

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

ZAPOTOCZKY HG
Menopause et Depression

Journal für Menopause 1998; 5 (1) (Ausgabe für Schweiz), 24-28

Homepage:

www.kup.at/menopause

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



MENOPAUSE ET DEPRESSION

Zusammenfassung

Der Anteil von depressiven Störungen bei Frauen in der Postmenopause liegt nicht höher als in anderen Altersgruppen, wenn man von Frauen absieht, die bereits vor dem Klimakterium mehrere depressive Phasen durchgemacht haben bzw. bei denen eine längere Perimenopause besteht.

Bei diesen Patienten muß die Abgabe von Antidepressiva erwogen werden. Von Östrogenen ist bekannt, daß sie auf die Einschlafzeit, auf Schlafdauer und Durchschlafzeit sowie auf Hitzewallungen einen Einfluß haben, jedoch nicht

auf einzelne depressive Symptome wie Antriebsstörungen und Befindlichkeitsbeeinträchtigungen.

Das Klimakterium stellt eine Neu-Adaptierungsphase im Leben einer Frau dar. Diese ist verschiedenen Aspekten – psychosozialen (Wegfall von zeitgebenden Strukturen, Isolierung, Wegfall von bisherigen Aufgaben, Arbeitslosigkeit etc.) – unterworfen, der biologische Blickpunkt ist lediglich einer unter vielen. Auf diese geänderte Situation der Frau sollte der Gynäkologe als erster Ansprechpartner eingehen können mit dem Ziel, die Ichstrukturen dieser bedrohten Frauen wiederum zu stärken.

antérieures de la vie. Selon la CIM-10, cette dépression se manifeste par un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir et une réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Des efforts minimes entraînent souvent une fatigue importante. D'autres symptômes mentionnés sont les suivants: une diminution de la concentration et de l'attention; une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi; des idées de culpabilité ou de dévalorisation; une attitude morose et pessimiste face à l'avenir; des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires; une perturbation du sommeil; une diminution de l'appétit. Le tableau peut présenter des variations caractéristiques au cours du nyctémère. Il peut être dominé par une anxiété, un désarroi ou une agitation psychomotrice plutôt que par l'humeur dépressive. Le changement de l'humeur peut s'accompagner de symptômes supplémentaires, tels qu'une irritabilité accrue, un comportement histrionique, une exacerbation de symptômes phobiques ou obsessionnels, ou encore d'une consommation excessive d'alcool. Les symptômes pathognomiques à signaler plus spécialement sont les troubles du sommeil (sommeil en étapes, réveil précoce dans le sens d'un sommeil raccourci), les dépressions matinales, l'inappétence et la perte de poids. La figure 1 montre les répercussions des troubles dépressifs dans divers domaines corporels et psychiques.

D'après la CIM-10, une durée de deux semaines est exigée pour le diagnostic d'un épisode dépressif.

RESUMÉ

Chez les femmes ménopausées, la part des troubles dépressifs n'est pas plus élevée que chez les femmes d'autres groupes d'âge, mises à part les femmes qui, avant d'atteindre le retour d'âge, avaient déjà traversé plusieurs phases de dépression ou qui vivent une périménopause prolongée.

Chez ces patientes, il faut envisager l'administration d'antidépresseurs. On sait que les oestrogènes ont une influence sur le temps que l'on met à s'endormir, sur la durée du sommeil et la faculté de dormir sans interruptions ainsi que sur les bouffées de chaleur, mais non pas sur des symptômes dépressifs individuels, tels que la perte d'élan et les troubles d'état d'âme.

