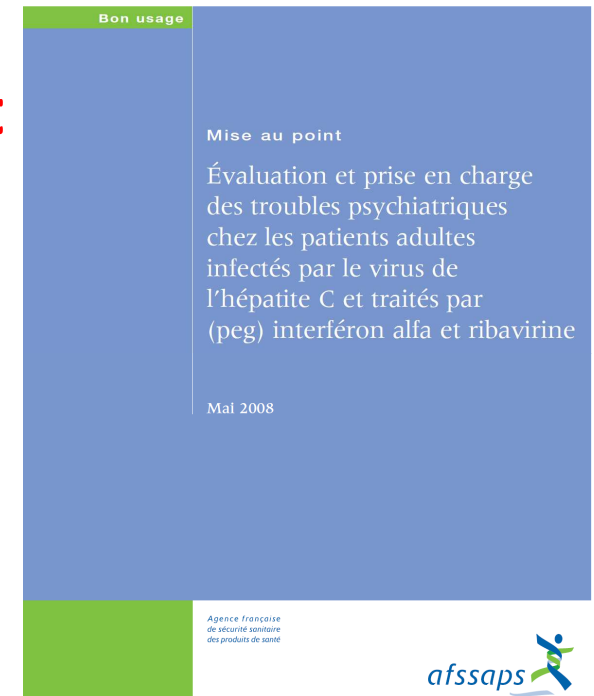
- Signes d'apparition précoce souvent associés au syndrome pseudo-grippal en **début de traitement** :
 - céphalées, asthénie, somnolence, troubles mnésiques.
- Manifestations subaigües et chroniques, variées, survenue à partir de la **deuxième ou troisième semaine de traitement** :
 - troubles de l'humeur, du comportement, manifestations de traits de personnalité, perturbations cognitives.
- Episode thymique, survenue de **un à trois mois après l'instauration de l'interféron.**
 - Etat dépressif (21 à 58%) : association fréquente de symptômes dépressifs et de symptômes neurovégétatifs (suite au syndrome neurovégétatif initial)
 - Episodes maniaques : rapportés.
 - Rechercher le symptôme irritabilité : mixité de l'humeur dans un tel contexte organique.
- Des manifestations psychiatriques ont été rapportées **plusieurs mois après l'arrêt du traitement** par interféron.

Facteurs de risque

- Intrinsèques au TTT:
 - Dosage, durée, voie d'administration
- Intrinsèques au patient:
 - **Sp psychiatriques lors du début de TTT** (sp dépressifs et anxieux)+++
 - **Faible support social**
 - Autres : TTT psychiatriques, ATCD psy, Sexe féminin, Patient très âgé
- Facteurs physiologiques:
 - réponse exagérée de l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien à la première injection d'interféron alpha

Evaluation et PEC

- **Collaboration étroite** entre les différents partenaires des soins, **à toutes les étapes** du parcours de soins.
- **Avis d'un psychiatre** recommandé en cas
 - d'antécédent de trouble psychiatrique ayant nécessité l'hospitalisation du patient ou une consultation spécialisée,
 - de traitement par thymorégulateur ou antipsychotique dans l'année écoulée,
 - d'antécédent de troubles psychiatriques lors d'un traitement antérieur par interféron alpha,
 - de mise en évidence d'un épisode dépressif caractérisé, d'un risque suicidaire, d'un trouble bipolaire et/ou d'un trouble du comportement actuel(s).
- **Avis d'un addictologue** recommandé pour les patients présentant un usage de toxiques actuel ou dans l'année écoulée.
- L'état psychiatrique du patient doit être stabilisé avant la mise en route du traitement par interféron. Le **patient et son entourage** doivent être informés des risques liés au traitement.



Evaluation des troubles psychiatriques chez les patients adultes traités en adjuvant pour un mélanome par INTERFERON α – *CHU Nantes*

➤ Avant l'initiation du traitement par INTERFERON α

L'instauration d'un traitement en adjuvant par INTERFERON n'est généralement pas une urgence (même s'il est souhaitable de débiter ce traitement dans les 6 semaines après la reprise); aussi il est important de prendre le temps nécessaire pour établir un bilan psychiatrique du patient et identifier les situations pour lesquelles un avis spécialisé est nécessaire.

