



INTERDISCIPLINARITÉ

---

## « COMORBIDITÉS DE LA BPCO : POINTS DE VUE DES SOIGNANTS » ANXIO-DÉPRESSION AU COURS DE LA BPCO.



Tout le document et son contenu sont sous la responsabilité du Groupe Interdisciplinarité BPCO de la SPLF  
Roger Escamilla (pneumologue), Hervé Huguel (médecin généraliste), Serge Kownator (cardiologue)

**Le Groupe Interdisciplinarité BPCO de la SPLF est composé de :**

- Dr. Alain Bernady, Pneumologue, Cambo les bains
- Dr. Roger Escamilla, Pneumologue, Toulouse
- Hugues Gauchez, Kinésithérapeute, Marcq-en- Barœul
- Dr. Hervé Huguel, Médecin Généraliste, Fontenay aux Roses
- Dr. Gilles Jebrak, Pneumologue, Paris
- Bruno Julia, Pharmacien d'Officine, Lherm
- Dr. Serge Kownator, Cardiologue, Thionville
- Dr. Bertrand Legrand, Médecin Généraliste, Tourcoing
- Dr. Joël Pon, Psychiatre, Toulouse
- Pr. Nicolas Roche, Pneumologue, Paris

---

# INTRODUCTION

---

L'importance des comorbidités au cours de la BPCO est telle qu'elles sont citées dans la définition de la BPCO retenue par les experts du GOLD (Global initiative for Obstructive Lung Disease) <sup>[1]</sup>.

Certaines de ces comorbidités sont directement responsables de mortalité (cancer notamment bronchique, pathologies cardio-vasculaires) <sup>[2]</sup>, d'autres ont un impact double, indirect en empêchant une prise en charge optimale (inobservance, désimplication) et direct (suicide) <sup>[3]</sup> : **c'est le cas de la dépression.**

---

# LE POINT DE VUE DU PNEUMOLOGUE

---

Dr Gilles JEBRAK (pneumologue)

La dépression au cours de la BPCO s'accompagne de plusieurs défis pour le pneumologue.

## LE PREMIER EST ÉPIDÉMIOLOGIQUE

En effet :

- La dépression est souvent considérée comme réactionnelle à une pathologie chronique handicapante. Sa physiopathologie dans la BPCO est discutée, mais l'hypothèse la plus souvent retenue évoque l'impact d'une inflammation à point de départ bronchique. Le lien entre pathologie somatique, inflammation chronique démontrée biologiquement, et dépression ouvre un champ de recherches particulièrement intéressant. Mais il existe d'autres hypothèses physiopathologiques (iatrogène, métabolique, génétique...).
- La fréquence de la dépression est plus importante qu'attendue dans la BPCO, comparativement à d'autres maladies chroniques <sup>[4,5]</sup>, ce qui la définit comme une comorbidité. Dans une étude épidémiologique sur la dépression, les auteurs retrouvaient 15 % de dépressifs dans la population témoin sans BPCO, mais plus du double (40 %) en cas de BPCO <sup>[6]</sup>.
- Cette prévalence varie considérablement selon les études, de 8 à 80 % <sup>[4,7]</sup>, traduisant des définitions différentes de la dépression. Une prévalence d'un tiers des BPCO ayant une dépression est une estimation moyenne raisonnable <sup>[8]</sup>.
- Mais le pneumologue est confronté à des BPCO plus sévères que le MG : or la fréquence de la dépression augmente avec la sévérité de la maladie en particulier chez les patients sous oxygénothérapie au long cours <sup>[9]</sup>.

## LE SECOND DÉFI EST DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE

- Difficultés de diagnostic de la dépression : contrairement au diagnostic d'HTA, de diabète, d'ostéoporose, exemples d'autres comorbidités de la BPCO, il n'y a pas d'outil de mesure objective de la dépression. Il existe bien des échelles <sup>[10]</sup>, mais de toute façon,

le diagnostic repose sur des éléments cliniques. Ainsi cette comorbidité est méconnue et non traitée dans une majorité de cas <sup>[11]</sup>.

- Les conséquences de la dépression sur la BPCO sont insidieuses, mais sévères impactant le pronostic vital, la qualité de vie, la fonction respiratoire, le risque d'exacerbations et d'hospitalisation, les coûts pour la société <sup>[12,14]</sup>. La dépression diminue les possibilités thérapeutiques <sup>[15,16]</sup>.

## LE TROISIÈME DÉFI EST CELUI DE LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DE LA DÉPRESSION EN CAS DE BPCO

En effet, la crainte d'une dépression des centres respiratoires par les psychotropes chez les BPCO au stade d'insuffisance respiratoire est une préoccupation constante <sup>[17]</sup>. Le traitement de la dépression repose sur deux piliers <sup>[18]</sup> :

- Les médicaments antidépresseurs. Du fait de leurs effets secondaires, ils s'adressent aux dépressions sévères <sup>[19]</sup>. Ils sont répartis en deux grandes classes : les plus anciens sont les antidépresseurs tricycliques qui inhibent la recapture de neurotransmetteurs non sélectivement (sérotonine, dopamine, noradrénaline), et les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine, actuellement plus souvent utilisés. Une revue générale montrait que les études spécifiquement réalisées en cas de BPCO sont méthodologiquement critiquables, intégrant des effectifs faibles, avec parfois de nombreuses sorties d'études du fait d'effets secondaires. Dans ce contexte, il n'y a pas d'études comparant directement les médicaments entre eux, mais les effets secondaires des tricycliques font privilégier des molécules plus récentes. Il faut être particulièrement prudent chez les BPCO âgés <sup>[20]</sup>. La surveillance de la tolérance est particulièrement importante dans les premières semaines d'instauration du traitement, et l'évaluation du bénéfice se fait dans le premier mois.
- Les résultats de la thérapie comportementale cognitive divergent d'une étude à l'autre. Globalement elle améliore la qualité de vie, mais ne modifie pas toujours les scores de dépression et d'anxiété <sup>[18]</sup>. Elle doit inclure des éléments d'éducation spécifique pour la BPCO en particulier pour rompre le cercle vicieux induit par dyspnée et dépression. C'est le traitement de choix de la dépression des patients atteints de BPCO <sup>[19]</sup>.

D'autres prises en charge psychothérapeutiques (psychothérapie de groupe, relaxation, réhabilitation respiratoire) ont démontré leur efficacité <sup>[18]</sup>.

Les dépressions sévères, bipolaires ou associées à d'autres comorbidités psychiatriques nécessitent un avis psychiatrique spécialisé.