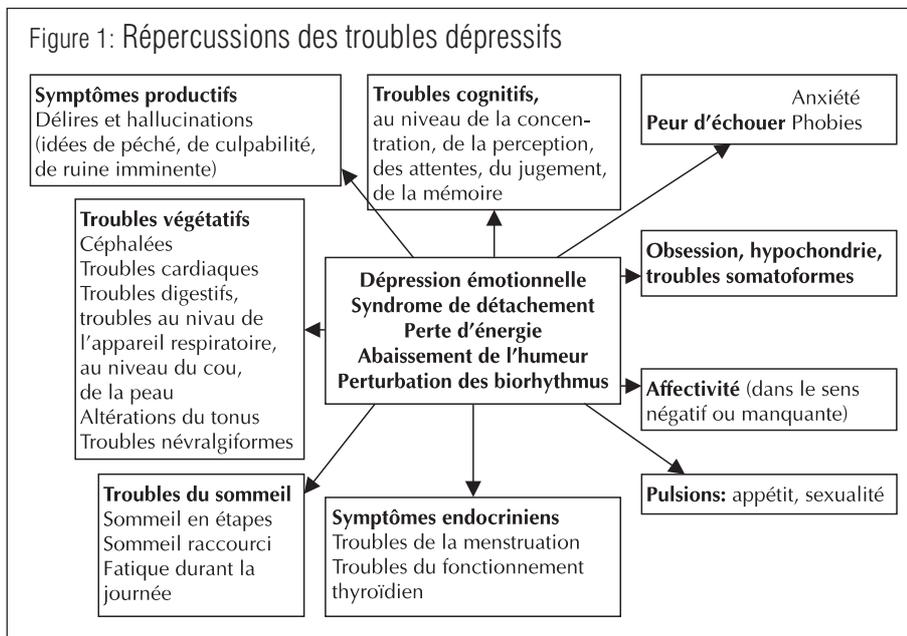
Dans la vie de la femme, le climatère marque une phase de réadaptation. Différents aspects psychosociaux entrent ici en jeu

(la suppression d'un horaire fixe, l'isolation, la disparition de certaines tâches courantes, le chômage, etc.), et la perspective biologique n'est qu'un aspect parmi bien d'autres. Le gynécologue, premier interlocuteur des femmes qui vivent ces changements, devrait être en mesure de se pencher sur cette situation pour aider ces femmes menacées à consolider les structures de leur ego.

SYMPTOMATIQUE CLINIQUE

Le terme de dépression postménopausique et climatérique exprime uniquement un lien temporel, c'est à dire qu'il signifie qu'un trouble psychique défini peut apparaître à un moment donné dans la vie de la femme.

En ce qui concerne les symptômes pathognomoniques, la dépression survenant pendant le climatère correspond à celle apparaissant dans les phases



avait un lien étroit entre une péri-ménopause prolongée (surtout en ce qui concerne les symptômes ménopausiques) et des troubles dépressifs. Souvent, les troubles dépressifs peuvent être passagers et ne présentent pas toujours le tableau d'une dépression complète décrit ci-dessus. Il peut en résulter des difficultés méthodiques rendant difficiles les enquêtes épidémiologiques.

LA THÉRAPIE

Les possibilités thérapeutiques dont on dispose aujourd'hui s'étendent des méthodes de médication aux méthodes psychothérapeutiques en passant par des approches axées sur la biologie. On distingue cinq groupes de médicaments agissant sur les états dépressifs :

Les antidépresseurs tricycliques, les antidépresseurs non tricycliques, les inhibiteurs réversibles sélectifs de la mono-amino-oxydase (IMAO), les inhibiteurs (bloqueurs) du recaptage neuronal de la sérotonine et les antidépresseurs noradrénergiques et spécifiquement sérotoninergiques (NaSSA) (tableau 1).

Comparés aux antidépresseurs tricycliques, les autres antidépresseurs disponibles aujourd'hui provoquent nettement moins d'effets secondaires et favorisent la compliance des patients [2] du fait de leur administration optimale une fois par jour seulement.

Les thérapies d'orientation biologique disponibles actuellement

D'un point de vue clinique, l'épisode dépressif prend, dans la ménopause, un aspect particulier, dans la mesure où la peur de ne pas être à la hauteur des tâches et l'agitation peuvent primer sur tous les autres symptômes. Les patientes se laissent guider par de fortes rationalisations, elles attribuent leurs problèmes à diverses angoisses et à leur situation professionnelle, déplorent leur perte de séduction physique, leur solitude croissante depuis que les enfants ont quitté la maison, craignent de perdre leur conjoint – affectant ainsi à leurs troubles l'étiquette de soucis authentiques dont personne ne saurait les soulager. Il n'est pas rare qu'elles cherchent consolation dans l'alcool.

