



**INSTITUT DU CANCER**  
Avignon-Provence

# La dépression de « l'après-coup » Les femmes qui s'effondrent après les traitements

---

**Dr Isabelle PIOLLET**  
Médecin psychiatre

---

43 èmes journées de la SFSPM  
Lyon 12/11/2021



**INSTITUT DU CANCER**

Avignon-Provence

**Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer en rapport avec cette problématique**



INSTITUT DU CANCER  
Avignon-Provence

## Quelques chiffres

---

- **Prévalence de la dépression** : 15 à 20 % des patientes atteintes de cancer (aux stades non évolués) font une dépression
- 8 % en population générale, plus élevé chez les femmes
- **Risque accru** : sein, poumon, pancréas, orl
- **1 patiente sur 5** concernée pendant sa maladie
- **Peu de données bibliographiques** sur leur prévalence dans la **période de l'après-cancer** (échantillons peu représentatifs, écart de prévalence majeurs, peu d'études après 12 mois)
- **Risque suicidaire** accru/population générale mais la **localisation mammaire n'est pas un risque supplémentaire**



INSTITUT DU CANCER  
Avignon-Provence

# L'après-coup ?

---

- **Spécificité** de la période de “l’après-cancer” :  
2ème Plan Cancer 2009-2013
- Période de **transition** exigeant un **cheminement psychique, souvent complexe**
- **Légitimité de cet effondrement sur le plan psychologique**
- Attention à l’hyperadaptation immédiate

*“c’est quand la mer se retire qu’on voit ceux qui se baignent tout nus” ( W. Buffett)*



INSTITUT DU CANCER  
Avignon-Provence

## Pourquoi cet effondrement ?

---

- **Paradoxe** entre soulagement et angoisse ( Masson 2013)
- Peurs et sentiments de **vulnérabilité** : mort, **récidive** (incertitude)
- **Perte du sentiment de contrôle donné par les traitements** (étayage)
- **Images et représentations de soi** : pertes multiples
- **Sentiments d'abandon** de l'équipe traitante et des proches (décalage temps médical et temps psychique)
- **Flou identitaire** : ni malade, ni bien portante... ( Bézy 2013)



INSTITUT DU CANCER  
Avignon-Provence

# Réactions psychologiques

---

- **La plupart des femmes font face à la maladie**
- **Incidence forte de la détresse en oncologie** : se réduit à la fin des traitements mais persiste dans les 12 à 24 mois qui suivent
- **Continuum**
  - **Réactions émotionnelles “normales”** : elles sont constantes, à expressions diverses ( pleurs, crises anxieuses, troubles du sommeil, irritabilité), très fluctuantes, sans retentissement fonctionnel majeur, mais pénibilité
  - **Les troubles de l’adaptation (DSM V)** : 30 à 50 % des femmes manifestations anxio-dépressives “sub-syndromiques” et sentiment de ne pas pouvoir faire face
  - **Les états psycho-pathologiques dont les états dépressifs majeurs**



INSTITUT DU CANCER  
Avignon-Provence

## Difficultés du diagnostic de dépression

---

- **Sur-estimé** : surconsommation d'antidépresseurs
- **Sous-estimé** : importance de la souffrance morale et pérennisation des anxiolytiques et somnifères-
- **Importance** repérage précoce (référentiel AFSOS)
- Seulement 25 % des dépressions sont traitées (Reich 2010)



INSTITUT DU CANCER  
Avignon-Provence

## Enjeux de ce diagnostic

---

- Majeurs
- Effets de la dépression sur
  - la **morbidité somatique** ( douleurs, fatigue...),
  - la **qualité de vie**,
  - la **relation de soins**,
  - les choix thérapeutiques et la **compliance** (ex du tmt hormonal Di Matteo 2007 Mausbach 2015)
  - la **reprise de la vie socio-familiale et professionnelle**
- Une **perte de chance**
- Enjeux de santé publique



INSTITUT DU CANCER  
Avignon-Provence

## Critères d'alerte

---

- Chevauchement des symptômes qui perdent en pertinence ( asthénie, anorexie, amaigrissement, baisse de libido, troubles du sommeil, douleurs...)
- **Valeur séméiologique forte :  
anhédonie, sentiment d'impuissance  
et de désespoir, idées suicidaires,  
culpabilité et dévalorisation,  
importance des troubles cognitifs**
- **Rupture/fonctionnement antérieur**
- **Permanence dans le temps :  
symptômes tous les jours et plus de  
15 jours**

# Critères diagnostiques (DSM-V)

*Au moins 5 symptômes parmi les suivants, avec présence au moins du critère 1 ou 2*

- 1. Humeur dépressive (douleur morale qui envahit la vie psychique)**
- 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (indifférence affective)**
3. Dévalorisation et culpabilité excessives
4. Agitation ou ralentissement psychomoteur
5. Troubles cognitifs
6. Modification du caractère : irritabilité, agressivité
7. Repli social
8. Pensées de mort ou idées suicidaires
9. Fatigue, perte d'énergie \*
10. Perte ou gain de poids significatif \*
11. Insomnie ou hypersomnie \*



INSTITUT DU CANCER  
Avignon-Provence

# Diagnostic différentiel

---

- Réactions émotionnelles ( aides malgré tout)
- Pathologies intriquées (Dauchy 2013) :
  - Douleurs 30 à 50 %
  - Fatigue 80 % (17 à 38 % sévère)
  - Altérations cognitives