## RÉFÉRENCES

1. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, Barnes PJ, Fabbri LM, Martinez FJ, Nishimura M, Stockley RA, Sin DD, Rodriguez-Roisin R. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013; 187: 347-65.
2. Sin DD, Anthonisen NR, Soriano JB, Agusti AG. Mortality in COPD: Role of comorbidities. *Eur Respir J.* 2006; 28: 1245-57.
3. Hegerl U, Mergl R. Depression and suicidality in COPD: understandable reaction or independent disorders? *Eur Respir J* 2014; 44: 734-743.
4. van den Bemt L, Schermer T, Bor H, Smink R, van Weel-Baumgarten E, Lucassen P, van Weel C. The risk for depression comorbidity in patients with COPD. *Chest.* 2009; 135: 108-14.
5. García-Olmos L, Alberquilla A, Ayala V, García-Sagredo P, Morales L, Carmona M, de Tena-Dávila MJ, Pascual M, Muñoz A, Salvador CH, Monteagudo JL. Comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease in family practice: a cross sectional study. *BMC Fam Pract.* 2013; 14: 11.
6. Norwood RJ. A review of etiologies of depression in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2007; 2: 485-91.
7. Yohannes AM, Willgoss T, Baldwin R, Connolly M. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010; 25: 1209-21.
8. Ninot G. L'anxiété et la dépression associées à la BPCO : une revue de question. *Rev Malad Respir.* 2011; 28: 739-48.
9. Cavallès A, Brinchault-Rabin G, Dixmier A, Goupil F, Gut-Gobert C, Marchand-Adam S, Meurice JC, Morel H, Person-Tacnet C, Leroyer C, Diot P. Comorbidities of COPD. *Eur Respir Rev.* 2013; 130: 454-75.
10. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002; 52: 69-77.
11. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP, Stanley MA. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest.* 2005; 127: 1205-11.
12. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med.* 2007; 167: 60-7.
13. de Voogd JN, Wempe JB, Koëter GH, Postma K, van Sonderen E, Ranchor AV, Coyne JC, Sanderman R. Depressive symptoms as predictors of mortality in patients with COPD. *Chest.* 2009; 135: 619-25.
14. Laurin C, Moullec G, Bacon SL, Lavoie KL. Impact of anxiety and depression on chronic obstructive pulmonary disease exacerbation risk. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012; 185: 918-23.
15. von Leupoldt A, Taube K, Lehman K, Fritzsche A, Magnussen H. The impact of anxiety and depression on outcomes of pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest.* 2011; 140: 730-6.
16. Berlin I, Covey LS. Pre-cessation depressive mood predicts failure to quit smoking: the role of coping and personality traits. *Addiction.* 2006; 101: 1814-21.
17. Ekström MP, Bornefalk-Hermansson A, Abernethy AP, Currow DC. Safety of benzodiazepines and opioids in very severe respiratory disease: national prospective study. *BMJ.* 2014; 348: g445.
18. Fritzsche A, Clamor A, von Leupoldt A. Effects of medical and psychological treatment of depression in patients with COPD-- a review. *Respir Med.* 2011; 105: 1422-33.
19. Tselebis A, Pachi A, Ilias I, Kosmas E, Bratis D, Moussas G, Tzanakis N. Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016 Feb 9; 12: 297-328.
20. Yohannes AM, Connolly MJ, Baldwin RC. A feasibility study of antidepressant drug therapy in depressed elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001; 16: 451-4.

---

# LE POINT DE VUE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

---

Dr Hervé HUGUEL (médecin généraliste)

Le MG joue un rôle particulièrement important dans la prise en charge et l'évaluation de l'impact des maladies chroniques telles que la BPCO. L'une des particularités de la BPCO est son incidence sous-évaluée en France en raison de difficultés diagnostiques et de la pauvreté des symptômes exprimés au stade précoce. Une autre particularité est l'existence de comorbidités variées et fréquentes qui peuvent être au premier plan amenant souvent à un diagnostic tardif. Notre système de santé et son parcours de soins ont fait du MG le pivot de la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie. Le MG est le mieux placé pour évaluer tous les critères médicaux, sociaux et environnementaux de son patient.

Il est :

- Le premier recours médical dans la prise en charge des pathologies chroniques.
- Le mieux placé pour connaître le milieu de vie du patient, et l'ensemble de ses pathologies.

Parmi les comorbidités de la BPCO, l'anxiété et la dépression sont particulièrement fréquentes et elles aggravent le retentissement de la BPCO : l'anxiété aggrave la dyspnée et la dyspnée aggrave l'anxiété<sup>[1]</sup>. Tout ceci majore l'asthénie.

La présence d'éléments anxiodépressifs entraîne une résignation, un fatalisme avec augmentation des conduites à risque, un renoncement voire un abandon, amenant à l'isolement social (repli sur soi) puis médical (mauvaise observance) nuisant à la qualité de vie et au pronostic de sa pathologie chronique (augmentation des exacerbations et diminution de l'observance)<sup>[2]</sup>.

L'identification du syndrome anxiodépressif se fait avant tout par l'entretien clinique avec le patient à la recherche de signes d'anxiété et de dépression et par l'évaluation de leur qualité de vie.

Chez les patients BPCO, certains critères sont plus fréquemment rencontrés :

- Critères personnels et physiologiques : femme (prévalence deux fois plus importante que chez les hommes), IMC faible, VEMS inférieur à 50 %, dyspnée plus importante, autres comorbidités, asthénie.
- Critères médico-sociaux : addiction en particulier tabagique, isolement, précarité sociale, mauvaise qualité de vie, faible estime de soi.
- Critères thérapeutiques : hospitalisation récente, oxygénothérapie au long cours, absence de réhabilitation respiratoire et d'éducation thérapeutique.

La prise en charge spécifique de l'anxiété et de la dépression fait appel à des traitements médicamenteux et non médicamenteux à travers une collaboration interdisciplinaire<sup>[3]</sup> dans le but de refuser le fatalisme, de rompre l'isolement du patient et la spirale du déconditionnement, le tout devant amener à une amélioration de sa qualité de vie.

