

La dépression et l'anxiété dans l'asthme et la BPCO

Depression and anxiety symptoms in asthma and COPD

L. Halimi*

À qui profite le diagnostic ?

Avec une grande constance, la littérature internationale s'accorde à dire que les patients atteints de BPCO ou d'asthme souffrent fréquemment d'anxiété, de dépression ou de troubles anxiodépressifs associés (1). Par ailleurs, l'impact négatif de ces possibles troubles psychiques sur la qualité de vie et le cours de la maladie est communément admis par la communauté pneumologique (2). Classiquement, dans leurs conclusions, les auteurs préconisent que facteurs respiratoires et facteurs psychologiques soient appréciés, différenciés et traités avec la même exigence, mais il semblerait que ce ne soit pas le cas (3). Faire une revue de la littérature et lire ces conclusions, étude après étude, est d'ailleurs un exercice édifiant. De plus, les diagnostics restent souvent vagues et génériques, et peu de recherches s'intéressent aux traitements des troubles de l'humeur ou à leurs bénéfices pour les patients suivis dans le cadre des maladies respiratoires. La question se pose alors de savoir à qui profite le diagnostic. Les recommandations internationales sont encore timides (4, 5) et cette discrétion trouve son équivalence concrète dans la clinique, avec finalement peu de patients diagnostiqués et/ou traités (6).

Bien qu'elle ait, du point de vue de la psychiatrie, des formes différentes (endogène, majeure, réactionnelle, involutive, secondaire, etc.), la dépression du sujet atteint d'une maladie respiratoire chronique est rarement différenciée dans les études. Elle est le plus souvent considérée comme une réaction logique à une maladie sévère, persistante et chronique qui interfère avec la vie personnelle, familiale et sociale (7). Les travaux sur l'anxiété sont plus précis, "l'anxiété-trait" en tant que facteur de personnalité stable et "l'anxiété-état" de type réactionnel sont presque toujours discriminées. L'anxiété

et la dépression sont perçues aussi comme sources de comportements interférant avec la santé tels que la non-observance du traitement, le délai de réaction quand les symptômes s'aggravent ou le recours au tabac.

Les travaux se focalisent généralement soit sur la recherche de facteurs psychosociaux liés à la maladie, susceptibles d'expliquer la dépression et l'anxiété, soit sur l'incidence et l'impact des troubles de l'humeur.

Facteurs psychosociaux liés à la maladie

La BPCO survient tardivement, souvent chez des sujets fumeurs ou ex-fumeurs. Le sentiment de responsabilité est dominant et la majorité des individus, autour de la cinquantaine, fait un bilan de vie mitigé à un moment de grande fragilité. Les changements sociaux, l'isolement, la conscience d'une stigmatisation, la perception d'être blâmés sont soulignés (8). Des relations familiales non soutenant sont associées à de la détresse psychologique, entraînant ainsi un affaiblissement clinique en rebond (9). La dépendance aux autres, une image de corps dégradée, une activité sexuelle réduite et l'angoisse de mort seraient les principaux vecteurs de l'anxiété. Les individus développent une fragilité de l'estime de soi, considérée comme un prédicteur d'épisodes dépressifs, et sont plus vulnérables face à des événements aversifs (10, 11). Pour les patients ayant une BPCO, la dyspnée et les exacerbations sont particulièrement anxiogènes, et l'anxiété liée aux symptômes serait propice à l'apparition d'un épisode dépressif (12). Dans le cadre de l'asthme, tous les âges sont touchés, le sentiment d'injustice ou de malchance est présent et n'occasionne pas de

* Psychologue au service des maladies respiratoires, hôpital Arnaud-de-Ville-neuve, CHU de Montpellier.

Résumé

Les patients atteints de BPCO ou d'asthme souffrent fréquemment de symptômes d'anxiété et de dépression. Plusieurs travaux attestent de l'impact négatif des troubles de l'humeur sur l'état de santé et la qualité de vie. Cependant, d'une étude à l'autre, les résultats sont variables, et la profusion d'échelles et de méthodes semble être en cause. Dans la pratique, les diagnostics sont souvent imprécis ou infondés et, en conséquence, les traitements médicaux semblent inadaptés. Par ailleurs, les différentes approches psychologiques et psychanalytiques de la notion de symptôme sont radicalement différentes de l'approche médicale. Malgré la chronicité de ces constats, une prise en charge pluridisciplinaire (pneumologie, psychiatrie et/ou psychologie) fait toujours défaut aux patients.

Mots-clés

Asthme
BPCO
Dépression
Anxiété
Diagnostic
Traitement

remise en question de soi. Les crises, la perspective d'une crise ou d'une exacerbation engendrent de l'anxiété (13), et la qualité de vie peut être réduite sans nécessité. L'évocation d'une crise en réactive une nouvelle, des roses artificielles provoquent une rhinite, l'absence de la Ventoline®, oubliée à la maison, devient une idée "asthmogène" (14-16). Les sujets anxieux et les sujets asthmatiques montrent d'ailleurs des similitudes dans des comportements défensifs : les uns évitent les situations induisant l'anxiété, les autres évitent les situations pouvant causer un bronchospasme. Une distorsion perceptivo-cognitive serait donc caractéristique des individus à l'humeur instable, attentifs à leurs symptômes jusqu'à les amplifier et consulter davantage. Il s'agirait plus d'un lien à la détresse que d'un lien à la maladie (17, 18), ce qui pose la question de la seule utilisation de l'outil papier ou d'autoquestionnaires informatisés pour évaluer l'anxiété et la dépression.