INSTITUT DU CANCER  
Avignon-Provence

# Facteurs de risque

---

- **Jeune âge**
- **Statut marital précaire**
- **Isolement social et précarité économique**
- **ATCD** de dépression ou dépression au moment du diagnostic
- **Facteurs de personnalité** ( fatalisme, pessimisme, répression des affects)
- **Evènements de vie négatifs** intercurrents
- La **douleur** ou autres symptômes physiques ( pas la mastectomie)

*Les besoins psycho-sociaux non satisfaits pendant les traitements = facteurs de risque majeur de détresse psychologique de l'après-traitement. +++ repérage*



INSTITUT DU CANCER  
Avignon-Provence

# Traitements antidépresseurs 70 % d'efficacité

---

## Administration préventive non justifiée

Prescriptions par l'oncologue en lien avec psychiatre  
(Grassi 2018)

**Choix de l'ADP** : *attention à l'objectif clinique*  
(autres indications des ADP en oncologie) (référentiel  
AFSOS)

## Interactions ( Reich 2015 – Sanjida 2016)

**Tamoxifène** : pas de fluoxetine (PROZAC) ni  
paroxetine ( DEROXAT) mais éviter aussi duloxetine  
(CYMBALTA) et sertraline ( ZOLOFT)

**Inhibiteurs de l'aromatase** : éviter duloxetine  
(CYMBALTA) et venlafaxine (EFFEXOR)

**Tramadol et Tryptans** : attention IRS (  
hypersérotoninergie)

**AVK** : attention IRS ( taux INR)

Attention au **millepertuis** ( utilisé comme ADP) inducteur  
enzymatique ( abaisse efficacité d'autres traitements)



INSTITUT DU CANCER  
Avignon-Provence

# Interventions non médicamenteuses

---

- **Indispensables : améliorent l'effet des ADP**
- Attitude empathique : **soutien et écoute**
- Approches psychothérapeutiques spécialisées : différents types d'approches ( TCC, thérapies psycho-corporelles, MPC, thérapies psychodynamiques,...)
- **Efficacité des interventions psychologiques** surtout si l'intensité des troubles psychiques est élevée (Linden 2012)
- Accès aux soins ? encore difficile ou à charge dans l'après-cancer



INSTITUT DU CANCER  
Avignon-Provence

## Quand adresser au psychiatre ?

---

1. Symptomatologie émotionnelle **durable ou iterative**
2. Symptomatologie **physique persistante**
3. Fort **impact familial ou socio-professionnel**
4. Un ou plusieurs **facteurs de risque** psychosociaux
5. **Echec traitement psychotrope**
6. **Non compliance aux soins oncologiques**

## Soins psychiques et globalité des soins

---

- A situer dans une **évaluation globale** des **besoins en soins de support** ( PPAC) (Li 2017)
- **Dépistage et soins précoces** des facteurs de risque préviennent l'apparition ultérieure des troubles dépressifs : *l'après s'anticipe avant*
- Utilisation d'échelles ?
- **Globalité** des soins exige
  - Travail en **pluridisciplinarité** (équipes oncologiques et de soins de support)
  - **RCP Soins de Support et liens ville-hôpital**
- **Plus difficile à mettre en oeuvre dans cette période de l'après-coup**

*“Tout seul on va plus vite, mais ensemble on va plus loin...” proverbe africain*

# Bibliographie

- Bezy O (2013) De la vulnérabilité psychique aux risques psycho-pathologiques dans l'après-cancer. *Psycho-Oncol* 7 :30-34
- Dauchy S, Ellien F, Lesieur A et al (2013) Quelle prise en charge psychologique dans l'après-cancer ? Les recommandations de la SFFPO. *Psycho-Oncol.*(7): 4-17
- Di Matteo MR, Haskard KB, Williams SL (2007) Health beliefs, disease severity, and patient adherence : a meta-analysis. *Med Care* 45(6): 521-8
- Grassi L, Nanni MG, Rodin G et al (2018) The use of antidepressants in oncology : a review and practical tips for oncologists. *Ann Oncol* 29: 101-111
- Li M, Kennedy EB, Byrne N et al (2017) Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psycho-oncology* 26: 573-587
- Linden W, Girgis A (2012) Psychological treatment outcomes for cancer patients : what do meta-analyses tell us about distress reduction? *Psycho-Oncology* 21(4): 343-50
- Masson A (2013) Vivre après un cancer : un autre état de vulnérabilité ? *Psycho-Oncol* 7: 23-29
- Mausbach BT, Schwab RB, Irwin SA (2015) Depression as a predictor of adherence to adjuvant endocrine therapy in women with breast cancer. *Breast cancer research and treatment* 152: 239-246
- Miguel C, Albuquerque E (2011) Drug Interaction in Psycho-Oncology : Antidepressants and Antineoplastics. *Pharmacology* 88: 333-338
- Référentiels en soins de support (2018) *Psycho-oncologie : dépression*. Site [www.afsos.org](http://www.afsos.org)
- Reich M (2010) Les antidépresseurs en oncologie : spécificités et particularités. *Psycho-oncologie* 4 :51-64
- Reich M, Kotecki N (2015). Interactions médicamenteuses entre les psychotropes et les thérapies pharmacologiques en oncologie : quelles modalités de prescription ? *Psycho-Oncologie* 9:249-66
- Sanjida S, Janda M, Kissane D, et al (2016) A systematic review and meta-analysis of prescribing practices of antidepressants in cancer patients. *Psycho-oncology* 25:1002-16



**INSTITUT DU CANCER**

Avignon-Provence

**MERCI**

**pour votre  
attention**

---