## RÉFÉRENCES

1. Pooler A, Beech R. Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014; 9: 315-30.
2. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000; 160: 2101-7.
3. Tselebis, A. Argyro Pachi. Ioannis Ilias. Epaminondas Kosmas. Dionisios Bratis. Georgios Moussas. Nikolaos Tzanakis. Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016 :12



---

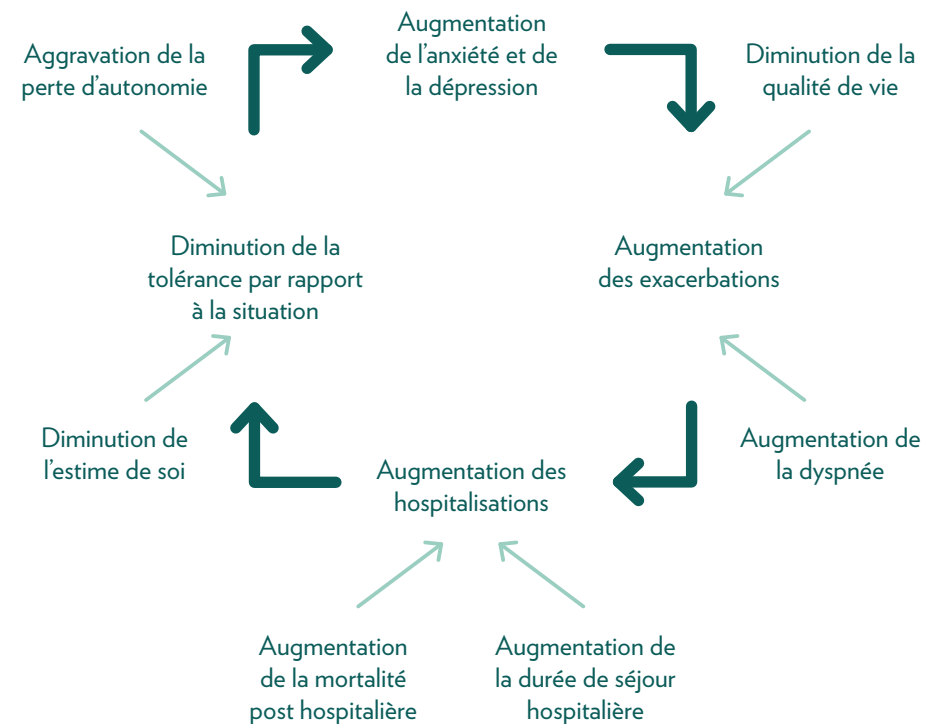
# LE POINT DE VUE DU PSYCHIATRE

---

Dr Joël PON (psychiatre)

## IL EXISTE UNE INTERCONNEXION ÉTROITE ENTRE DÉPRESSION, DYSPNÉE ET ANXIÉTÉ

- L'anxiété est une peur sans objet. Elle peut être isolée : phobique (peur par anticipation), obsessionnalisée (peur par rationalisation), hystérique (peur par conversion), hypochondriaque (peur par focalisation).
- Mais l'anxiété fait à la longue le lit d'un trouble dépressif. Elle fait partie intégrante de toute dépression.
- Un cercle vicieux est créé : l'anxiété a un effet délétère sur la dyspnée, la dyspnée a un effet délétère sur l'anxiété. Ce cercle vicieux est reconnu et établi (traduit d'après <sup>[1]</sup>).



## QUAND ÉVOQUER LA DÉPRESSION ?

Un élément clé : tout changement, plus souvent insidieux que brutal, dans le mode d'être au monde du patient, le plus souvent dans le sens d'une perte ou d'une régression venant altérer de façon évidente son fonctionnement, sa qualité de vie, ou venant rétrécir son périmètre existentiel.

- Changement dans le registre personnel
  - Somatique: un symptôme sans substratum clinique : anorexie asthénie, insomnie, aggravation d'un symptôme respiratoire (dyspnée)
  - Psychique : désintérêt focalisé ou généralisé, fléchissement dans les investissements habituels, hypo/hyperesthésie émotionnelle
  - Cognitif : déficit attention, concentration, mémorisation
  - Instinctuel : baisse ou perte des appétits, *tædium vitae*
  - Sexuel : perturbations libidinales : baisse ou perte du désir/ de l'intérêt sexuel, baisse de la performance (anérection, anorgasmie)
- Changement dans le registre relationnel
  - Rapport aux proches : détachement ou besoin de réassurance ou de dépendance, indifférence ou agressivité
  - Rapport à la maladie et au traitement : hyperconsommation (réassurance) ou refus/rejet
  - Rapport au monde : isolement, rejet

## LES AIDES AU DIAGNOSTIC : RIEN NE REMPLACE UN BON ENTRETIEN CLINIQUE

Les échelles de dépression type HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) en 14 questions cotées entre 0 et 3 points chacune, dont la moitié sert à dépister la dépression, sont des aides simples et fiables à 80 %. Un score de dépression  $\leq 7$  est normal, la

dépression est possible si le score est  $\geq 8$ . Au moindre doute, il ne faut pas hésiter à utiliser ce questionnaire <sup>[2]</sup>. La répétition dans le temps et l'évolution des scores indiquent la tendance évolutive de la maladie. On doit aussi s'aider de l'écoute de l'entourage et du contact avec le médecin généraliste.

Devant un **tableau classique** : tristesse, anhédonie principalement, anxiété toujours présente, mentalisée ou somatisée, mais aussi troubles du sommeil, cognitifs, oro-alimentaires, ralentissement psychomoteur, idéation suicidaire quelquefois. Mais **la dépression masquée** est la plus fréquente : elle peut prendre de multiples visages, et être pauci-symptomatique, souvent peu verbalisée ou déniée, d'où une grande difficulté de diagnostic et un grand risque d'être méconnue.

Une liste de tableaux cliniques serait dérisoire: forme somatique, asthénique, insomniaque, caractérielle, etc...

Un interrogatoire trop intrusif ne ferait que renforcer les défenses du patient. Savoir écouter les silences, capter les discours sibyllins, repérer les changements.

Quelques éléments vont cependant aider à poser ce diagnostic :

- Une bonne connaissance du patient : état clinique, état thymique, habitudes de vie, mode de relation.
- Une relation clinique empathique.
- L'entourage apporte une aide précieuse et formule parfois elle-même le diagnostic.

## RÉFÉRENCES

1. Pooler A, Beech R. Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014; 9: 315-30.
2. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002; 52: 69-77.

---

# LE POINT DE VUE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

---

**Bruno JULIA (pharmacien)**

Bien que le pharmacien d'officine soit de plus en plus impliqué dans le diagnostic, son intervention concerne essentiellement la prise en charge thérapeutique, et particulièrement l'aspect médicamenteux. Dans les maladies chroniques, les chiffres d'observance des traitements varient de 40 à 70 %<sup>[1]</sup>; les statistiques concernant les patients atteints de BPCO sont dans cette fourchette<sup>[2]</sup>.

Les conséquences de cette faible observance dans la BPCO sont problématiques car il existe une relation forte entre observance aux traitements inhalés, mortalité et hospitalisations pour exacerbation indépendamment de la sévérité de la maladie (dyspnée, VEMS)<sup>[3]</sup>. La dépression, comorbidité fréquente de la BPCO, est l'un des facteurs les plus importants de la mauvaise observance.