Incidence, impact et traitement de la dépression et de l'anxiété dans l'asthme et la BPCO

Incidence

L'anxiété et la dépression sont souvent rencontrées chez des patients asthmatiques ou ayant une BPCO, mais – premier constat – d'une étude à l'autre les chiffres varient. La dépression et l'anxiété, toutes formes confondues, concernent respectivement de 31 à 71 % et de 51 à 75 % de patients souffrant de BPCO (6, 19). Dans l'asthme modéré et sévère, les chiffres seraient plus bas, avec 25 à 50 % d'individus ayant des symptômes dépressifs et environ 20 à 35 % présentant de l'anxiété (20, 21). Différents outils

de mesure, utilisés par différentes professions de santé, dans des conditions de passation différentes, seraient vraisemblablement à l'origine de cette variation¹ (22). La plupart des recherches focalisent sur les symptômes génériques d'anxiété et de dépression avec des outils non spécifiques (3), et des adjectifs inattendus viennent parfois qualifier la dépression et l'anxiété de "possible" et "probable" (23). Plusieurs recherches proposent des autoquestionnaires informatisés, ce qui laisse songeur quand il s'agit d'individus possiblement anxieux ou dépressifs. Dans les études qui font un diagnostic plus fin, un tiers des patients atteints de BPCO a déjà vécu une attaque de panique, 8 à 25 % ont un trouble panique selon les critères du DSM III-R et DSM IV et 10 à 15 % ont un diagnostic d'anxiété généralisée (24, 25). Comparativement à la population générale, la dépression majeure et les troubles paniques seraient nettement plus élevés dans la BPCO (26). L'incidence de la dépression chez le patient souffrant de BPCO serait même 2,5 fois plus importante que dans la population générale, avec des taux particulièrement élevés pour les personnes sous oxygène (2, 5). En contradiction avec ces chiffres, l'étude de Carvalho et al. compare la fréquence des symptômes d'anxiété et de dépression dans l'asthme contrôlé, non contrôlé et dans la BPCO, et conclut qu'elle serait plus élevée chez les patients asthmatiques que chez ceux qui souffrent de BPCO (27). Pour d'autres encore, même si un lien est démontré entre symptômes respiratoires autorapportés et état psychologique, il n'y a, en revanche, pas de lien avec des mesures objectives d'asthme ni de preuve que les sujets asthmatiques soient plus dépressifs ou plus anxieux que les sujets sans asthme (1). De quoi nous plonger dans la perplexité ! La jeunesse des sujets inclus dans cette dernière étude (entre 20 et 44 ans) est probablement liée à ce résultat, les auteurs souhaitant éviter ainsi la confusion avec des patients potentiellement atteints de BPCO, plus âgés.

Impact

En termes d'impact, chez des patients atteints de BPCO en état stable, l'anxiété et la dépression seraient associées à une durée de survie plus

Highlights

Depression and anxiety symptoms in patients with COPD or asthma are frequent. Numerous studies provide evidence of their negative impact on health and quality of life. However, estimates vary considerably in the literature. This probably reflects the variety of scales and methods used to measure such symptoms. In practice, the diagnoses are often indistinct or unfounded and, as a consequence, the medical treatments do not seem adapted. Furthermore, the various psychological and psychoanalytical approaches of the notion of symptom are radically different from the medical approach. Despite of the chronicity of these reports, multidisciplinary healthcare (pneumology, psychiatry and/or psychology) is always lacking to the patients.

Keywords

Asthma
COPD
Depression
Anxiety
Diagnosis
Treatment

¹ Quelques instruments de mesure : évaluation clinique fondée sur la CIM10 ; entretien structuré fondé sur le DSM-III-R ou le DSM IV ; *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) ; *Beck Anxiety Inventory* (BAI) ; *Geriatric Mental State Schedule* (GMS) pour la dépression et l'anxiété ; *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) pour la sévérité de la dépression ; *Brief Assessment Schedule Depression Cards*, outil développé et validé dans les BPCO ; *Self-estimation of Depression Scale* ; *State-Trait Anxiety Inventory* de Spielberger (STAI).

courte et à des hospitalisations plus longues (28). Avec le même type de patients et la même échelle (l'HADS), seule la dépression a un effet causal sur les exacerbations et les hospitalisations (23). Ces résultats sont encore nuancés avec des travaux qui différencient anxiété et dépression en utilisant des questionnaires distincts. Dans une étude concernant toujours des patients atteints de "BPCO" en état stable, 47 % d'états dépressifs sont diagnostiqués, dont 33 % sont traités par antidépresseurs. Après un suivi de 800 jours en moyenne, 17 % des patients déprimés sont décédés contre 46 % dans le groupe non dépressif (19). Ici, les états dépressifs sembleraient être un facteur protecteur, alors que, dans une autre étude, un risque accru d'hospitalisations et de mortalité (à 3 ans) chez les plus déprimés est constaté (29). Dans la mesure où ces travaux incluent des groupes comparables au sens médical, à nouveau se pose la question des outils utilisés, du diagnostic fait et du traitement proposé. Au final, dans ces études, seul le retentissement sur la qualité de vie semble avéré et consensuel, la fonction pulmonaire restant par ailleurs identique (3, 30). Dans l'asthme sévère, les individus concernés par des troubles anxiodépressifs auraient plus souvent recours aux soins d'urgence que la population asthmatique générale (31). La présence d'une anxiété forte et de troubles paniques affecterait le cours de la maladie asthmatique, conduisant à des hospitalisations plus fréquentes, des séjours hospitaliers plus longs et un usage excessif de médicaments "à la demande" de type Ventoline® (32). En fait, l'anxiété influencerait la capacité des sujets asthmatiques à percevoir l'obstruction bronchique, et la sous-estimation ou la surestimation des symptômes empêche un comportement adéquat. Rappelons que l'anxiété générale ou "anxiété-trait" se traduit par une inadaptation émotionnelle, une hypersensibilité aux situations aversives et des caractéristiques cognitives psychophysiologiques : elle concerne les troubles anxieux, comme l'anxiété de séparation pour les enfants asthmatiques et les troubles paniques. L'"anxiété-état" correspond à un ensemble de cognitions et d'affects momentanés et fluctuants, face à une situation menaçante. Elle est une réponse naturelle à n'importe quelle maladie potentiellement mortelle. **Ce serait, en fait, les patients qui montrent un niveau modéré d'anxiété générale, mais un haut niveau d'anxiété liée à la maladie qui ont moins de risques d'admission à l'hôpital.** Par ailleurs, la perception de symptômes d'asthme peut déclencher une attaque de panique et les attaques de panique peuvent avoir en retour un effet bronchoconstricteur (33). Cette anxiété a aussi