D'un point de vue diagnostique, il est essentiel de bien différencier ces troubles des perturbations d'ordre hormonal (thyroïdiens, ovariens, hypophysaires) et d'autres maladies d'origine

physique (dont également les signes de démence présénile).

Il n'y a que peu d'études qui nous fournissent des renseignements sur l'incidence de ces troubles et d'autres données épidémiologiques. Une étude prospective conduite pendant cinq ans sur 2565 femmes de 45 à 55 ans (au départ de l'étude) a été présentée par Avis, Brambilla et al. en 1994 [1]. Au début de cette étude, toutes les femmes avaient eu leur menstruation dans les trois mois qui précédaient l'étude, et présentaient utérus et un ovaire intacts. Le début d'une ménopause naturelle n'était pas associé à une augmentation du risque d'une dépression. Une période péri-menstruelle prolongée (au moins 27 mois) allait de pair avec un risque de dépression accru. Le facteur prédictif le plus fort d'une dépression climatérique était l'existence de phases dépressives antérieures. Par ailleurs, les auteurs ont pu démontrer qu'il y

comprennent la thérapie de privation du sommeil, une thérapie à la lumière, la kinésithérapie et la thérapie électro-convulsive. Les méthodes psychothérapeutiques ayant fait preuve d'efficacité sont les méthodes de renforcement du soi, telle que la thérapie behaviouristique cognitive, des thérapies psychologiques individuelles, les entretiens thérapeutiques (individuels ou en groupes) ainsi que la logothérapie.

Etant donné que l'effet bénéfique des antidépresseurs ne peut être attendu qu'au bout de 10 à 15-18 jours, il peut être nécessaire d'utiliser passagèrement des tranquillisants ou des neuroleptiques aux propriétés sédatives légères (Esucos, Dominal, Buronil). La psychothérapie non plus n'a pas de résultats sensibles immédiats. Il est donc recommandé d'adresser les patientes présentant un état dépressif majeur à un spécialiste qui sera en mesure d'initier les mesures nécessaires [2].

Cependant, un gynécologue formé dans ce domaine également sera en mesure d'aider la plupart des femmes présentant des symptômes dépressifs isolés en leur administrant un antidépresseur non tricyclique en combinaison avec quelques entretiens sur la situation actuelle des patientes.

INTERACTIONS ENTRE ANTI-DÉPRESSEURS ET OESTROGENES OU PROGESTERONE

On estime actuellement que les points d'attaque des oestrogènes,

Tableau 1: Substances à effet antidépresseur

Antidépresseurs tricycliques			
Substance	Posologie	Effets secondaires	
Trofranil	75-150 mg	Sécheresse de la bouche	} Effets secondaires anticholinergiques périphériques
Anafranil	75-150 mg	Constipation	
Saroten	75-150 mg	Rétention urinaire	
Tryptizol	75-150 mg	Tachycardie	
Sinequan	50-150 mg	Hyperhidrose	
Pertofran	50-100 mg	Dysfonctionnement sexuel	
Nortrilen	75-150 mg	Troubles d'accommodation	
		Etats de confusion	
		Effets anticholinergiques centraux	
Noveril	120-480 mg	Sédation, blocage des α -récepteurs et antagonisme H1	
		Troubles cognitifs	
		Convulsion cérébrale	
		Hypotonie (blocage des récepteurs α -adrénergiques)	
		Troubles de conduction	
	Substance	Posologie	Effets secondaires
Antidépresseurs non tricycliques	Tolvon	30-60-90 mg	Effets anticholinergiques peu prononcés
	Ludiomil	75-100-150 mg	
Inhibiteurs réversibles sélectifs de la mono-aminoxydase	Insidon	50-200 mg	Fatigue Sécheresse de la bouche, vertiges, fatigue, insomnie
	Aurorix	100-300-600 mg	
Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine	Floxyfral	100-200 mg	Exempts d'effets anticholinergiques, troubles gastriques, nausées
	Fluctine	20-40 mg	
	Mutan	20-40 mg	
	Seropram	20-40 mg	
	Seroxat Sertraline	20-40 mg 50-100 mg	
Bloqueurs du recaptage de la sérotonine	Trittico	100-300 mg	Hypotonie, extrasystoles ventriculaires
NaSSA	Remergil Remeron	30-60 mg	Fatigue

