

Aspects normaux et pathologiques de la tristesse associée au cancer en phase avancée

Annie Tremblay MD, FRCPC

Séverine Hervouet, Ph.D.(c). psychologue

Équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle

Hôtel-Dieu de Québec



Objectifs d'apprentissage

- Connaître différents repères pour mieux différencier la tristesse normale de la dépression dans un contexte de cancer avancé
- Connaître les défis et particularités de la dépression chez les personnes avec un cancer avancé
- Connaître les stratégies de traitement de la dépression
- Connaître différentes interventions psychothérapeutiques pour traiter la dépression chez les personnes avec un cancer avancé
- Connaître différentes interventions psychopharmacologiques pour traiter la dépression chez les personnes avec un cancer avancé

Plan

- Introduction
- La réaction « normale » à la maladie et ses variantes
- La dépression majeure
- Les traitements documentés de la dépression en phase avancée de cancer:

psychothérapies

pharmacothérapie

Conclusion

L'impact émotionnel d'un parcours en oncologie

- L'expérience du cancer représente pour beaucoup de gens une des expériences de vie la plus difficile en raison des nombreux défis multidimensionnels qu'elle peut présenter
 - 50% des personnes atteintes de cancer présenteront des difficultés émotionnelles plus importantes et de différentes formes: adaptation difficile, insomnie, anxiété, humeur triste.
-

Plusieurs réactions possibles à tout moment dans une trajectoire de soins en oncologie

- Ne pas y croire
- Se laisser aller, se décourager, se sentir coupable
- Penser à la mort (par crainte ou par souhait)
- Être en colère
- Être anxieux
- Être triste

La durée, le nombre, l'intensité des symptômes ainsi que leur impact sur le fonctionnement et sur la qualité de vie aideront au diagnostic différentiel de la dépression

Plusieurs réactions possibles face à un diagnostic de cancer en phase palliative

- Deuil de la guérison
 - Crainte imminente de la mort
 - Désespoir: normal ou pas
 - Découragement
 - Deuil anticipé ou la préparation à la mort
-

Diagnostic différentiel de la réaction possible face à un diagnostic de cancer en phase palliative

- Sickness behavior syndrome
 - Trouble de l'adaptation
 - Dépression majeure
 - Syndrome de démoralisation
-

Qu'est-ce que la dépression?

- La présence persistante sur une période de 2 semaines de 5 des symptômes suivants:
 - Humeur dépressive la majeure partie de la journée
 - Perte d'intérêt et de plaisir
 - Changements de poids
 - Changements de sommeil
 - Changements d'activité psychomotrice
 - Fatigue/ perte d'énergie
 - Culpabilité, sentiment d'inutilité
 - Indécision, troubles de la concentration
 - Pensées récurrentes de mort , idées suicidaires ou geste suicidaire

**** Impact significatif sur le fonctionnement
et/ou souffrance significative en lien avec les symptômes**

Diagnostic différentiel de la réaction possible face à un diagnostic de cancer en phase palliative: en résumé

Dépression majeure	Syndrome de démoralisation	« Cytokine-induced Sickness syndrome »	Trouble de l'adaptation
Anhédonie Isolement social Fatigue Anorexie-perte de poids Troubles du sommeil Troubles cognitifs Diminution de la libido Ralentissement psychomoteur Hyperalgie Humeur déprimée Culpabilité/dévalorisation Idéation suicidaire	Isolement social Humeur dysphorique Impuissance Désespoir Perte de sens Sentiment d'échec personnel	Anhédonie Isolement social Fatigue Anorexie-perte de poids Troubles du sommeil Troubles cognitifs Diminution de la libido Ralentissement psychomoteur Hyperalgie	Stresseur identifié Autres symptômes mais ne répondant pas aux critères de la dépression majeure (en nombre et en durée) Changement soutenu de l'humeur (triste-anxieuse ou mixte)

Inspiré de :Raison, CL. & Miller, AH. (2003). Depression in cancer: New developments regarding diagnosis and treatment. *Biological Psychiatry*, 54, 283-294.; Chochinov MH, Breitbart W, *Handbook of psychiatry in palliative care*, 2009.