un effet rebond sur la prise en charge de la maladie respiratoire : les médecins ont tendance à prescrire de plus fortes doses de médicaments aux sujets les plus anxieux, alors que ces derniers montrent une observance erratique (34). En écho à ces derniers travaux, une curieuse étude pharmacologique montre que le névrosisme (instabilité de l'humeur, anxiété) est en rapport avec la réaction à la théophylline par injection : la demi-vie de ce bronchodilatateur est plus faible chez les individus ayant un haut niveau de névrosisme, ce qui tendrait à montrer que ces patients témoignent d'un besoin accru de médicaments pour mieux respirer (35).

Traitement

En matière de traitements des troubles de l'humeur, les travaux ne sont donc pas légion au regard des constats faits. Rappelons que l'usage des corticostéroïdes (en particulier, la prednisone) engendre potentiellement troubles de l'humeur, hypomanie, dépression et psychose chez certains asthmatiques (36, 37). De manière générale, contrairement à l'anxiété, la dépression ne serait pas traitée de façon appropriée, ce qui a des conséquences sur le cours de la maladie asthmatique (38). Selon une revue de la littérature, la présence d'une dépression chez un asthmatique augmenterait le risque léthal, alors que son traitement baisse la mortalité, en particulier chez les enfants (39). Inversement, dans l'étude sur la BPCO citée plus haut, les états dépressifs sembleraient protecteurs (19). Quelques études sur la BPCO ont exploré les effets de traitements psychothérapeutiques, pharmaceutiques et l'impact des réhabilitations respiratoires (40). Des essais cliniques ont montré une amélioration de la symptomatologie anxieuse avec certaines molécules (nortriptyline, buspirone, sertraline) ou avec les thérapies cognitives et comportementales (30). Dans la BPCO et depuis plusieurs années, la réhabilitation respiratoire est une méthode qui donne satisfaction. Les soins sont personnalisés, la prise en charge est multidisciplinaire : réentraînement à l'effort, kinésithérapie respiratoire, gymnastique générale, éducation thérapeutique, aide au sevrage tabagique, prise en charge nutritionnelle, sociale et psychologique quand la présence de symptômes anxiodépressifs est décelée. Quand elle inclut toutes ces activités et en particulier, l'exercice physique, l'éducation thérapeutique, les interventions psychologiques et psychiatriques, cela favoriserait l'amélioration des syndromes dépressifs (4). D'autres auteurs montrent

qu'il pourrait y avoir un bénéfice psychologique, y compris en l'absence d'une intervention psychologique spécifique (41). Cependant, ce bénéfice serait vite perdu sans un soutien répété, les programmes de réhabilitation ayant un rôle de locomotive. L'impact sur les paramètres de santé est estimé, quant à lui, entre 10 et 22 mois selon les études. À l'inverse, une revue de la littérature récente met en évidence des résultats incertains quant à l'efficacité conjointe des thérapies comportementales, de l'éducation et de l'exercice sur la dépression et l'anxiété, de légère à modérée (42).

Pour tenter de comprendre l'écart entre les constats et les pratiques, il est nécessaire de ne pas se limiter aux seuls travaux dans l'asthme et la BPCO. Ces études sont quantitatives, elles fixent des seuils, et, si elles sont précieuses en termes de tendance, elles ramènent l'humain à du mesurable, les maladies prenant le pas sur la personne malade, à l'inverse de la démarche psychologique. Dans les échelles choisies ou "prescrites", pour mesurer la dépression et l'anxiété, chacun trouve finalement ce qu'il y a apporté, un diagnostic prédit. Il semblerait que tout s'achève avec ce diagnostic, et nous y perdons en compréhension. Par ailleurs, les publications internationales ne reflètent pas toujours la réalité française. Selon *Le Monde* du 8 novembre 2008, la France est championne d'Europe de la consommation des psychotropes. Nous sommes donc plus concernés par des diagnostics rapides ou infondés que par l'absence de traitement par antidépresseurs ou anxiolytiques. L'éclairage de la psychiatrie et de la psychologie, dans et hors du cadre respiratoire, semble indispensable sur la double question de l'anxiété et de la dépression.

Dépression, un diagnostic déprimant : symptôme, maladie ou comorbidité ?

Son identification est une vraie difficulté, car l'insomnie, la fatigabilité, propres au symptôme dépressif, sont fréquentes chez les personnes atteintes de BPCO ou d'asthme sévère, et cette difficulté diagnostique est encore majorée quand il s'agit d'un sujet âgé. Pareillement, le sentiment d'incapacité et d'inutilité, lié à l'impossibilité de travailler ou d'avoir des loisirs, peut être relatif à la maladie comme à la dépression. Les symptômes respiratoires rapportés par les patients peuvent donc refléter un aspect subjectif et/ou

dépressif, et ne pas être fiables du point de vue des mesures objectives de la maladie. Par ailleurs, le sujet déprimé cherche à soulager sa souffrance et maintient avec autrui une relation affective exprimée dans la plainte et l'agressivité. En écho, les conjoints d'individus dépressifs sont assez rapidement usés et le taux de divorce est très important dans cette population. Il est vraisemblable que les pneumologues développent eux aussi une attitude défensive vis-à-vis de la dépression, d'autant que la pathologie dépressive parasite le traitement de la maladie respiratoire et qu'elle ne relève pas de leur centre d'intérêt premier.