Christian Saout, secrétaire général délégué du Collectif Inter-associatif Sur la Santé (CISS) portant la parole des patients déclarait à la rédaction d'Allodocteurs.fr en mai 2015 : « Cela est assez bien documenté dans les études scientifiques qui sont faites aujourd'hui. La dépression est un facteur de non-observance parce que la dépression est un peu la maladie de la volonté. Et l'adhésion au traitement, c'est la volonté d'adhérer. Les deux choses sont donc en rapport immédiat. L'adhésion à un traitement, c'est la construction d'une volonté de suivre un traitement sur l'analyse d'un diagnostic partagé. On peut très bien partager son diagnostic avec son professionnel de santé, avec son médecin, mais après c'est un autre jeu qui s'installe. »

Dans ce contexte, le PO peut déduire de l'analyse des données de régularité de la délivrance des traitements inhalés, en particulier au travers du Dossier Pharmaceutique, l'adhésion du patient au traitement prescrit.

Au-delà de ce constat quantitatif, le PO doit jouer un rôle actif au comptoir par des actions simples et systématiques, dans le but de renforcer cette observance :

- Dans le cadre de la BPCO, démonstration des modalités d'utilisation des dispositifs : manipulation avec le patient des dispositifs par l'utilisation de dispositifs placebo.
- Vérification du flux inspiratoire qui doit être suffisant en particulier pour les médicaments sous forme de poudre.

Ces démonstrations sont indispensables dans le cadre des médicaments nébulisés (générateurs d'aérosols).

- Conseils pratiques pour faciliter la prise des médicaments, améliorer le confort des patients ou limiter le risque d'effets secondaires. Par exemple :
  - Inciter les patients à prendre, dans la mesure du possible à heure fixe et en l'associant si possible à un geste mécanique de façon à créer avec le temps une sorte de réflexe conditionné pour éviter les oublis de prises
  - Rappeler oralement la posologie tout en l'inscrivant sur les boites
  - Lors de la délivrance des renouvellements, interroger le patient sur ses habitudes de prises pour détecter les mésusages éventuels
- Évoquer les risques éventuels des principaux effets secondaires, en les rassurant et les incitant, en cas de survenue, à prendre contact avec leur médecin ou leur pharmacien. Cet échange a également pour objectif de rassurer quant au caractère potentiellement anxiogène des informations qu'ils pourraient lire et potentiellement mal interpréter (notice, internet, presse grand public, etc...).

C'est par l'utilisation de conseils simples et pratiques au comptoir et par l'établissement d'un véritable dialogue qu'une véritable relation de confiance avec le patient sera créée et que l'observance sera renforcée. Ces mises en pratique concernent tous les patients atteints de BPCO et tout particulièrement les patients dépressifs dont l'adhésion aux traitements est plus incertaine que pour les autres. L'échange de ces informations détenues par le PO avec les autres professionnels de santé en charge du patient, en particulier le médecin généraliste dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire, est déterminant pour renforcer l'observance.

## RÉFÉRENCES

1. OMS Juillet 2003, L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier.
2. Rossignoli N. IPCEM 2010, Mémoire, 8.4 p.12, Mise en place du diagnostic éducatif et du programme d'éducation thérapeutique BPCO ABCDAIR.
3. Vestbo J, Anderson JA, Calverley PM, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Knobil K, Willits LR, Yates JC, Jones PW. Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD. Thorax. 2009 ; 64 : 939-43.

---

## EN CONCLUSION

---

- Les acteurs de santé ont une vue proche des problèmes posés par la dépression en tant que comorbidité de la BPCO. Tous reconnaissent sa fréquence, son association à l'anxiété, la nécessité d'une bonne connaissance du patient pour faire le diagnostic qui est clinique, et ses conséquences en particulier sur la diminution de qualité de vie et l'inobservance thérapeutique.
- Plus encore que chez des non BPCO, une prise en charge interdisciplinaire et multimodale, ne se limitant pas aux médicaments est nécessaire du fait des risques d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses.
- Ces éléments soulignent l'importance d'une participation de tous les acteurs de santé pour une prise en charge cohérente et optimale de la dépression dans la BPCO.

---

# ANNEXE BPCO ET ANXIÉTÉ/ DÉPRESSION ASSOCIÉE : TRAITEMENTS

---

**Joël Pon (psychiatre)**

## C'EST LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE QUI CENTRE ET ORGANISE LA PROBLÉMATIQUE

- En évoquant lui-même et en premier le diagnostic.
- En répertoriant les effets dépressogènes de certaines molécules (corticoïdes)<sup>[1]</sup>.
- En évaluant les critères médicaux, sociaux et environnementaux du patient
- En induisant un premier traitement et en surveillant la compliance<sup>[2]</sup>.
- En orientant vers un avis spécialisé si nécessaire.
- En organisant l'interdisciplinarité<sup>[3]</sup>.

## C'EST LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE QUI CENTRE ET ORGANISE LA PROBLÉMATIQUE

- Une prise en charge « symptôme par symptôme » du problème qui n'aboutirait qu'à la multiplication des prescriptions, avec un effet toujours délétère.
- Une approche focalisée du syndrome et toute prescription qui ne s'accompagnerait pas au moins d'un suivi régulier, au mieux, d'un soutien psychothérapeutique individualisé.
- Une posologie d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques ne tenant pas compte de la globalité du patient et du caractère poly-viscéral de la BPCO. Chez les insuffisants respiratoires chroniques hypercapniques, attention aux effets dépressogènes respiratoires des benzodiazépines (BDZ) et de certains antidépresseurs tricycliques !

## CE QUI EST PROPOSÉ

- Le sera toujours avec une appréciation préalable du rapport bénéfice/risque.
- Le sera toujours associé à un suivi régulier des effets positifs et des effets secondaires et à des adaptations posologiques progressives et régulières.

- Le sera toujours avec l'objectif d'amélioration, certes des symptômes, mais surtout de la « qualité de vie » des patients <sup>[4]</sup>.
- Pour une prescription de benzodiazépines : choisir plutôt les BDZ à demi-vie courte d'élimination plus rapide et d'impact addictogène réduit. La posologie sera progressive et révisée à la baisse dès l'amélioration clinique.
- Pour une prescription d'antidépresseur : choisir plutôt les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) de préférence aux tricycliques (TCA) pouvant avoir des effets sédatifs marqués et des effets asthénisants et hypotenseurs.
- Les Psychothérapies auront une place privilégiée
  - Les Thérapies Cognitivo-Comportementalistes (TCC)
  - Les Psychothérapies InterPersonnelles (PIP) ou de soutien et encouragement
  - Les thérapies à médiation corporelle (relaxation)
  - Sans oublier l'hypnose et la méditation
- La psycho-éducation, par la connaissance qu'elle donne au patient de sa maladie et de ses conséquences, offre au patient des ressources anxiolytiques manifestes.