Pourquoi parlons-nous de la dépression chez les personnes atteintes de cancer?

- L'évaluation du vécu émotionnel et psychologique de la personne atteinte demeure toujours d'actualité dans nos milieux de soins.
- 5-15% des patients souffrant de cancer rencontrent les critères d'une dépression majeure selon le DSM, un 10-15% additionnel en présenterait des symptômes.
- 5-20% des patients en phase avancée de cancer vont rencontrer les critères d'un épisode dépressif majeur et un autre 15-20% en présenteront des symptômes.

Facteurs de vulnérabilité associés à une fréquence plus élevée de dépression en oncologie

Biologiques	Psychologiques-spirituels	Sociaux
<p>Âge jeune</p> <p>Antécédents personnels et familiaux de dépression</p> <p>Maladie avancée</p> <p>Type de cancer: pancréas, ORL, pulmonaire, cerveau, sein</p> <p>Statut fonctionnel</p> <p>Symptômes physiques mal contrôlés: douleur-fatigue</p> <p>Atteinte du Système Nerveux central</p>	<p>Perception d'un faible réseau de soutien</p> <p>Attachement anxieux ou ambivalent</p> <p>Attitude de faible optimisme et d'ambivalence face à l'expression des émotions « négatives »</p> <p>Faible estime personnel</p> <p>Préoccupations existentielles</p>	<p>Faible/absence de réseau de soutien</p> <p>Fonctionnement social pauvre au long cours</p> <p>Pertes relationnelles récentes</p> <p>Autres stressseurs de vie concomitants</p> <p>Antécédents d'abus et de traumatisme</p> <p>Antécédents d'abus de substances</p>

Une complication de la dépression: le suicide et les souhaits de mort avancés

- Les personnes atteintes de cancer présentent deux fois le risque de la population générale pour un suicide complété.

Rockette IRH, Wang S et al. 2007

- Le cancer demeure à ce jour la seule maladie physique clairement reconnue comme un facteur de risque associée à un suicide complété.

Rockette IRH, Wang S et al. 2007

- La dépression demeure à ce jour le meilleur prédicteur du développement de souhaits de mort avancée (idées de mort passive, arrêt de traitement, SA, euthanasie)

Chochinov et al. 1995, Massie MJ 2004

Une complication de la dépression: le suicide et les souhaits de mort avancés

- En phase avancée de cancer: un pauvre pronostic, le délirium, la douleur non-soulagée la dépression et le désespoir sont des facteurs associés à un risque suicidaire plus élevé
 - Le désespoir et la dépression demeurent les facteurs plus fréquemment rencontrés dans un contexte de souhaits de mort avancée ainsi qu'un faible réseau de soutien et la présence de troubles cognitifs
 - 1-17% des patients en phase avancée de maladie exprimeront des souhaits de mort avancée
-

Impact de la dépression non-traitée en oncologie

- Qualité de vie moindre
 - Difficultés d'observance au traitement accrues
 - Durées d'hospitalisation plus longue
 - Perception de douleur accrue
 - Difficultés décisionnelles entourant le choix des soins en fin de vie
 - Augmentation des souhaits de mort avancés
 - Par contre, pas d'impact démontré clairement sur le pronostic
-

Faciliter le diagnostic de la dépression

- **Utilité des processus de dépistage en milieu de soins:**

- Seulement 1/3 des syndromes dépressifs seraient identifiés
- Seulement 14% des milieux en oncologie utiliseraient un processus de dépistage
- Le dépistage ne modifie pas l'évolution de la dépression, il doit se compléter d'un processus d'évaluation et d'une intervention
- Le processus d'évaluation le mieux validé demeure l'entrevue diagnostique

Recommandations générales pour le diagnostic de dépression en phase avancée de maladie

- Étant donné la difficulté réelle de diagnostiquer un trouble dépressif en soins palliatifs, l'habileté à détecter un trouble dépressif majeur demeure à ce jour moins importante que l'habileté à détecter les symptômes dépressifs remédiables par traitement.