Le parcours thérapeutique d'une personne atteinte à la fois d'une maladie respiratoire et de symptômes anxiodépresseurs est éclairant. La prise en charge de l'anxiété et de la dépression par les pneumologues libéraux n'ayant pas été questionnée dans la littérature, nous allons nous centrer sur le parcours hospitalier. Classiquement, à son arrivée dans un service de pneumologie, l'individu est déjà sous antidépresseur, mais le diagnostic établi est en fait inconnu des soignants, et seulement fondé sur la prise du psychotrope. Celui-ci est en règle générale prescrit par un non-spécialiste, premier médecin auquel l'individu va confier sa souffrance et la plupart des individus sous antidépresseurs nous disent : "Je fais de la dépression". Les généralistes ressentent "une attente de prescription", là où il s'agirait le plus souvent d'une plainte psychique, d'une demande de conseils ou d'écoute. Des médicaments, plus qu'un traitement, sont donc donnés, inversant le rapport entre diagnostic et traitement puisqu'ici, "la maladie tend à être définie comme ce qui répond bien au traitement" (43). Dans un second temps, si ce même patient ne pose pas de problème particulier, si la molécule prise est compatible avec le traitement de la maladie respiratoire, le psychiatre ou le psychologue ne seront pas mandatés à son chevet, et la démarche diagnostique sera absente, malgré la présence de compétences multiples dans l'institution hospitalière. Du point de vue pneumologique, nous sommes en présence (ou peut-être pas) d'une comorbidité, indiquée via le traitement. Mais, là où les comorbidités somatiques d'un schizophrène sont diagnostiquées et traitées, ici la comorbidité psychopathologique éventuelle semble constatée, mais négligée. Pourtant, de quoi les personnes atteintes d'une maladie chronique peuvent-elles guérir ?...

Du point de vue de la psychologie clinique et psychopathologique ainsi que de celui de la psychanalyse, la dépression est un symptôme et un état transitoire dans l'existence d'une personne. "Le

terme de dépression est de nos jours utilisé de façon très lâche et désigne dans son usage courant des pathologies très diverses. C'est sans doute qu'il évite de poser la question d'un diagnostic de structure, renvoyant la question de ce qui ne va pas à une perturbation momentanée de l'humeur" (44). Pour le thérapeute, le symptôme qui est donné à voir tient à la jouissance du patient. Il n'est pas considéré comme un déficit, mais déjà comme une autothérapie. Fedida va même jusqu'à parler de capacité dépressive et des bienfaits de la dépression (45). Les référentiels sont radicalement différents : ce n'est pas une maladie à éradiquer avec le médicament ad hoc, ainsi que le préconisent les laboratoires pharmaceutiques. Les psychotropes ont d'ailleurs été détournés de leur usage premier qui est l'état dépressif majeur. Ils sont prescrits aujourd'hui pour du surmenage, de la fatigue, de la déprime, les soucis du quotidien, le mal-être, et il y a en conséquence sept fois plus de dépressions diagnostiquées ces dernières années. Il en va d'ailleurs de même avec d'autres symptômes considérés comme maladies émergentes ou troubles nécessitant un traitement médical, comme l'hyperactivité et la Ritaline®. Ce qui est à modifier pour un thérapeute, c'est l'usage du symptôme, pour que restent possibles le désir et la jouissance. Mais, y compris chez les psychologues, les désaccords sont présents : les uns ne tiennent souvent compte que de la souffrance psychique et de la nosographie psychanalytique, les autres, cognitivo-comportementalistes, ne voient que par les critères du DSM IV ou de la CIM 10, considérés par les premiers comme un déni de la complexité et de la singularité du patient.

La psychothérapie recouvre des pratiques et des techniques extrêmement diverses, et repose sur des corpus théoriques différents. Le bénéfice psychothérapeutique existe dès lors qu'est prise en compte la dimension subjective du sujet adressant une demande ou une plainte. Il faut préciser que, dans le domaine psychique, il n'y a pas, comme dans le domaine de la santé, d'état optimal et fixe à atteindre. De nombreuses études se sont penchées sur la question de l'efficacité des différentes psychothérapies dans le traitement conjoint de l'asthme et de l'allergie. Les résultats sont nuancés et dépendraient des nombreuses méthodes employées (hypnose, relaxation, analyse systémique, thérapie familiale, cure analytique, thérapie cognitive et comportementale, etc.). Les questions sous-jacentes sont les suivantes (46) : Existerait-il une psychothérapie plus efficace qu'une autre ?

Pour quel patient ? Certaines variables, pourtant essentielles, telles que la personnalité du psychothérapeute ou l'impact relationnel, sont difficiles à définir de façon explicite et à opérationnaliser. La nécessité de cure par la parole apparaît quand les problèmes émotionnels d'un individu contribuent à la maladie. Les adultes sont invités à associer librement, dans le but éventuel de réduire l'anxiété ou de faire émerger les problématiques et les conflits. La présence de relations familiales perturbées dans les familles d'enfants asthmatiques sévères est démontrée (47) : l'asthme tend à focaliser l'attention des parents sur les soins à donner plus que sur les besoins émotionnels et développementaux de l'enfant, mais les enfants, dont les familles suivent une thérapie familiale, montrent des améliorations dans la prise des médicaments, une anxiété réduite et plus de compétences dans la prise en charge des symptômes (48). Cette thérapie est considérée comme un complément efficace au traitement médicamenteux. En réduisant la tension familiale ou en détournant cette tension de l'enfant asthmatique, elle réduit de façon significative les symptômes et l'impact de l'asthme. En revanche, les mécanismes par lesquels ces bénéfices surviennent restent peu clairs. Pour Lehrer (49), il est essentiel de déterminer si les effets positifs sont à attribuer à un usage plus rationnel des soins médicaux ou si d'autres facteurs tels que la gestion du stress jouent un rôle direct. Dans le contexte de l'asthme, la relaxation est particulièrement bénéfique aux individus ayant des niveaux d'anxiété élevés, ou sujets à des attaques de panique (49, 50). En diminuant l'intensité et la fréquence des symptômes de panique, le comportement de santé se trouve amélioré, la surmédication et l'incidence de l'hyperventilation sont réduites. Les recherches mentionnent également une amélioration significative de la fonction pulmonaire, mais les effets à long terme ne sont pas évalués et le type de méthode utilisé n'est pas toujours précisé. Par ailleurs, la relaxation est souvent associée à un programme d'éducation thérapeutique, et sa contribution spécifique reste donc à évaluer. Les programmes personnalisés de réhabilitation respiratoire offrent des perspectives intéressantes, où l'individu est pris en compte dans sa dimension physique, sociale et psychologique par des professionnels spécialisés. Et s'ils ne sont pas pérennes pour l'amélioration de la symptomatologie anxiodépressive, ils ont le mérite d'offrir une pause appréciable, une respiration à des individus souffrant à la fois de BPCO et de symptômes ou troubles thymiques.