Il convient :

- **d'interroger le patient** sur :
 - ✓ ses **antécédents** personnels et familiaux psychiatriques,
 - ✓ sur la prise de **psychotrope**,
 - ✓ l'existence de **conduites addictives**,
- de **rechercher à l'interrogatoire la notion d'élément dépressif** (moral, sommeil...) (cf. mémo en annexe 1),
- de faire remplir au patient **l'échelle HADS** (Hospital Anxiety and Depression Scale).



« Mémo-Guide pour l'exploration des symptômes dépressifs »

M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview French Version 5.0.0 Vie entière DSM-IV

- Humeur / intérêt-plaisir
- Sommeil
- Idéations suicidaires



Echelle HADS

Evaluation de l'anxiété et de la dépression HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD)

Référence : Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983 ;67 :361-70

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions et entourez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

<p>(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <p>3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais</p>	<p>(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <p>3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais</p>
<p>(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <p>0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus</p>	<p>(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <p>0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent</p>
<p>(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <p>3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout</p>	<p>(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <p>3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant d'attention que par le passé</p>
<p>(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses :</p> <p>0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout</p>	<p>(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <p>3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout</p>
<p>(5-A) Je me fais du souci :</p> <p>3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement</p>	<p>(12-D) Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses :</p> <p>0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais</p>
<p>(6-D) Je suis de bonne humeur :</p> <p>3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps</p>	<p>(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p>3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais</p>
<p>(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <p>0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais</p>	<p>(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :</p> <p>0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement</p>

SCORE (à remplir par le médecin)

Somme du sous score A (1+3+5+7+9+11+13)

Somme du sous score D (2+4+6+8+10+12+14)

Somme totale des deux sous scores



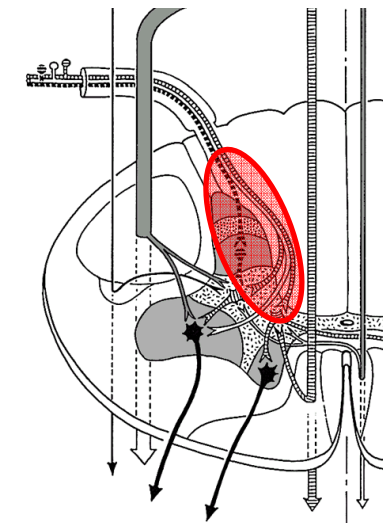
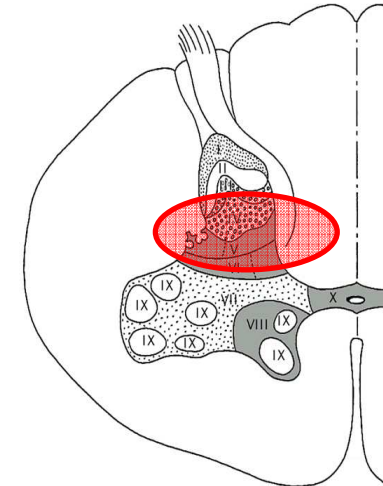
Comment et quand évoquer la dépression parmi les plaintes somatiques du patient atteint de cancer ?

COORDINATION ET PLURIDISCIPLINARITÉ : ADMINISTRATION INTRA-THÉCALE D'ANTALGIQUES

Coordination et pluridisciplinarité ADMINISTRATION INTRA- THÉCALE D'ANTALGIQUES

Principe:

- Apporter une (des) molécule(s) au contact des récepteurs de la corne dorsale de la moelle
- où les neurones convergents reçoivent des afférences des fibres A δ et C





Coordination et pluridisciplinarité ADMINISTRATION INTRA- THÉCALE D'ANTALGIQUES

Administer au plus près de la moelle, en continu, et au long cours, des antalgiques associés pour :