Rayner et al., 2009. *Curr Opin Support Palliat Care*

- L'approche inclusive (considérant tous les symptômes présents) est recommandée pour éviter la sous-estimation

IPOS, <http://www.ipos-society.org/professionals/meetings-ed/core-curriculum/core-curriculum-pres.htm#>

Guides de pratique en cours d'élaboration

- European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) :
 - Objectifs: améliorer le traitement de la douleur, de la dépression et de la cachexie.
 - UK Complex Interventions: Assessments trials and implementation of Services in Supportive and Palliative Care (Compass)
 - Objectifs: développer différents outils pour améliorer l'évaluation de la détresse psychologique en fin de vie.
 - NCCN Distress management guidelines
 - Objectifs: Guide de pratique pour l'évaluation, le traitement et le suivi des patients présentant un trouble de l'humeur
-

Traitement de la dépression: les recommandations

État des évidences cliniques actuelles:

La psychothérapie: thérapie cognitive-comportementale, thérapie existentielle, psycho-éducation, psychothérapie de soutien (intégratif) individuel/groupe

La psychopharmacologie: antidépresseurs (ISRS, IRNA, TC, psychostimulants)

NCCN 2009, Robinson MJ Owen JA, 2205, OkamuraM et al. 2008

Une situation particulière: L'efficacité de la psychothérapie en phase avancée de la maladie

- Conclusions tirées de la seule méta-analyses existante à ce jour ($N = 780$):
 - Efficacité démontrée de la psychothérapie dans le traitement de la dépression en fin de vie
 - Principalement des études ayant choisi la thérapie de soutien comme approche thérapeutique
 - Limites
 - Peu d'études de qualité méthodologique suffisante
 - Peu d'études conduites avec l'approche cognitive-comportementale*
-

Vignette clinique pour poursuivre la présentation en application



63 ans, dx cancer ovarien, stade IV.

Dernière ligne de traitement de chimiothérapie.

Pronostic de vie limité.

Dx: Dépression majeure

- .

Symptômes

- Anxiété (ruminations, sensations de tension).
- Pleurs fréquents, humeur irritable,
- Désintérêt pour ses proches.
- Restriction hédonique
- Dévalorisation

Cognitions

- Il ne me reste plus qu'à attendre de mourir.
- Je ne trouve plus de motivation à faire les choses.
- Je ne sers plus à rien.
- À quoi bon entamer des projets

- Souhaits de

Intervention de type cognitive-comportementale et éléments existentiels

- Psycho-éducation de la dépression
 - Activation comportementale adaptée
 - Modifier les pensées négatives par des pensées plus réalistes et des scénarios plus probables.
 - Entraînement à la relaxation guidée.
 - Bilan de vie, lègue.
 - Construire et entretenir l'espoir
-

Quelle place donner à l'éventualité de la mort : Un équilibre à trouver

Il ne me reste plus qu'à attendre de mourir maintenant



Prendre le temps de discuter de la mort afin de la « détoxifier ».

Modifier ses perceptions

Il ne me reste plus qu'à attendre de mourir



- **Continuer de vivre tant qu'on est vivant!**

- Pas de contrôle sur « Quand je vais mourir »
- Contrôle sur ce que je décide de faire du temps qu'il me reste.

Modifier ses perceptions

Je ne sers plus à rien.