Conclusion

Poser un diagnostic psychologique et psychiatrique rigoureux dans nos recherches et nos pratiques et, si nécessaire, prescrire un soutien psychothérapeutique et/ou un traitement psychiatrique, dans la prise en charge des personnes souffrant de maladies chroniques comme l'asthme ou la BPCO est une nécessité qui va dans le sens de la récente campagne française de prévention de la dépression et qui est en adéquation avec les constats de la littérature internationale et ceux de la clinique (30, 51). Il ne doit pas juste s'agir d'une courte conclusion littéraire dans nos publications. Il y a nécessité à se décentrer de la maladie "asthme ou BPCO", pour se centrer sur l'homme malade, présentant une tristesse pathologique, un ralentissement ou un état anxieux. Les diagnostics d'asthme ou de BPCO sont rigoureux, les comptes-rendus mentionnent leur forme, qualifiée de stable, instable, légère, modérée, intermittente, persistante, sévère, difficile ou contrôlée, et, de là, découle un traitement adapté à la personne, réévalué à chaque consultation. Cette rigueur diagnostique est aussi requise pour la dépression et l'anxiété. Celles-ci

ne doivent pas être seulement considérées comme des comorbidités venant brouiller la prise en charge d'une maladie respiratoire considérée comme principale, ou comme acquise, en raison de la présence d'un traitement par psychotropes. Dans cette optique, il y a urgence à se défaire de son pouvoir de prescripteur, pour passer le relais à d'autres spécialistes. Adresser un patient à un confrère psychiatre et/ou à un psychologue relève d'une démarche pluridisciplinaire indispensable². Reste que le recours à un psychologue n'est pas remboursé par l'Assurance maladie, que la psychothérapie est difficilement accessible hors de l'enceinte d'une structure hospitalière, que la consultation psychiatrique s'avère compliquée. Alors...

² "Si je fais mes courses, il me faut quelqu'un pour m'aider, pour monter mes sacs, sinon je manque d'air, je suffoque, je suffoque carrément. Ne serait-ce que marcher et discuter, je ne peux pas... Parler, au bout d'un certain temps, je suis vite fatiguée, vite épuisée. J'ai tendance à me retrancher en moi. Quand j'ai fait mes dépressions, j'ai fait une coupure nette entre l'extérieur et moi. Même avec mes enfants. Je ne sortais plus de chez moi, je restais recroquevillée sur moi. C'est là qu'on m'a dit d'aller dans les services psychiatriques, de me sortir de cet engrenage."

Références bibliographiques

- Janson C, Bjornsson E, Hetta J, Boman G. Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149(4):930-4.
- Maurer J, Rebbapragada V, Borson S et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008;134(4):435-565.
- Cafarella P, Frith P. The impact of mental disorders on disability and quality of life in COPD patients. *Psychosocial factors and health outcomes in COPD. American Thoracic Society Congress, 2008. Am J Respir Crit Care Med* 2008;177 (meeting abstracts): abstract 504.
- SPLF. Guidelines for the clinical management of COPD. *Rehabilitation. Rev Mal Respir* 2003;546-549.
- Recommandations de la Société de pneumologie de langue française sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO. *Rev Mal Respir* 2005;758-7514.
- Kunik ME, Roundy K, Veazey C et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest* 2005;127(4):1205-11.
- Aboussafy D, Campbell TS, Lavoie K, Aboud FE, Ditto B. Airflow and autonomic responses to stress and relaxation in asthma: the impact of stressor type. *Int J Psychophysiol* 2005;57(3):195-201.
- Kapella M, Berger B, Larson J. Social changes and stigma in COPD. *Psychosocial factors and health outcomes in COPD. American Thoracic Society Congress, 2008. Am J Respir Crit Care Med* 2008;177 (meeting abstracts): abstract 502.
- Holm KE, Bowler RP, Make BJ, Wamboldt FS. Family relationship quality is associated with adjustment in COPD. *American Thoracic Society Congress, 2008. Am J Respir Crit Care Med* 2008;177 (meeting abstracts): abstract 501.
- Kernis MH, Cornell DP, Sun CR, Berry A, Harlow T. There's more to self-esteem than whether it is high or low: the importance of stability of self-esteem. *J Pers Soc Psychol* 1993;65(6):1190-204.
- Greenier KD, Kernis MH, McNamara CW et al. Individual differences in reactivity to daily events: examining the roles of stability and level of self-esteem. *J Pers* 1999;67(1): 185-208.
- Withers NJ, Rudkin ST, White RJ. Anxiety and depression in severe chronic obstructive pulmonary disease: the effects of pulmonary rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil* 1999;19(6):362-5.
- Bosley CM, Corden ZM, Cochrane GM. Psychosocial factors and asthma. *Respir Med* 1996;90(8):453-7.
- Cain J. *Le champ psychosomatique*. Paris : PUF, 1990.
- Célérier M. *Corps et fantasmes, pathologie du psychosomatique*. Paris : PUF, 1990.
- Szvec G. *La psychosomatique de l'enfant asthmatique*. Paris : PUF, 1993.
- Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod, 2002.
- Fischer GN, Tarquinio NG. *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod, 2006.
- Stage KB, Middelboe T, Pisinger C. Depression and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Impact on survival. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111(4):320-3.
- Vamos M, Kolbe J. Psychological factors in severe chronic asthma. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33(4):538-44.
- Valença A, Falcao R, Freire R et al. The relationship between the severity of asthma and comorbidities with anxiety and depressive disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(3):206-8.
- Hill K, Geist R, Goldstein R, Lacasse Y. Anxiety and depression in end-stage COPD. *Eur Respir J* 2008;31(3):667-77.
- Xu W, Collet JP, Shapiro S et al. Independent effect of depression and anxiety on COPD exacerbations and hospitalizations. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;178(9): 913-20.
- Giardino N. Heart rate variability biofeedback treatment for panic disorders in COPD: preliminary data. *Psychosocial factors and health outcomes in COPD. American Thoracic Society Congress, 2008. Am J Respir Crit Care Med* 2008;177 (meeting abstracts): abstract 505.
- Karajgi B, Rifkin A, Doodi , Kolli R. The prevalence of anxiety disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Psychiatry* 1990;147(2):200-1.
- Mikkelsen R, Middelboe T, Pisinger C, Stage K. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry* 2004;58(1):65-70.