de la progestérone, des hormones lutéinisantes, de la FSH et de la prolactine ainsi que de la noradrénaline, de la sérotonine et de la dopamine se situent au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Il y a interaction entre les hormones et les catécholamines. La plupart des résultats disponibles proviennent d'études expérimentales sur les animaux [3]. Ces résultats suggèrent que le noyau suschias-

matique joue un rôle essentiel. On a pu constater chez des rats femelles que des récepteurs spécifiques du noyau suschiasmatique sont capables de lier des quantités élevées d'oestrogènes en haute concentration, entraînant chez ces rats un niveau d'activité accru. On sait par ailleurs que chez les souris plus âgées, l'on rencontre une concentration de dopa réduite dans le cerveau et que la

Prof. Dr. Hans Georg Zapotoczky

Né à Linz en 1932, doctorat de médecine en 1958 à la faculté de médecine de l'Université de Vienne. En 1961: début de son activité à la clinique universitaire de psychiatrie-neurologie de Vienne chez Prof. Hans Hoff. En 1966, médecin-spécialiste en psychiatrie et neurologie. Séjours professionnels à l'étranger: à la clinique universitaire de Zurich-Burghölzli chez Prof. Manfred Bleuler; à Londres (Institute of Psychiatry) chez Prof. Isaac Marks ainsi que chez Prof. Vic Meyer (Middlesex-Hospital).



En 1982, nommé professeur non-titulaire d'une chaire à la Clinique Universitaire de Vienne et, depuis le 1er mai 1991, professeur titulaire d'une chaire à la Faculté de Médecine de la Karl-Franzens-Universität de Graz.

Depuis 1994 président de la Société Van Swieten autrichienne. De 1993 à 1995 président de la «Wissenschaftliche Gesellschaft der Ärzte in der Steiermark» (Association scientifique des médecins de Styrie), de 1990 à 1994 président de la «Österreichische Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin» (Association autrichienne pour la promotion de la thérapie comportementaliste). Membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris, membre correspondant de la «Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde» (Association allemande de psychiatrie et neurologie), membre correspondant de la «Österreichische Akademie der Wissenschaften» (Académie des Sciences Autrichienne). Actuellement, le Professeur Docteur Zapotoczky se concentre sur la genèse et le traitement des états d'angoisse et le développement des dépressions.

Jusqu'à présent, 274 travaux scientifiques, 3 livres. Editeur de 13 publications sous forme de livres

Pour toute correspondance:

o. Univ.-Prof. Dr. Hans Georg Zapotoczky
Universitätsklinik für Psychiatrie
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 22

et augmenter la durée du sommeil, que le sommeil est moins souvent interrompu sous leur influence et que la part du sommeil REM est plus importante. L'administration d'oestrogènes après la ménopause a une influence sur les troubles du sommeil et les bouffées de chaleur, mais reste sans effet sur les symptômes dépressifs [3].

Literatur:

1. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994; 4: 214–20.
2. Pöldinger W, Zapotoczky HG. Der depressive Patient. In: Pöldinger W. und Zapotoczky H. G. (Herausg.). *Der Erstkontakt mit dem psychisch kranken Menschen*. Springer Wien New York 1997; 1–9.
3. Hönig D, Mahner FA, Zapotoczky HG. Ausgewählte Symptome im Klimakterium und deren mögliche Korrelate im Neuroendokrinium. *J Menopause* 1995; 2: 17–20.

monoaminoxydase et les ferments COMT favorisant le catabolisme des catécholamines sont présents en concentrations plus élevées à l'âge avancé.

Les résultats obtenus dans les études expérimentales sur

l'animal ne peuvent pas être reportés tout simplement sur l'homme [3]. Chez la femme ménopausée, des études menées en double aveugle avec contrôle placebo ont montré que les oestrogènes peuvent réduire le temps que l'on met à s'endormir

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)