**Pensée
négative**



**Pensée
réaliste**



**Pensée
positive**

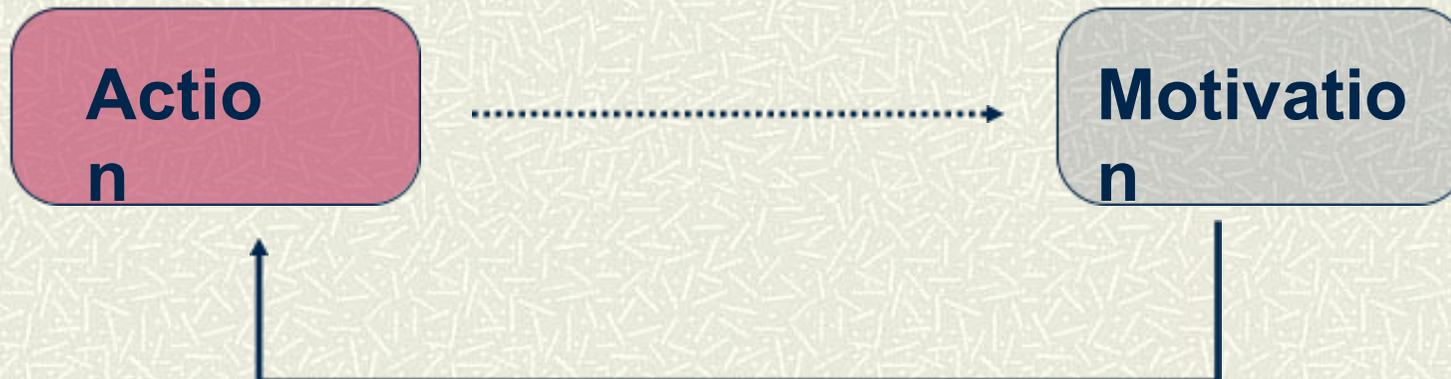
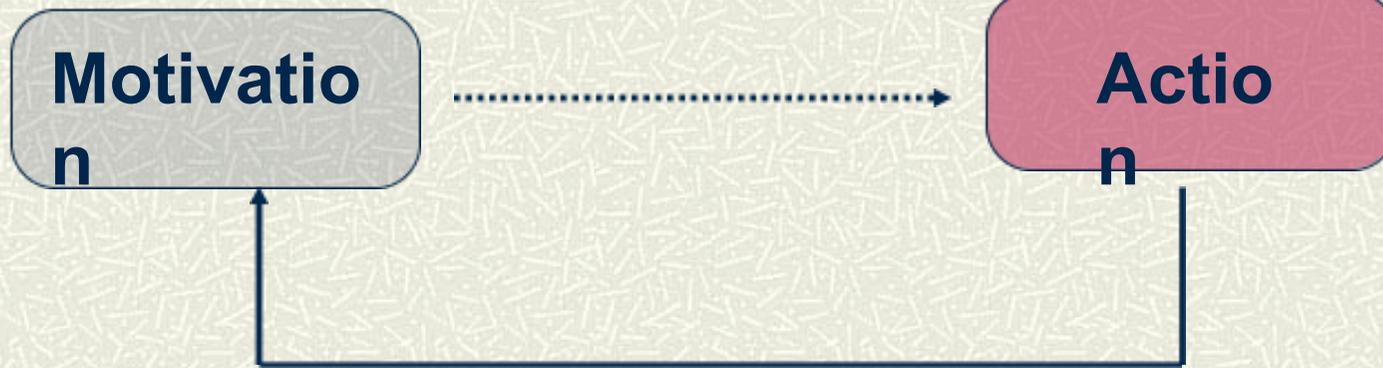


Source. Savard, J. *Faire face au cancer avec la pensée réaliste*

Attitudes à transformer vis-à-vis une éventuelle finalité

- Les patients sont amenés à focaliser sur autre chose que leur souffrance ou la douleur;
 - Cibler les tâches à terminer
 - Cibler les responsabilités envers les autres
 - Lègue, empreinte (matériel, créatif, affectif, etc)
-