- Diminuer les doses administrées (1)
- Réduire les effets secondaires (1)
- Améliorer antalgie (1) (2) et qualité de vie
- Amélioration de la survie
- Maintien à domicile
- Utilisation d'analgésiques spécifiques non morphiniques
 - Anesthésiques Locaux, Ziconotide, Clonidine

(1) Smith TJ, Staats PS, Deer T, et al, Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. J Clin Oncol. 2002 Oct 1;20(19):4040-9 (2) D.Dupoiron, Douleur chronique cancéreuse et analgésie intrathécale : expérience de trois centres de lutte contre le cancer Douleurs vol 12 issue 3 june 2011 P 140-146





Coordination et pluridisciplinarité ADMINISTRATION INTRA-THÉCALE D'ANTALGIQUES

Effets recherchés, ressentis de la morphine:

-Effet sédatif

-Effet d'anxiolyse

(vigilance si ATCD de troubles addictifs)

Diminution nette de ces effets par voie IT

Implantation de matériel:

-Corps étranger

-Altération de l'image corporelle

Perte de la maîtrise et du contrôle (arrêt de la prise de cps)

Attente d'une solution miracle

**Nécessité d'une évaluation pluridisciplinaire,
avis psychologique, indication validée en RCP**



Comment et quand évoquer la dépression parmi les plaintes somatiques du patient atteint de cancer ?

3 - EXPÉRIENCE NANTAISE : MISSIONS ET ORGANISATION DES ÉQUIPES TRANSVERSALES ET DE LIAISON



Psychiatrie de Liaison - CAPPA J.Prévert

Service d'Addictologie et Psychiatrie de Liaison
PHU 8

- **Missions**
 - Évaluation de la souffrance psychique dans le contexte d'une intervention médico-chirurgicale ou d'une maladie somatique
 - Intervention pour des patients présentant des troubles psychiques ou psychiatriques, connus ou supposés, en lien ou non avec leur pathologie somatique
 - Échange avec les équipes médico-chirurgicales, dans une approche globale
- **Interventions de l'équipe pluriprofessionnelle (infirmiers, psychologues, psychiatres)**
 - Accueil et orientation des demandes
 - Interventions au lit du patient (entretien, espace de parole, évaluation diagnostique et thérapeutique, orientation)
 - Participation à l'élaboration du projet de soins de certains patients complexes





Equipe mobile douleur

Centre Fédératif douleur-Soins de supports-Soins palliatifs CAT 2

- **Missions**
 - Évaluation de la douleur
 - Ajustement des thérapeutiques médicamenteuses
 - Aide à la mise en place de thérapies complémentaires
 - Acculturation de équipes
 - Formation à la prise en charge de la douleur initiale et continue
 - Travail à l'amélioration des pratiques en lien avec le CLUD-SP
- **Interventions de l'équipe pluriprofessionnelle (infirmiers, médecins algologues)**
 - Accueil et orientation des demandes
 - Interventions au lit du patient (entretien, évaluation, proposition de prise en charge)
 - Temps de concertation avec les autres équipes transversales
 - Coordination pour le recours à un geste d'algologie interventionnel, relais de prise en charge sur le CETD, avec l'équipe mobile de soins de supports-soins palliatifs



Limites du cadre

- Ajustement au « **virage ambulatoire** » de l'hôpital :
venues HDJ
 - Rythme des soins somatiques
 - Temporalité précise
 - Intégration aux autres soins et interventions
- **Risques** :
 - Superposition des intervenants
 - Dilution de la décision
 - Manque de concertation
 - Perte de référence médicale
- Limitation des **suivis**
 - Filière d'aval ?
 - Anticipation des relais (psy, MT), (CETD, thérapeutes en libéral, MT), des ressources externes et internes



Facteurs d'une prise en charge optimale

- Evaluation/réévaluations, **propositions** thérapeutiques, approches psychothérapeutiques
- **Concertation** pluridisciplinaire
- **Référence médicale** et coordination par l'oncologue et l'équipe d'oncologie
- Lien avec le **MT**
- **Relais** à anticiper sur l'extérieur
- Place et rôle du **patient** dans les soins