## QUE FAUT-IL TRAITER ?

Symptômes anxieux ou dépressifs légers	Soutien et encouragement psychothérapeutique Psycho-éducation
Symptômes anxieux ou dépressifs légers : <ul style="list-style-type: none"> <li>• mais patents et persistants</li> </ul>	Soutien et encouragement psychothérapeutique Thérapie à médiation corporelle Hypnose, méditation Anxiolytiques/antidépresseurs - dose modérée
Symptômes anxieux ou dépressifs avérés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensité moyenne ou sévère</li> <li>• Effet parasite sur la vie du patient</li> <li>• Ou échec de la proposition précédente</li> </ul>	Anxiolytiques/antidépresseurs - dose habituelle Associées à soutien psychothérapeutique Soins interdisciplinaires Réhabilitation respiratoire
Symptômes anxieux ou dépressifs sévères : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensité sévère et permanente</li> <li>• Idées suicidaires associées</li> <li>• Effet parasite sur la vie du patient</li> </ul>	Anxiolytiques/antidépresseurs - dose conséquente Associées à soutien psychothérapeutique Avis spécialisé. Interdisciplinarité Hospitalisation si nécessaire



## RÉFÉRENCES

1. Wilson, J. Depression in the patient with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2006 Mar; 1(1): 61-64
2. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Pharmacological treatment of depression in older patients with chronic obstructive pulmonary disease: impact on the course of the disease and health outcomes. *Drugs Aging.* 2014 Jul; 31(7): 483-92.
3. Tselebis, A. Argyro Pachi. Ioannis Ilias. Epaminondas Kosmas. Dionisios Bratis. Georgios Moussas. Nikolaos Tzanakis. Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016: 12
4. Ulrich Hegerl and Roland Mergl. Depression and suicidality in COPD understandable reaction or independent disorders? *Eur Respir J.* 2014 Sep; 44(3):734-43

---

# QUESTIONS- RÉPONSES SUR LE THÈME

---

## « Comorbidités de la BPCO : points de vue des soignants » Anxio-dépression au cours de la BPCO

### Q1 : LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ SONT- ELLES PLUS FRÉQUENTES EN CAS DE BPCO ?

La prévalence de la dépression au cours de la BPCO en état stable est estimée entre 10 et 42 %<sup>[1]</sup>. Dans le même contexte, celle de l'anxiété est estimée entre 10 et 19 %<sup>[1]</sup>, soit une fréquence triple que celle de la population générale. Elle est plus élevée chez les femmes<sup>[2]</sup>.

Ces variations épidémiologiques s'expliquent par des populations étudiées différentes, et des définitions et des outils de mesure de la dépression différents. Une prévalence d'un tiers des BPCO ayant une dépression est une estimation moyenne raisonnable<sup>[3]</sup>.

Bien que les pathologies chroniques s'accompagnent habituellement d'une fréquence plus élevée de dépression et d'anxiété, cette fréquence est plus importante dans la BPCO comparativement à d'autres pathologies chroniques<sup>[4,5]</sup>, ce qui définit ces affections comme des comorbidités de la BPCO. Ainsi, la BPCO entraîne 70 à 80 % de plus de dépression que le diabète<sup>[5]</sup>. Dans une étude épidémiologique, la dépression au cours de la BPCO sévère était 2,5 fois plus élevée que dans la population sans BPCO<sup>[6]</sup>.

Ces données sont des moyennes qui varient beaucoup d'une population à l'autre. Anxiété et dépression sont plus fréquentes dans les formes plus sévères de la BPCO<sup>[7]</sup>, chez les patients plus dyspnéiques ou sous oxygénothérapie au long cours<sup>[8]</sup>, chez les personnes âgées<sup>[9]</sup>, les femmes, les fumeurs, les patients isolés, ayant un faible index de masse corporelle, une mauvaise qualité de vie, ou ayant d'autres comorbidités<sup>[1,6]</sup>, et ceux faisant des exacerbations fréquentes<sup>[10]</sup>.

En résumé, anxiété et dépression sont très fréquentes en cas de BPCO. Leur diagnostic et leur traitement sont souvent négligés<sup>[11]</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik ME, Yohannes AM, Hanania NA; ACCP Workshop Panel on Anxiety and Depression in COPD. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*. 2008 ; 134 : 43S-56S.
2. Willgoss TG, Yohannes AM. Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *Respir Care*. 2013 ; 58 : 858-66.
3. Ninot G. L'anxiété et la dépression associées à la BPCO : une revue de question. *Rev Mal Respir*. 2011 ; 28 : 739-48.
4. Yohannes AM, Willgoss T, Baldwin R, Connolly M. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 ; 25 : 1209-21.
5. van den Bernt L, Schermer T, Bor H, Smink R, van Weel-Baumgarten E, Lucassen P, van Weel C. The risk for depression comorbidity in patients with COPD. *Chest*. 2009 ; 135 : 108-14.5.
6. van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW, IJzermans CJ, van der Zee JS, Schadé E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*. 2002 ; 57 : 412-6.
7. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage*. 2006 ; 31 : 58-69.
8. Cavallès A, Brinchault-Rabin G, Dixmier A, Goupil F, Gut-Gobert C, Marchand-Adam S, Meurice JC, Morel H, Person-Tacnet C, Leroyer C, Diot P. Comorbidities of COPD. *Eur Respir Rev*. 2013 ; 130 : 454-75.
9. Zarowitz BJ, O'Shea T. Chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, characteristics, and pharmacologic treatment in nursing home residents with cognitive impairment. *J Manag Care Pharm*. 2012 ; 18 : 598-606.
10. Martinez Rivera C, Costan Galicia J, Alcázar Navarrete B, Garcia-Polo C, Ruiz Iturriaga LA, Herrejón A, Ros Lucas JA, García-Sidro P, Tirado-Conde G, López-Campos JL, Mayoralas Alises S, de Miguel-Díez J, Esquinas C, Miravittles M. Factors Associated with Depression in COPD: A Multicenter Study. *Lung*. 2016 ; 194 : 335-43.
11. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP, Stanley MA. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*. 2005 ; 127 : 1205-11.

## Q2 : COMMENT EXPLIQUER LA FRÉQUENCE ANORMALEMENT ÉLEVÉE DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION DANS LA BPCO ?

La dépression est souvent considérée comme une réaction attendue au cours des pathologies chroniques handicapantes. Or la BPCO fait partie des maladies chroniques les plus handicapantes qui soient <sup>[1]</sup>. Il est démontré que la diminution des capacités fonctionnelles observées au cours de la BPCO est associée à une fréquence accrue de dépression <sup>[2, 3]</sup>.