27. Carvalho N, Ribeiro P, Ribeiro M, Nunes MP, Cukier A, Stelmach R. Comparing asthma and chronic obstructive pulmonary disease in terms of symptoms of anxiety and depression. *J Bras Pneumol* 2007;33(1):1-6.
28. Funk GC, Kiercheiner K, Burghuber OC. BODE index versus GOLD classification for explaining anxiety and depression in patients with COPD. *American Thoracic Society Congress, 2008. Am J Respir Crit Care Med* 2008;177 (meeting abstracts): abstract 506.
29. Fan VS, Ramsey SD, Giardino ND et al. Sex, depression and risk of hospitalization and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2007;167:2345-53.
30. Brenes G. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact and treatment. *Psychosom Med* 2003;65(6):963-70.
31. Ten Brinke A, Ouwerkerk ME, Zwinderman AH, Spinhoven P, Bel EH. Psychopathology in patients with severe asthma is associated with increased health care utilization. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163(5):1093-6.
32. Carr RE. Panic disorder and asthma: causes, effects and research implications. *J Psychosom Res* 1998;44(1):43-52.
33. Carr RE, Lehrer PM, Hochron SM. Predictors of panic-fear in asthma. *Health Psychol* 1995;14(5):421-6.
34. Centanni S, Di Marco F, Castagna F, Boveri B, Casanova F, Piazzini A. Psychological issues in the treatment of asthmatic patients. *Respir Med* 2000;94(8):742-9.
35. Hartzema AG, Pancorbo S, Davis S. Personality traits and theophylline metabolism. *Biopharm Drug Dispos* 1982;3(4):311-6.
36. Bender B, Milgrom H. Neuropsychiatric effects of medications for allergic diseases. *J Allergy Clin Immunol* 1995;95(2):523-8.
37. Bender BG, Ikle DN, DuHamel T, Tinkelman D. Neuro-psychological and behavioral changes in asthmatic children treated with beclomethasone dipropionate versus theophylline. *Pediatrics* 1998;101(3):355-60.
38. Rubin NJ. Severe asthma and depression. *Arch Fam Med* 1993;2(4):433-40.
39. Galil N. Depression and asthma in children. *Curr Opin Pediatr* 2000;12(4):331-5.
40. Préfaut C, Ninot G. La réhabilitation du malade respiratoire. *Issy-les-Moulineaux*: Masson, 2009.
41. Guell R, Resqueti V, Sengenis M et al. Impact of pulmonary rehabilitation on psychosocial morbidity in patients with severe COPD. *Chest* 2006;129(4):899-904.
42. Coventry PA, Gellatly JL. Improving outcomes for COPD patients with mild-to-moderate anxiety and depression: a systematic review of cognitive behavioural therapy. *Br J Health Psychol* 2008;13(3):381-400.
43. Lakoff A. La raison pharmaceutique. Les empêchements de tourner en rond : Paris, 2008.
44. Chemama R, Vandernersch B. Le dictionnaire de la psychanalyse. Paris : Larousse, 2002.
45. Fedida P. Les bienfaits de la dépression : éloge de la psychothérapie. Odile Jacob : Paris, 2001.
46. Khateeb Z. Effectiveness of psychotherapy in asthma: meta-analysis. *Acta Psychiatr Belg* 1995;95(1):25-43.
47. Lask B, Matthew D. Childhood asthma. A controlled trial of family psychotherapy. *Arch Dis Child* 1979;54(2):116-9.
48. Gustafsson PA, Kjellman NI, Cederblad M. Family therapy in the treatment of severe childhood asthma. *J Psychosom Res* 1986;30(3):369-74.
49. Lehrer PM, Sargunary D, Hochron S. Psychological approaches to the treatment of asthma. *J Consult Clin Psychol* 1992;60(4):639-43.
50. Lehrer PM. Emotionally triggered asthma: a review of research literature and some hypotheses for self-regulation therapies. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 1998;23(1):13-41.
51. Kowalczyk-Sroka B, Marmurowska-Michalowska H. The level of anxiety and depression in the opinion of patients hospitalized due to chronic obstructive pulmonary disease. *Psychiatry Pol* 2005;39(1):41-9.

