

Syndrome de glissement : un équivalent dépressif ?

Failure to thrive syndrome : an equivalent of depression ?

BAZIN N.

Le syndrome de glissement est un concept purement français dont la réalité clinique est évidente pour tous les cliniciens proches des sujets âgés. Il survient typiquement chez un sujet âgé, voire très âgé, aux antécédents médicaux chargés et dont l'état somatique déjà précaire a été fragilisé récemment par un épisode somatique aigu dont il se remet à peine. Après souvent un intervalle libre de quelques jours, s'installe rapidement une altération de l'état général majeure avec déshydratation, dénutrition et les troubles biologiques et somatiques en rapport. La rétention urinaire et la constipation sont majeures. Le patient refuse de se lever, de s'alimenter, de boire, de communiquer. Parfois agressif, il est le plus souvent d'une très grande passivité. Dans le peu de paroles qu'il échange, il demande qu'on le laisse tranquille et exprime le souhait de mourir. A ce stade, le patient est généralement hospitalisé. Aucune étiologie n'est retrouvée ni lors de l'examen clinique, ni lors des examens complémentaires. Si le tableau clinique associant le terrain, le facteur déclenchant, les signes cliniques, l'aggravation inexorable et rapide est bien connu, le flou persiste quant à la définition et les limites du Syndrome de Glissement, son pronostic et bien sûr l'étiologie. C'est autour de la question de l'étiologie que nous nous interrogeons ici et plus particulièrement nous posons la question du lien entre Syndrome de Glissement et Dépression.

Le tableau clinique de syndrome de glissement est très évocateur d'une dépression mélancolique : anorexie, attitude douloureuse, refus des soins, passivité voire agressivité envers les proches ou les soignants qui tentent de le stimuler, et bien sûr, volonté exprimée de mourir, souvent sous la forme de la demande «laissez moi tranquille» ou «laissez moi mourir». En pratique, il est fréquent que ce diagnostic soit évoqué et que le patient soit mis sous traitement antidépresseur. Mais le diagnostic d'épisode dépressif majeur est ensuite remis en cause car «le traitement antidépresseur d'épreuve n'a pas fait preuve de son efficacité». Or on ne peut remettre en cause le diagnostic de dépression du seul fait que le traitement antidépresseur n'aide pas le patient. Ceci pour deux raisons :

- La première tient à la durée de traitement nécessaire : 3 à 4 semaines minimum pour voir un début d'efficacité, 6 semaines de traitement à bonne dose avant de pouvoir dire que le traitement est inefficace. Le Syndrome de Glissement nous laisse rarement ce délai d'action.

- La deuxième raison tient à l'efficacité même de tous les traitements antidépresseurs : quelque soit le traitement antidépresseur utilisé, environ 30 % des patients sont «non répondeurs» et nécessitent une autre molécule. Là encore, le syndrome de glissement nous laisse rarement le temps de traiter efficacement.

On ne peut parler de dépression résistante qu'après l'échec de deux traitements antidépresseurs successifs, en monothérapie, avec deux molécules pharmacologiquement différentes, à dose thérapeutique efficace, pendant chacune au moins 4 semaines. Devant une dépression résistante, d'autres types de traitement sont alors envisagés.

Ces règles de prescription concernant le sujet adulte doivent pouvoir s'appliquer à l'identique chez le sujet âgé et le diagnostic de dépression majeure ne peut être rejeté du seul fait de l'inefficacité d'un traitement antidépresseur pendant quelques jours voire quelques semaines.

Le problème est que le patient n'est pas demandeur de soins et que la famille ne l'est souvent pas non plus «*pourvu qu'il (elle) ne souffre pas...*»

Mais cette opposition aux soins (ou plus fréquemment cette passivité envers les soins) est bien connue des psychiatres et fait partie du tableau de mélancolie «*rien ne sert de me soigner, je ne peux guérir*» ou «*je suis déjà mort...*». Chez le sujet plus jeune, on peut estimer que ces propos sont d'ordre dépressifs et nécessitent un traitement antidépresseur même contre le gré du patient. Qu'en est-il du sujet âgé ? Est-il plus dans la normalité lorsqu'il tient de tels propos ? La question mérite d'être posée et la réponse du suicide existentiel «*j'ai vécu, maintenant c'est mon tour de partir*» ne risque-t-elle pas d'être acceptée car rassurante pour le soignant qui se sent impuissant à guérir son patient et apaisante pour les proches qui ne parviennent pas à l'aider ?

La recherche d'autres symptômes de la lignée dépressive est indispensable. Leur présence permettant le diagnostic de dépression doit faire rejeter le diagnostic de «volonté normale de mourir» au profit d'idées suicidaires pathologiques entrant dans le cadre d'un Episode Dépressif Majeur. L'expérience de patients déprimés ayant tenus de tels propos qui, quelques semaines après, grâce à une prise en charge adaptée et un traitement antidépresseur, retrouvent la joie de vivre, donne l'espoir et la volonté de ne pas passer à côté de ce diagnostic et de le traiter quand c'est possible.

Le syndrome de Glissement serait-il une dépression sévère, mélancolique, d'évolution tellement rapide que le traitement spécifique n'aurait pas le temps d'agir ? Les rares études de suivi de patients présentant un Syndrome de Glissement font état d'un pronostic très sombre et mentionnent que les quelques rares cas de survie sont des patients pour lesquels le diagnostic d'Episode Dépressif Majeur a été posé et qui ont bien réagi au traitement antidépresseur prescrit.

Une étude de suivi de patient pour lequel le diagnostic de Syndrome de Glissement est évoqué vient d'être mise en place dans plusieurs services de soins gériatriques en France. Elle tentera de répondre à un certain nombre de questions posées ici, en faisant l'hypothèse que le Syndrome de Glissement est un équivalent dépressif. Elle permettra par ailleurs de mieux poser les critères diagnostiques de ce syndrome dans le but de permettre un diagnostic plus précoce et donc un traitement adéquate moins tardif. L'enjeu semble de taille au vue des quelques rares rescapés actuels des Syndromes de Glissement. ■

TROISIEME JOURNEE LORRAINE DE SOINS PALLIATIFS

THIONVILLE SAMEDI 19 OCTOBRE 2002

ETHIQUE ET FAIM DE VIE

Organisation



Association
Pierre Clément Lorraine

Avec le soutien de

la Société Française
d'Accompagnement
et de Soins Palliatifs



le C. H. R.
METZ-THIONVILLE



La Ville de Thionville