Mais certains éléments, plus spécifiques à la BPCO, participent à l'anxiété et à la dépression <sup>[4]</sup> :

- Le tabagisme est un facteur de risque commun observé dans la BPCO et l'anxiété <sup>[5]</sup>.
- La dyspnée est une sensation angoissante, accentuée par les exacerbations aiguës qui sont vécues comme des menaces imprévisibles <sup>[6, 7]</sup>.
- Le sevrage en nicotine est difficile, et le patient ayant une BPCO se trouve en porte à faux entre la demande de sevrage des soignants, parfois relayée par son entourage, et son addiction. Cette situation participe à sa culpabilisation et à son isolement source de dépression. Bien que le mécanisme soit discuté, le sevrage tabagique est initialement associé à une aggravation de la dépression <sup>[8]</sup>.
- L'hypo-oxygénation cérébrale pourrait aggraver les troubles de l'humeur <sup>[9]</sup>.
- Des dégâts anatomiques cérébraux favorisés par des lésions vasculaires, elles-mêmes liées à une activation plaquettaire observée dans la BPCO, ont amené au concept de « dépression vasculaire » en particulier chez les personnes âgées <sup>[10]</sup>.

Parmi les hypothèses physiopathologiques proposées pour expliquer les comorbidités au cours de la BPCO, celle qui est le plus souvent retenue est l'impact général d'une inflammation à point de départ bronchique. Mais il existe d'autres hypothèses physiopathologiques (iatrogène, métabolique, génétique...).

En résumé, il est vraisemblable que les liens physiopathologiques entre anxiété, dépression et BPCO soient multiples <sup>[10]</sup>. Le lien entre BPCO, inflammation chronique démontrée biologiquement <sup>[11]</sup>, et dépression ouvre un champ de recherches particulièrement intéressant.

## RÉFÉRENCES

1. Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 ; 380 : 2197-223.
2. Katz PP, Julian LJ, Omachi TA, Gregorich SE, Eisner MD, Yelin EH, Blanc PD The impact of disability on depression among individuals with COPD. *Chest*. 2010 ; 137 : 838-45.
3. Zeiss AM, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Relationship of physical disease and functional impairment to depression in older people. *Psychol Aging*. 1996 ; 11 : 572-81.
4. Ninot G. L'anxiété et la dépression associées à la BPCO : une revue de question. *Rev Mal Respir*. 2011 ; 28 : 739-48.
5. Hill K, Geist R, Goldstein RS, Lacasse Y. Anxiety and depression in end-stage COPD. *Eur Respir J*. 2008 ; 31 : 667-77.
6. Bailey PH. The dyspnea-anxiety- dyspnea cycle – COPD patients' stories of breathlessness : « It's scary/When you can't breathe ». *Qual Health Res* 2004 ; 14 : 760-778.
7. Bisschop MI, Kriegsman DM, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg W. The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Clin Epidemiol*. 2004 ; 57 : 187-94.
8. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001 ; 357 : 1929-1932.
9. Shibata T, Yamagata H, Uchida S, Otsuki K, Hobara T, Higuchi F, Abe N, Watanabe Y. The alteration of hypoxia inducible factor-1 (HIF-1) and its target genes in mood disorder patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2013 ; 43 : 222-9.
10. Norwood RJ. A review of etiologies of depression in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2007 ; 2 : 485-91.
11. Eagan TM, Ueland T, Wagner PD, Hardie JA, Mollnes TE, Damås JK, Aukrust P, Bakke PS. Systemic inflammatory markers in COPD : results from the Bergen COPD Cohort Study. *Eur Respir J*. 2010 ; 35 : 540-8.

## Q3 : QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION SUR LA BPCO ?

Les conséquences de l'anxiété et de la dépression sur la BPCO sont multiples, insidieuses et sévères.

À titre individuel, l'anxiété et la dépression sont sources d'une :

- diminution de la qualité de vie <sup>[1]</sup>. Il existe une tendance inversement proportionnelle entre dépression et anxiété d'une part, et l'acceptation de la BPCO d'autre part <sup>[2]</sup>. Or l'acceptation de la maladie est un processus nécessaire à l'adaptation du mode de vie à cette maladie et à minimiser l'inconfort qu'elle génère.
- diminution des capacités d'effort et aggravation des symptômes de la BPCO <sup>[3]</sup>. L'anxiété aggrave la dyspnée et la dyspnée aggrave l'anxiété.
- augmentation du risque d'exacerbations aiguës <sup>[4]</sup>. Le patient entre dans un autre cercle vicieux où l'anxiété aggrave le risque d'épisodes aigus, alors que les exacerbations aiguës aggravent l'anxiété et la dépression.
- augmentation de la mortalité, presque doublée chez les BPCO ayant des signes de dépression par rapport à ceux n'en ayant pas <sup>[5]</sup>. Cette surmortalité est cependant discutée <sup>[6]</sup>.

Ces pathologies interfèrent avec la prise en charge thérapeutique, entraînant :

- des modifications des décisions sur les soins de fin de vie, dans le sens de la résignation <sup>[7]</sup>.
- le fatalisme qui augmente les conduites à risque, un renoncement voire un abandon source d'une diminution de l'observance thérapeutique <sup>[8]</sup> et de l'adhésion au programme de réhabilitation respiratoire <sup>[9]</sup>. Le sevrage tabagique devient plus difficile <sup>[10]</sup>. Une approche collaborative entre soignant dans la dépression a montré sa supériorité sur l'adhésion au traitement par rapport à une approche « standard » <sup>[11]</sup>.

Au plan social, la dépression favorise le repli sur soi et une diminution du recours aux soins. Elle s'accompagne d'une augmentation des hospitalisations <sup>[12]</sup>, et d'une augmentation des coûts de prise en charge <sup>[13]</sup>. Dans l'étude de Papaïannou et al <sup>[14]</sup> qui inclut 230 patients

hospitalisés pour exacerbations aiguës de BPCO, la dépression est associée à une durée d'hospitalisation plus longue, une restauration moins bonne des paramètres cliniques, un risque accru d'exacerbations ultérieures.

En résumé, les conséquences de l'anxiété et de la dépression sont majeures dans la BPCO, justifiant un abord interdisciplinaire, en gardant le patient au centre de la prise en charge.

## RÉFÉRENCES

1. Cully JA, Graham DP, Stanley MA, Ferguson CJ, Sharafkhaneh A, Soucek J, Kunik ME. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression. *Psychosomatics*. 2006; 47 : 312-9.
2. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Motowidlo U, Uchmanowicz B, Chabowski M. Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. *Intern J COPD* 2016; 11: 963-70.
3. Doyle T, Palmer S, Johnson J, Babyak MA, Smith P, Mabe S, Welty-Wolf K, Martinu T, Blumenthal JA. Association of anxiety and depression with pulmonary-specific symptoms in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Psychiatry Med*. 2013;45 (2): 189-202.
4. Laurin C, Moullec G, Bacon SL, Lavoie KL. Impact of anxiety and depression on chronic obstructive pulmonary disease exacerbation risk. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012; 185 : 918-23.
5. de Voogd JN, Wempe JB, Koëter GH, Postma K, van Sonderen E, Ranchor AV, Coyne JC, Sanderman R. Depressive symptoms as predictors of mortality in patients with COPD. *Chest*. 2009; 135 : 619-25.
6. Stage KB, Middelboe T, Pisinger C. Depression and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Impact on survival. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 111 : 320-3.
7. Stapleton RD, Nielsen EL, Engelberg RA, Patrick DL, Curtis JR. Association of depression and life-sustaining treatment preferences in patients with COPD. *Chest*. 2005; 127 : 328-34.
8. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*. 2000; 160 : 2101-7.
9. von Leupoldt A, Taube K, Lehman K, Fritzsche A, Magnussen H. The impact of anxiety and depression on outcomes of pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest*. 2011; 140 : 730-6
10. Berlin I, Covey LS. Pre-cessation depressive mood predicts failure to quit smoking: the role of coping and personality traits. *Addiction*. 2006; 101 : 1814-21.
11. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006; 166 : 2314-21.