SYMBICORT® TURBUHALER® 200/6 microgrammes par dose, poudre pour inhalation. COMPOSITION : Budesonide par dose délivrée : 160 microgrammes, Fumarate de formotérol dihydraté : par dose délivrée : 4,5 microgrammes. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Poudre (blanche) pour inhalation. **DONNÉES CLINIQUES :** **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES* :** • Asthme : Symbicort® Turbuhaler® est indiqué en traitement continu de l'asthme persistant, dans les situations où l'administration par voie inhalée d'un médicament associant un corticoïde et un bronchodilatateur bêta-2 agoniste de longue durée d'action est justifiée : - chez les patients insuffisamment contrôlés par une corticothérapie inhalée et la prise d'un bronchodilatateur bêta-2 agoniste de courte durée d'action par voie inhalée à la demande, ou - chez les patients contrôlés par l'administration d'une corticothérapie inhalée associée à un traitement continu par bêta-2 agoniste de longue durée d'action par voie inhalée. • Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives (BPCO) (**Dosage 200/6 µg par dose**) : Traitement symptomatique de la BPCO sévère (VEMS <50% de la valeur théorique) chez les patients présentant des antécédents d'exacerbations répétées et des symptômes significatifs malgré un traitement continu par bronchodilatateur de longue durée d'action. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION* :** Voie inhalée : • Asthme : Symbicort® Turbuhaler® ne doit pas être utilisé pour l'initiation d'un traitement antiasthmatique. La posologie est individuelle. Le dosage sera prescrit en fonction de la sévérité de la maladie. A l'initiation ou lors de l'adaptation du traitement, si les dosages disponibles de l'association fixe ne permettent pas d'ajuster la posologie de chacun des principes actifs en fonction de l'état clinique du patient, bêta-2 agonistes et corticostéroïdes devront être administrés individuellement. Vérifier que le dosage prescrit de Symbicort® est bien adapté à un traitement optimal du patient, en recherchant la posologie minimale efficace. Lorsque le contrôle est obtenu avec la posologie minimale recommandée, l'administration d'un corticoïde seul pourra être envisagée comme étape suivante dans la recherche du traitement minimal efficace. Il existe deux modalités thérapeutiques d'administration de Symbicort® 200/6 µg/dose : **A. Symbicort® utilisé en traitement continu de fond :** Symbicort® est utilisé comme traitement continu de fond et un bronchodilatateur d'action rapide est utilisé séparément pour soulager les symptômes d'asthme. **B. Symbicort® utilisé à la fois en traitement continu de fond et en cas de besoin, pour soulager les symptômes d'asthme :** Symbicort® est utilisé à la fois en traitement continu de fond et, en cas de besoin, en réponse à la survenue de symptômes d'asthme pour les soulager. **A. Symbicort® utilisé en traitement continu de fond** Il convient d'informer les patients qu'ils doivent avoir en permanence à leur disposition leur bronchodilatateur d'action rapide en traitement de secours pour soulager les symptômes d'asthme. **Posologie préconisée :** SYMBICORT TURBUHALER 200/6 µg PAR DOSE : Adultes (18 ans et plus) : 1-2 inhalations deux fois par jour. Certains patients peuvent nécessiter jusqu'à 4 inhalations deux fois par jour (dose maximum). Adolescents (12-17 ans) : 1-2 inhalations deux fois par jour. Ce dosage n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 12 ans. En pratique courante, lorsque les symptômes ont régressé avec deux prises quotidiennes, un rythme d'administration en une prise par jour peut éventuellement être envisagé dans le cadre de la recherche de la dose minimale efficace si le médecin estime nécessaire de maintenir un traitement par bêta-2 mimétique longue durée d'action pour le contrôle des symptômes. Une augmentation de la consommation de bronchodilatateur à action rapide est le signe d'une déstabilisation de la maladie sous-jacente et nécessite une réévaluation du traitement de l'asthme. **B. Symbicort® utilisé à la fois en traitement continu de fond et en cas de besoin, pour soulager les symptômes d'asthme** Les patients prennent quotidiennement Symbicort® en traitement continu de fond et utilisent aussi Symbicort® en cas de besoin en réponse à la survenue de symptômes d'asthme pour les soulager. Les patients doivent être informés qu'ils doivent avoir en permanence Symbicort® à leur disposition en traitement de secours. L'utilisation de Symbicort® en traitement continu de fond et pour soulager les symptômes d'asthme sera envisagée notamment chez des patients : • ayant un contrôle insuffisant de l'asthme avec recours fréquent aux bêta-2 mimétiques de courte durée d'action inhalés. • ayant eu des antécédents d'exacerbations d'asthme ayant nécessité une intervention médicalisée. Une surveillance médicale attentive des effets indésirables dose-dépendants est nécessaire chez les patients consommant de façon fréquente des doses journalières élevées de Symbicort® pour soulager leurs symptômes d'asthme. **Posologies recommandées :** Adultes (18 ans et plus) : la dose recommandée en traitement continu de fond est de 2 inhalations par jour, administrées en deux prises (1 inhalation matin et soir), ou en une prise (2 inhalations le matin ou le soir). Chez certains patients, une dose quotidienne de 2 inhalations deux fois par jour peut être nécessaire. En cas de besoin, pour soulager les symptômes, les patients prendront 1 inhalation supplémentaire de Symbicort®. Si les symptômes persistent après quelques minutes, l'inhalation sera renouvelée. Ne pas prendre plus de 8 inhalations en une seule fois. Une dose totale quotidienne de plus de 8 inhalations n'est généralement pas nécessaire ; toutefois, une dose totale allant jusqu'à 12 inhalations pourra être utilisée sur une période limitée. Il convient de fortement recommander aux patients utilisant plus de 8 inhalations par jour de prendre un avis médical. Ils devront être réévalués et leur