Quand la motivation n'est plus: l'activation comportementale



L'ABC de l'activation comportementale

1^{ère} étape: Auto-enregistrement de ses activités

Activités	Déprime (%)	Plaisir (%)

2^{ème} étape: Identifier et planifier des activités plaisantes

qui font sens

Activités à privilégier	Activités à éviter
Ex., Faire une courte marche dans la nature	Ex., Télé

3^{ème} étape: Créer son agenda d'activités

Période de la journée / Jour de la semaine	DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
MATIN	Prendre une marche						
APRÈS-MIDI							Faire 15 min d'étirements
SOIR				Faire une petite relaxation			

Redéfinition de ses objectifs de vie

À quoi bon entamer des projets.

- L'importance de conserver des projets en dépit du temps limité.
- Ne pas laisser tomber ses rêves.
- Importance de se projeter dans le futur autrement que dans sa finalité.
- Diminuer l'importance accordée à la certitude de réaliser les projets.
 - Miser davantage sur le processus créatif entourant la mise en place du projet que sur la finalité.

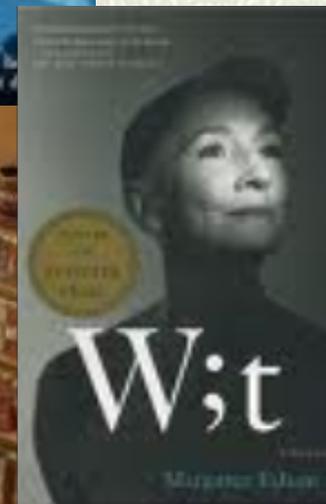
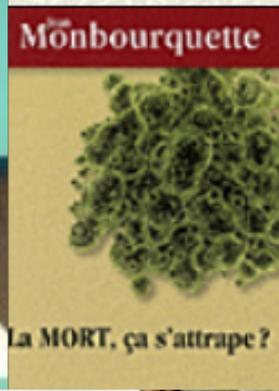
Redéfinition de ses objectifs de vie

- Liste de projets de vie passés et rêves non réalisés VS. projets toujours réalisables tels quels ou adaptés
 - **Possibilité vs. probabilité** de réaliser ses objectifs
 - Cibler les priorités en fonction de ses valeurs actuelles (ex., créatives; expérientielles; historiques)
 - Décortiquer les projets complexes
-

Construction d'un espoir réaliste

- «*Selon les statistiques, il me reste que 6 mois à vivre*»
 - Quel poids j'accorde à la véracité de cette information
 - Concept d'espoirs alternatifs :
 - vivre plus longtemps, vivre bien, vivre confortable, mourir sans souffrance, mourir entouré de ses proches,
 - préparer sa mort vs. accepter cette éventualité.
-