12. Xu W, Collet JP, Shapiro S, Lin Y, Yang T, Platt RW, Wang C, Bourbeau J. Independent effect of depression and anxiety on chronic obstructive pulmonary disease exacerbations and hospitalizations. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008 ; 178 : 913-20.
13. Unützer J, Patrick DL, Simon G, Grembowski D, Walker E, Rutter C, Katon W. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. *JAMA.* 1997 ; 277 : 1618-23.
14. Papaioannou AI, Bartzokas K, Tsikrika S, Karakontaki F, Kastanakis E, Banya W, Haniotou A, Papis S, Loukides S, Polychronopoulos V, Kostikas K. The impact of depressive symptoms on recovery and outcome of hospitalised COPD exacerbations. *Eur Respir J.* 2013 ; 41 : 815-23.

## Q4 : LES MÉDICAMENTS DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION SONT-ILS CONTRE-INDIQUÉS EN CAS DE BPCO ?

Les données théoriques plaident pour l'éviction de certains psychotropes en cas de BPCO sévère avec insuffisance respiratoire chronique. En effet, ces médicaments, en particulier les hypnotiques, ont une action dépressive sur la commande respiratoire, diminuent la force musculaire et augmentent les résistances des voies aériennes supérieures <sup>[1]</sup>.

Les études sur les anxiolytiques au cours des BPCO ont été principalement faites dans leur indication en tant qu'hypnotique. Il s'agit d'études cas-contrôles rétrospectives qui ont confirmé l'augmentation considérable des risques d'accidents graves auxquels ils exposent les BPCO : exacerbations de BPCO, insuffisances respiratoires aiguës, pneumonies, arrêts cardio-respiratoires... Malgré des données contradictoires <sup>[2]</sup>, ces complications sont fréquentes quel que soit la classe de médicaments utilisés (benzodiazépines ou non), et encore plus fréquentes quand plusieurs hypnotiques différents sont prescrits simultanément <sup>[3]</sup>, ce qui est fréquent <sup>[4]</sup>. Après un mois de sevrage, on note cependant une diminution rapide des risques <sup>[5]</sup>.

Chez des patients ayant une BPCO très sévère, relevant de l'oxygénothérapie de longue durée, une étude épidémiologique a montré une augmentation de la mortalité sous traitement d'environ 20 %, avec une tendance à un effet dose, une augmentation de la dose de 10 % s'accompagnant d'une augmentation du risque de décès de 1 % <sup>[5]</sup>. Dans les formes moins sévères de BPCO non hypercapniques en état stable, une méta analyse montre que la prescription de benzodiazépines pour l'insomnie des BPCO améliore les symptômes sans augmentation des effets secondaires <sup>[6]</sup>.

Dans le doute, la prudence doit faire privilégier des médicaments à demi-vie courte, d'élimination rapide et ayant un impact addictif réduit, en limitant les associations sédatives. Il est recommandé de choisir la posologie efficace la plus faible, en envisageant un sevrage rapide <sup>[7]</sup>. Chez les personnes âgées, il faut être encore plus prudent du fait des conséquences cognitives <sup>[6, 8]</sup>.

Dans une revue de la littérature consacrée aux médicaments antidépresseurs au cours de la BPCO, les auteurs retrouvent peu d'effets secondaires respiratoires <sup>[7]</sup>. Ils notent des cas sporadiques de sécheresse buccale, de vision floue, de fatigue, de troubles digestifs

(nausées, vomissements, troubles du transit), d'hypotension orthostatique, de vertiges, de céphalées, d'anomalie du goût et d'insomnie. Ces effets participent notablement aux sorties d'études <sup>[9]</sup>.

Rappelons que les antidépresseurs sont répartis en trois classes : inhibiteurs de la mono amine oxydase (IMAO), tricycliques qui inhibent la recapture de neurotransmetteurs non sélectivement (sérotonine, dopamine, noradrénaline), et antidépresseurs les plus récents inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine. Les effets secondaires des IMAO et des tricycliques font privilégier des molécules plus récentes, mieux tolérées <sup>[10]</sup>. Là encore, il faut être particulièrement prudent chez les personnes âgées <sup>[11]</sup>. La surveillance doit être accrue dans les premières semaines, et l'évaluation du bénéfice se fait dans le premier mois <sup>[12]</sup>.

Dans le cadre d'une démarche du type conciliation médicamenteuse le rôle du pharmacien sera, si nécessaire, d'orienter vers les molécules de dernière génération pour les antidépresseurs ou des molécules à demi-vie courte pour les benzodiazépines.

Afin de limiter la iatrogénie, la vigilance du pharmacien sera particulièrement utile dans toutes les demandes d'automédication chez ces patients et un échange d'information avec le Médecin Traitant s'avérera pertinent à cette occasion.

Pour limiter les risques iatrogènes, il faut insister sur l'importance des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression. La psychothérapie est nécessaire à tous les stades de dépression ou d'anxiété. La réhabilitation respiratoire par son approche multidisciplinaire <sup>[13]</sup> a démontré son intérêt dans la BPCO. Les médicaments s'adressent aux formes sévères ou pérennes d'anxiété et de dépression, mais il existe peu d'études sur l'intérêt et les risques des anxiolytiques et des antidépresseurs dans les BPCO sévères.

En résumé, l'utilisation des anxiolytiques et des antidépresseurs est possible dans les BPCO sans insuffisance respiratoire, mais il faut être particulièrement prudent dans ce contexte : privilégier les médicaments d'action courte et rapide, peu addictifs, utiliser les posologies les plus faibles et les revoir à la baisse dès que possible. La prise en charge de l'anxiété et de la dépression repose avant tout sur une prise en charge non médicamenteuse du fait des risques respiratoires particuliers sur ce terrain.

