

Conduite à tenir devant une dysthymie

Elle doit être évoquée par le médecin traitant devant un malade qui présente une tristesse de l'humeur, une asthénie, un manque de goût à entreprendre et des plaintes fonctionnelles associées à des manifestations anxieuses. Ces troubles évoluent depuis plusieurs mois et n'ont pas l'intensité d'un épisode dépressif majeur.

I. Ne pas banaliser la souffrance du patient, ni considérer que du fait de sa durée d'évolution, la dysthymie est au delà des ressources thérapeutiques ...

II. Évaluer le risque suicidaire et discuter la nécessité d'une hospitalisation, comme dans le cas d'un état dépressif majeur, mais en tenant compte de la possibilité de bénéfices secondaires.

III. Effectuer un bilan complet :

- de l'évolution de la maladie et des antécédents
- d'éventuels facteurs organiques associés
- du fonctionnement psychologique, avec tests de personnalité
- des traitements antérieurs et de leurs effets

IV. Se demander s'il peut s'agir :

- d'une "double dépression", associant dysthymie et état dépressif majeur à traiter comme tel
- de la chronicisation, à bas bruit, d'un état dépressif majeur ayant résisté aux traitements antérieurs
 - évaluer les taux plasmatiques d'antidépresseurs
 - changer d'antidépresseur, ou éventuellement associer deux molécules de classes ou de modes d'action différents
 - effectuer un bilan thyroïdien, dont un test au TRH, et envisager une potentialisation de l'antidépresseur par des hormones thyroïdiennes
 - envisager éventuellement une ECT
- de l'expression d'un état mixte, à traiter par un thymorégulateur.

V. Utiliser la palette des outils thérapeutiques, associant traitements psychologiques et biologiques :

- Thérapie individuelle, familiale ou de groupe, selon une approche cognitive, comportementale ou analytique, relaxation, hypnose ... selon les modalités du fonctionnement psychologique et la dynamique familiale.
- Médicaments psychotropes, seuls ou en association, dont le choix est orienté par la symptomatologie :
 - antidépresseurs sédatifs ou psychotoniques, IMAO en cas de participation phobique, IRS devant une dimension obsessionnelle
 - anxiolytiques et hypnotiques pour une durée limitée
 - molécules "désinhibitrices" : antagonistes des récepteurs 5HT₂ type carpipramine (Prazinil®), benzamides à faibles doses comme amisulpride (Solian®) 100 mg par jour ;
 - neuroleptiques sédatifs à faibles doses en cas d'irritabilité, d'agressivité, de troubles du caractère
 - neuroleptiques antipsychotiques à faibles doses, ayant peu d'effets secondaires, type Flupentixol (Fluanxol®) ou loxapine (Loxapac®), pimozide (Orap®), ou rispéridone (Risperdal®) devant une symptomatologie hypocondriaque
 - thymorégulateurs anticonvulsivants en cas de variations de l'humeur, même de courte durée (hypomanie et dépression brèves récurrentes).