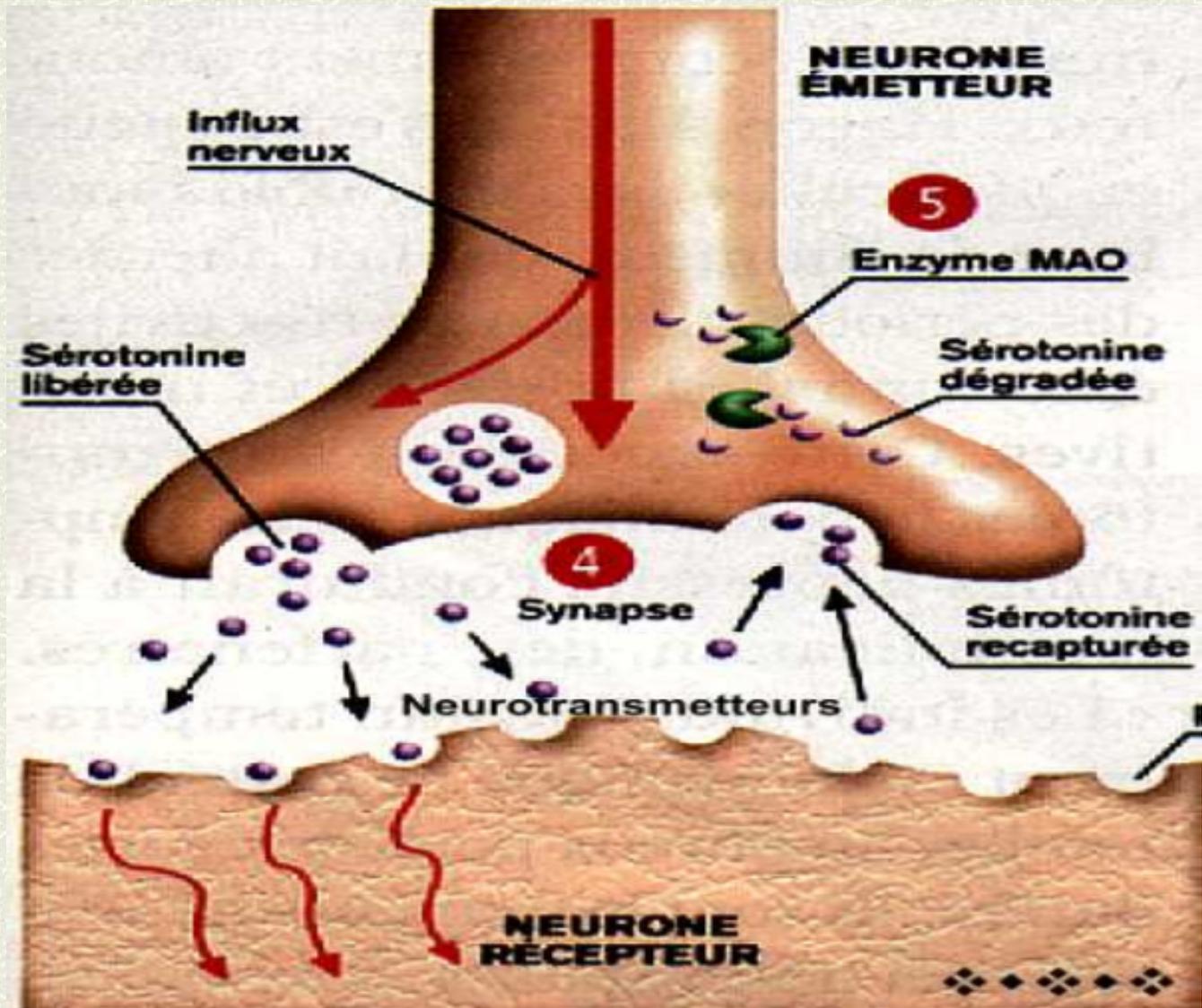
Livres de référence pour nos patients



Intervention psychopharmacologique visant le traitement de la dépression en oncologie

- Agir avec les antidépresseurs sur les changements neurotransmetteurs qui provoquent les symptômes

- **Sérotonine**
- **Noradrénaline**
- **Dopamine**



Intervention psychopharmacologique visant le traitement de la dépression en oncologie

- La pharmacothérapie nécessite un délai d'action avant d'être efficace
 - Doit être prise de façon quotidienne, doit être poursuivie la durée nécessaire pour assurer le contrôle des symptômes de la dépression.
 - La pharmacothérapie propose de nombreux médicaments pouvant être adaptés à la condition physique de la personne atteinte.
-

Intervention psychopharmacologique visant le traitement de la dépression en oncologie

- Pharmacothérapie basée sur le contrôle des symptômes plus que sur le diagnostic.
- Débuter à dose faible avec réajustements fréquents.
- Faire des choix de psychotropes en tenant compte :
 - des comorbidités médicales
 - des symptômes physiques présents
 - des interactions médicamenteuses possibles
 - des voies d'administration possible
 - du profil d'effets secondaires
 - du délai de début d'action