## RÉFÉRENCES

1. Stege G, Vos PJ, van den Elshout FJ, Richard Dekhuijzen PN, van de Ven MJ, Heijdra YF. Sleep, hypnotics and chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med.* 2008 ; 102 : 801-14.
2. Chen SJ, Yeh CM, Chao TF, Liu CJ, Wang KL, Chen TJ, Chou P, Wang FD The Use of Benzodiazepine Receptor Agonists and Risk of Respiratory Failure in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Nationwide Population-Based Case-Control Study. *Sleep.* 2015 ; 38 : 1045-50.
3. Chung WS, Lai CY, Lin CL, Kao CH. Adverse Respiratory Events Associated With Hypnotics Use in Patients of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Population-Based Case-Control Study. *Medicine (Baltimore).* 2015 ; 94 : e1110.
4. Halvorsen T, Martinussen PE. Benzodiazepine use in COPD: empirical evidence from Norway. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015 ; 10 : 1695-702.
5. Ekström MP, Bornefalk-Hermansson A, Abernethy AP, Currow DC. Safety of benzodiazepines and opioids in very severe respiratory disease : national prospective study. *BMJ.* 2014 ; 348 : g445.
6. Lu XM, Zhu JP, Zhou XM. The effect of benzodiazepines on insomnia in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis of treatment efficacy and safety. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2016 ; 11 : 675-85.
7. Cafarella PA, Effing TW, Usmani ZA, Frith PA Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. *Respirology.* 2012 ; 17 : 627-38.
8. Vozoris NT, Fischer HD, Wang X, Stephenson AL, Gershon AS, Gruneir A, Austin PC, Anderson GM, Bell CM, Gill SS, Rochon PA. Benzodiazepine drug use and adverse respiratory outcomes among older adults with COPD. *Eur Respir J.* 2014 ; 44 : 332-40.
9. Fritzsche A, Clamor A, von Leupoldt A. Effects of medical and psychological treatment of depression in patients with COPD— a review. *Respir Med.* 2011 ; 105 : 1422-33.
10. Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med.* 2003 ; 65 : 963-70.
11. Yohannes AM, Connolly MJ, Baldwin RC. A feasibility study of antidepressant drug therapy in depressed elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001 ; 16 : 451-4.

12. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Pharmacologic Treatment of Depression in Older Patients with COPD : Impact on the Course of the Disease and Health Outcomes. *Drugs Aging*. 2014 ; 31 : 483-92.
13. Güell R, Resqueti V, Sangenis M, Morante F, Martorell B, Casan P, Guyatt GH. Impact of pulmonary rehabilitation on psychosocial morbidity in patients with severe COPD. *Chest*. 2006 ; 129 : 899-904.

## Q5 : Y A-T-IL DES AIDES AU DIAGNOSTIC DE L'ANXIO-DÉPRESSION DANS LA BPCO ?

Contrairement à d'autres comorbidités fréquentes dans la BPCO (HTA, diabète, ostéoporose...), il n'y a pas d'appareils qui permettent les diagnostics d'anxiété et/ou de dépression. Ainsi la dépression de la BPCO est méconnue et non traitée dans la majorité des cas <sup>[1]</sup>.

**Il faut souligner que rien ne remplace un bon entretien clinique** avec le patient pour le diagnostic d'anxiété et de dépression. Une approche empathique est importante. Cet entretien permet également l'évaluation de sa qualité de vie. On peut s'aider de l'écoute de l'entourage, et des autres soignants en charge du patient.

Lors de l'entretien, certaines questions simples et standardisées aident à déceler anxiété et dépression, bien qu'il n'existe pas de score seuil associé <sup>[2]</sup> : « Êtes-vous préoccupé par quelque chose ou quelqu'un en ce moment ? Avez-vous peur de quelque chose ou quelqu'un en ce moment ? Vous sentez-vous obligé de faire des choses que vous ne voulez pas faire ? Avez-vous des pensées obsédantes en ce moment ? Avez-vous eu des attaques de panique dernièrement ? Au cours des derniers mois avez-vous été fortement tracassé par des moments d'énervements ou un sentiment d'anxiété ? Par une inquiétude sur différentes choses ? ».

De même si le Pharmacien repère au cours d'un échange avec un patient BPCO un des signes précédemment cités, ou par une mauvaise adhésion au traitement, pouvant évoquer de l'anxiété ou de la dépression, il sera particulièrement utile qu'il le signale au Médecin Traitant de ce patient.

Dans le doute, avant le recours au spécialiste, il ne faut pas hésiter à utiliser des échelles d'aide au diagnostic <sup>[3, 4]</sup>. L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) en 14 questions cotées entre 0 et 3 points chacune, dont la moitié sert à dépister la dépression, l'autre l'anxiété, a l'avantage de prendre en compte anxiété et dépression. Il s'agit d'une aide fiable à 80 % <sup>[5]</sup>. Un score de dépression  $\leq 7$  est normal, la dépression est possible si le score est  $\geq 8$ , un score de plus de 11 points est significatif. Une variation cliniquement pertinente au sein des études correspond à une variation de 1,5 point et plus. Mais il existe de nombreuses autres échelles <sup>[6]</sup>.



En résumé, le diagnostic de l'anxiété et de la dépression repose avant tout sur un bon examen clinique. La survenue de ces comorbidités souligne l'importance d'une coopération entre les différents soignants et d'une implication interdisciplinaire aussi bien pour penser aux diagnostics que pour les confirmer et les prendre en charge.

## RÉFÉRENCES

1. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP, Stanley MA. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*. 2005; 127: 1205-11.
2. Ninot G. L'anxiété et la dépression associées à la BPCO : une revue de question. *Rev Mal Respir*. 2011; 28: 739-48.
3. Hegerl U, Mergl R. Depression and suicidality in COPD : understandable reaction or independent disorders? *Eur Respir J* 2014; 44: 734-743.
4. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002; 52: 69-77.
5. Norwood RJ. A review of etiologies of depression in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2007; 2: 485-91.
6. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik ME, Yohannes AM, Hanania NA; ACCP Workshop Panel on Anxiety and Depression in COPD Anxiety and depression in COPD : current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*. 2008; 134: 43S-56S.

## GLOSSAIRE

**BDZ** Benzodiazépine

**BPCO** Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

**CISS** Collectif Inter-associatif Sur la Santé

**GOLD** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

**HAD** Hospital Anxiety and Depression scale

**HTA** Hypertension Artérielle

**IMAO** Inhibiteurs de la Mono Amine Oxydase

**IMC** Indice de Masse Corporelle

**ISRS** Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

**MG** Médecin Généraliste

**PIP** Psychothérapies InterPersonnelles

**PO** Pharmacien d'Officine

**TCA** TriCyclic Antidepressant

**TCC** Thérapies Cognitivo-Comportementalistes

**VEMS** Volume Expiratoire Maximal Seconde



Avec le soutien institutionnel de Boehringer Ingelheim France