

Le méthylphénidate *comme antidépresseur?*

Philippe Lageix, MD

Le méthylphénidate a-t-il une place dans l'arsenal des antidépresseurs?

Question posée par le Dr Michael Mansour, Montréal (Québec)

Les antidépresseurs sont utilisés dans une variété de pathologies : dépression, anxiété, douleur, pour n'en citer que quelques-unes. Cependant, nous nous restreindrons à un trouble dépressif majeur (TDM) et aux groupes symptomatiques apparentés à celui-ci.

Le méthylphénidate

Le méthylphénidate est un psychostimulant, principalement utilisé pour le traitement symptomatique d'un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), de la narcolepsie et, plus généralement, pour des troubles de vigilance diurne.

Le méthylphénidate est un stimulant du système nerveux central (SSNC), qui peut être utilisé, avec profit, dans plusieurs conditions associées ou non à un TDM. Ces conditions sont associées aux groupes symptomatiques suivants : la persistance d'apathie, les difficultés d'attention, les troubles de la vigilance diurne et le déclin cognitif léger. On pourra discuter, voire préférer, l'utilisation de modafinil dans de telles situations.

Le Dr Lageix est psychiatre associé aux hôpitaux Douglas et Rivière-des-Prairies et professeur adjoint aux universités de Montréal et McGill. Il est impliqué dans le traitement de troubles cognitifs de l'enfant et de l'adulte, ainsi que de troubles sévères de la personnalité.

Le trouble dépressif majeur

Quelques recherches empiriques font état de résultats favorables dans le traitement du TDM résistant par augmentation avec le méthylphénidate.

L'interprétation de tels résultats ne doit pas, en aucun cas, nous conduire à considérer le méthylphénidate comme un antidépresseur. Son utilisation, dans de telles circonstances, fait courir un risque au patient s'il s'agit d'une dépression bipolaire méconnue.

Les groupes symptomatiques apparentés

L'apathie

L'apathie, souvent sous-estimée à la suite d'un TDM, est à distinguer de celui-ci, mais fréquemment comorbide. La présence d'un score inchangé au *Hamilton Depression Scale*, mais un changement significatif au *Apathy Evaluation Score*, après traitement par un SSNCl, confirme la pertinence d'avoir appelé une telle condition.

Les difficultés d'attention

La persistance de difficultés d'attention au décours d'un TDM doit nous faire systématiquement évoquer un THADA résiduel de l'adulte ou du grand adolescent. Chez l'enfant, une telle forme clinique reste hautement improbable.

L'objectivation d'une telle comorbidité repose sur une évaluation clinique minutieuse et sur l'utilisation de questionnaires comportementaux, tels

Quelques recherches empiriques font état de résultats favorables dans le traitement du TDM résistant par augmentation avec le méthylphénidate.

La persistance de difficultés d'attention au décours d'un TDM doit nous faire systématiquement évoquer un THADA résiduel de l'adulte ou du grand adolescent.

que le *CAARS* (*Conners' Adult ADHD Rating Scales*) et le *WURS* (*Wender Utah Rating Scale*).

L'utilisation de méthylphénidate va se révéler efficace dans 70 % des cas, si ce diagnostic est retenu.

Le trouble de vigilance diurne

Le trouble de vigilance diurne est à distinguer d'un trouble du sommeil, responsable d'une somnolence diurne et d'une insomnie.

L'utilisation d'un SSNC est d'autant plus efficace, car le trouble de vigilance diurne est sous-tendu par une anomalie de la sécrétion orexine A/hypocrétine, donc appartenant au groupe des narcolepsies.

Le déclin cognitif léger

Le déclin cognitif léger (DCL) est une entité clinique distincte de la démence, qui touche fréquemment les sujets âgés (20 % des cas environ).

On a récemment proposé un facteur de risque environnemental de ces DCL, qui s'appuie sur la possibilité d'induction de troubles cognitifs, comparables au DCL, chez des sujets jeunes et traités par un anticholinergique, comme la scopolamine. Ce fait a été mis en lien avec la forte consommation de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques chez les sujets âgés. De très nombreuses molécules, largement utilisées en gériatrie, ont véritablement de tels effets. Il peut s'agir de médicaments à visées psychiatriques (neuroleptiques, antidépresseurs), analgésiques, cardiologiques (digoxine, certains

diurétiques), urologiques (antispasmodiques), pneumologiques (bronchodilatateurs) ou neurologiques (antiparkinsoniens). Certaines molécules ayant des propriétés anticholinergiques sont d'ailleurs en vente libre.

Chez un sujet âgé, déprimé et traité avec succès pour son TDM, qui présente au décours de son TDM un DCL objectivé par une évaluation neuropsychologique, une enquête à la recherche d'une médication ayant un effet anticholinergique est nécessaire. Si l'implication d'un effet anticholinergique est confirmée et que l'indication thérapeutique est incontournable (vessie hyperactive), alors l'utilisation d'un inhibiteur de la cholinestérase serait absurde, et l'indication d'un SSNC pourra être tentée.

Bref...

Les SSNC ne sont pas des antidépresseurs, ils pourraient toutefois être utilisés en augmentation dans les dépressions résistantes.

Toutefois, je n'en recommande pas l'utilisation, du fait d'une conceptualisation actuelle des dépressions résistantes, qui prédit un risque iatrogène. Plusieurs conditions fréquemment comorbides du TDM peuvent être traitées avec succès par un SSNC; il importe de s'en souvenir et de les évoquer systématiquement, le cas échéant. *Clin*