Intervention psychopharmacologique visant le traitement de la dépression en oncologie

Antidépresseurs	Dosages (mg)	Effets secondaires fréquents	Utilisations rapportées
TRICYCLIQUES			
<u>Amitriptyline</u>	10-150	Sédation- constipation- xérostomie	Traitement de la douleur neuropathique
Imipramine	10-200	Sédation- constipation- xérostomie	Traitement de la douleur neuropathique
<u>Désipramine</u>	10-150	Moins sédatif	Traitement de la douleur neuropathique
Nortriptyline	10-150	Moins anticholinergique Dosage sanguins nécessaires au monitoring	Traitement de la douleur neuropathique

Intervention psychopharmacologique visant le traitement de la dépression en oncologie

Antidépresseurs	Dosages (mg)	Effets secondaires fréquents	Utilisations rapportées
ISRS			
<u>Fluoxétine</u>	5-60	Intolérance gastro-intestinale	Stimulant, demi-vie longue
Sertraline	25-200	Intolérance gastro-intestinale Peu d'interactions médicamenteuses	Utilisé contre les bouffées de chaleur ménopausiques
<u>Paroxétine</u>	10-60	Intolérance gastro-intestinale Anticholinergique	Efficacité démontrée dans les troubles anxieux
Escitalopram	5-20	Intolérance g-i Peu d'interactions médicamenteuses	Efficacité démontrée dans les troubles anxieux
Fluvoxamine	25-300	Sédatif Interaction significative avec anticoagulothérapie	
Citalopram	10-60	Intolérance gastro-intestinale Peu d'interactions médicamenteuses	Efficacité démontrée dans les troubles anxieux

Intervention psychopharmacologique visant le traitement de la dépression en oncologie

Antidépresseurs	Dosages (mg)	Effets secondaires fréquents	Utilisations rapportées
AUTRES ATD			
Trazodone	25-300	Hypotension orthostatique	Sédatif dans l'insomnie réfractaire
Bupropion	75-450	Épilpesie dans le contexte d'atteinte CNS	Stimulant- cessation tabagique
Venlafaxine	37,5-300	Élévation de la TA	Co-analgésique en douleur neuropathique
Duloxétine	30-60	Intolérance gi et séadtion	Approuvé pour le traitement de la neuropathie diabétique
Mirtazapine	7,5-45	Sédation- œdème- gain de poids	Anti-émétique stimulant de l'appétit

Intervention psychopharmacologique visant le traitement de la dépression en oncologie

Antidépresseurs	Dosages (mg)	Effets secondaires fréquents	Utilisations rapportées
PSYCHOSTIMULANTS			
<u>Méthylphénidate</u>	2,5-60	Anxiété-agitation-délirium-insomnie-tremblements	Début d'action plus rapide Tx de la sédation secondaire aux opioïdes
Dextroamphétamine	2,5-60	Anxiété-agitation-délirium-insomnie-tremblements	Début d'action plus rapide Tx de la sédation secondaire aux opioïdes
Modafinil	50-400	Même effets que les autres mais à fréquence et intensité moins élevée	Début d'action plus rapide Tx de la sédation secondaire aux opioïdes

Évolution de vignette clinique

- Évolution symptomatique favorable sur 6 semaines;
 - Trois rendez-vous avec ajustement pharmacologique
 - Différence marquée dans le niveau de qualité de vie par:
 - Activation comportementale adaptée
 - Recherche de sens (orientée vers la mort en fonction de ses croyances spirituelles)
-

CONCLUSION

- Reconnaître que la dépression n'est pas une expérience normale reliée à la maladie.
 - La dépression détériore la qualité de vie et nuit à l'adaptation à la maladie
 - Apprendre à la reconnaître et la dépister efficacement
 - Il est possible avec la psychothérapie et la médication d'aider les personnes atteintes de cancer et déprimées.
-