traitement de fond reconsidéré. Enfants et adolescents de moins de 18 ans : cette modalité thérapeutique n'est pas recommandée chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans. • Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives (BPCO) : **Posologie préconisée :** Adultes : 2 inhalations deux fois par jour. **Populations à risque ; Sujets âgés :** Il n'y a pas de recommandations posologiques particulières. **Insuffisants rénaux et insuffisants hépatiques :** Aucune donnée disponible. Néanmoins, augmentation prévisible de l'exposition systémique chez les insuffisants hépatiques sévères. **Coût du traitement par inhalation :** 0,45 euros. **CONTRE-INDICATIONS :** Antécédent d'allergie au budesonide, au formotérol ou au lactose. **MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI* :** Avant l'arrêt du traitement, diminuer les doses progressivement. Si le contrôle des symptômes insuffisant ou si le patient dépasse les doses maximales recommandées : thérapeutique à réévaluer. Une détérioration soudaine ou progressive du contrôle des symptômes d'asthme ou de BPCO nécessite un avis médical urgent car elle peut annoncer une évolution vers un état clinique grave engageant le pronostic vital. Il convient d'informer les patients qu'ils doivent avoir en permanence à leur disposition leur inhalateur de secours, c'est-à-dire : soit Symbicort® (pour les patients asthmatiques utilisant Symbicort® à la fois en traitement de fond et pour soulager les symptômes d'asthme), soit un bronchodilatateur d'action rapide (pour tous les patients utilisant Symbicort® uniquement en traitement de fond). Il conviendra de rappeler au patient de prendre le traitement continu de fond par Symbicort® selon la prescription médicale, même en l'absence de symptômes. La prise de Symbicort® «à la demande» ne doit s'envisager qu'en réponse à la survenue de symptômes d'asthme dans le but de les soulager, mais pas pour la prévention de l'asthme d'effort. Pour une telle utilisation, prendre un médicament contenant un bronchodilatateur d'action rapide seul. Le traitement ne doit pas être initié au cours d'une exacerbation, une aggravation significative ou une déstabilisation aiguë de l'asthme. L'augmentation du sifflement bronchique (bronchospasme à la suite d'une inhalation de la poudre) doit conduire à l'arrêt du traitement, un examen clinique du patient, et à une réévaluation de la conduite thérapeutique. La corticothérapie inhalée peut entraîner des effets systémiques, en particulier lors de traitements à fortes doses ou prolongés. La survenue de ces effets est néanmoins beaucoup moins probable qu'au cours d'une corticothérapie orale. La dose minimale efficace devra, par conséquent, toujours être recherchée. Surveiller régulièrement la croissance des enfants recevant une corticothérapie à long terme. En cas de suspicion d'inhibition des fonctions surrénaliennes liée à une corticothérapie préalable par voie générale, une attention particulière sera portée lors de la mise en route d'un traitement. L'administration de budesonide par voie inhalée ne prévient pas le risque d'apparition d'une insuffisance surrénale lors du sevrage des patients traités au long cours par une corticothérapie orale. Le risque de persistance d'une freination des fonctions surrénaliennes doit rester présent à l'esprit dans les situations d'urgence ou de traitement au long cours. Une corticothérapie adaptée de supplémentation devra être envisagée dans les périodes susceptibles de déclencher un état de stress ou en cas de chirurgie programmée. Afin de prévenir le risque de candidose oro-pharyngée, il sera recommandé au patient de se rincer la bouche à l'eau après chaque inhalation du traitement administré en traitement continu de fond et après les inhalations «à la demande» en cas de candidose oro-pharyngée. Symbicort® doit être administré avec précaution chez les patients présentant les pathologies suivantes : thyrotoxicose, phéochromocytome, diabète sucré, hypokaliémie non traitée, cardiomyopathie obstructive, sténose aortique, sinus-valvulaire idiopathique, hypertension artérielle sévère, anévrisme ou autres troubles cardiovasculaires graves. Très rares : hyperglycémie, signes ou symptômes d'effets systémiques glucocorticoïdes, dépression, troubles du comportement, dysgueusies, modification de la pression artérielle. Comme avec les autres produits inhalés, un bronchospasme paradoxal peut survenir dans de très rares cas. Les effets systémiques des corticoïdes inhalés sont susceptibles de survenir après prescription de fortes doses sur des périodes prolongées. Ceci peut se traduire par une freination de la fonction surrénale, un retard de croissance chez l'enfant et l'adolescent, une diminution de la densité minérale osseuse, une cataracte ou un glaucome. Le traitement par bêta-2 agoniste peut entraîner une augmentation des taux sanguins d'insuline, d'acides gras libres, glycérol et corps cétoniques. **SURDOSAGE* :** Surdosage en formotérol : tremblements, céphalées, palpitations, tachycardie. Surveillance clinique et traitement symptomatique préconisés. Surdosage en budesonide, même à dose très élevée, ne constitue pas une urgence vitale. Si le traitement doit être interrompu en raison d'un surdosage du composant formotérol, le remplacement par un traitement corticoïde inhalé approprié doit être envisagé. **DONNÉES PHARMACOLOGIQUES* :** ADRENERGIQUES ET AUTRES MÉDICAMENTS POUR LES SYNDROMES OBSTRUCTIFS DES VOIES AÉRIENNES. Code ATC : R03AK07. **DONNÉES PHARMACEUTIQUES* :** PRÉSENTATION ET NUMÉROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE-CLASSIFICATION EN MATIÈRE DE DÉLIVRANCE : Liste L AMM 356584-3 : 120 doses en dispositif inhalateur (plastique) avec embout buccal. Prix : 54,48 Euros. Remb. Séc. Soc. à 65% - Agréé Collect. **EXPLOITANT :** AstraZeneca, 1 place Renault - 92 844 RUEL-MALMAISON CEDEX. Tél. : 01 41 29 40 00.

* Pour une information complémentaire, consulter la fiche posologique. **DATE DE RÉVISION :** Mai 2007 [SYMBICORT 200 MLR 0308.1]