Fibrillation auriculaire et insuffisance cardiaque

la dépression augmente les risques de décès

Photo : Production multimédia CHUM

Dr François Lespérance

La dépression est particulièrement néfaste pour les personnes cardiaques. Chez celles qui souffrent à la fois de fibrillation auriculaire et d'insuffisance cardiaque congestive, elle augmente de 57 % le risque de mourir d'un problème cardiaque, ont constaté des chercheurs de l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) qui ont récemment publié leurs résultats dans *Circulation*[1].

On savait que la dépression assombrissait le pronostic de plusieurs affections cardiaques, dont l'insuffisance cardiaque congestive et la maladie coronarienne stable. Ce trouble psychiatrique est aussi dangereux pour les patients ayant subi un pontage coronarien ou un infarctus du myocarde. On pense qu'elle pourrait provoquer une hausse du risque d'accidents vasculaires cérébraux, d'arythmies ventriculaires et de mort soudaine.

Au Centre de recherche de l'ICM, **Mme Nancy Frasure-Smith**, chercheuse associée, a effectué des analyses secondaires sur les données recueillies dans le cadre de l'essai clinique AF-CHF[2]. Cette étude multicentrique internationale a comparé deux stratégies thérapeutiques pour traiter la fibrillation auriculaire chez des patients atteints de défaillance cardiaque. La sous-étude effectuée par Mme Frasure-Smith et ses collaborateurs comprenait 974 patients, âgés en moyenne de 66 ans, qui avaient passé l'Inventaire de dépression de Beck-II. Les chercheurs ont pu repérer 312 personnes (32 %) qui présentaient un score de 14 et plus, indiquant qu'elles avaient au moins des symptômes légers ou modérés de dépression.

Au bout d'un suivi moyen de 39 mois, 246 participants étaient morts d'une affection cardiovasculaire, critère d'évaluation principal de l'étude. L'analyse révèle qu'un score de dépression élevé était lié à une hausse statistiquement significative de :

- 557 % du risque de décès de nature cardiovasculaire ($P < 0{,}001$) ;
- 69 % de mort due à une arythmie cardiaque ($P = 0{,}01$) ;
- 38 % de décès, toutes causes confondues ($P = 0{,}01$).

Même après la correction pour des facteurs comme l'âge, l'état matrimonial, la cause de l'insuffisance cardiaque et le taux de créatinine, les symptômes de dépression restaient associés à une augmentation du taux de décès de nature cardiovasculaire. La hausse du risque était, par ailleurs, la même dans les deux groupes de traitement de l'étude.

« Même dans le cadre d'un essai clinique où les soins sont optimisés, la dépression a des répercussions. On aurait pu penser que le fait d'être dépressifs amène les patients à être moins bien suivis, mais là ils ont vraiment eu des soins optimaux », indique le **Dr Francois Lespérance**, chef du Département de psychiatrie du CHUM, qui s'est joint à l'équipe de l'ICM.

Réduit-on les risques en traitant la dépression ?

À quoi sont dus les effets néfastes de la dépression ? Les chercheurs l'ignorent. « Plusieurs systèmes de régulation semblent perturbés au cours de la

1. Frasure-Smith N, Lespérance F, Habra M et coll. Elevated depression symptoms predict long-term cardiovascular mortality in patients with atrial fibrillation and heart failure. *Circulation* 2009 ; 120 : 134-40.
2. Roy D, Talajic M, Nattel S et coll. Rythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart faillure. *N Engl J Med* 2008 ; 358 : 2667-77.

dépression. Cependant, on n'a pas démontré qu'elle en est la cause. Cette maladie psychiatrique est présente dans de nombreuses affections physiques graves. Il y a peut-être des dysfonctionnements biologiques qui augmentent le risque d'apparition non seulement de la dépression, mais aussi d'autres types de maladies. On ignore donc encore si la dépression est une cause, un effet, un facteur accompagnant un autre facteur de risque ou encore les trois à la fois », explique le Dr Lespérance, qui est l'un des auteurs principaux de l'étude.

Rien ainsi n'assure qu'en traitant la dépression, on parvienne à réduire le risque de décès de nature cardiovasculaire. Mais même si on n'accroissait pas les chances de survie, la maladie en elle-même justifie un traitement, indique le psychiatre. Les antidépresseurs recommandés : deux inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, le citolopram ou la sertraline. « Ce sont les seuls qui ont été testés chez des patients cardiaques. »

Marié pour le meilleur…

Par ailleurs, un élément surprenant jouait sur la survie des sujets de l'étude : la présence d'un conjoint. Le fait d'être marié était associé à une diminution de 24 % du risque de décès dû à un problème cardiaque. Et le risque que constitue le fait d'être seul s'ajoutait à celui de la dépression. Les participants les plus menacés étaient ainsi les célibataires dépressifs.

Comment expliquer l'effet bénéfique du conjoint ? « Peut-être que sa simple présence peut avoir des effets biologiques et diminuer le stress », avance le Dr Lespérance. Mais peut-être aussi que le conjoint veille à l'observance thérapeutique, détecte les symptômes précoces, permet une alimentation plus saine, un meilleur contrôle liquidien, etc.

L'étude a cependant certaines limites. Ainsi, la présence de symptômes dépressifs n'a été évaluée qu'une fois au début de l'étude. « Nous ignorons de quelle manière les changements dans la dépression ont pu influer sur les résultats », reconnaissent les auteurs de l'article. En outre, les chercheurs n'ont aucune donnée sur la prise d'antidépresseurs des sujets.

Néanmoins, l'étude peut être utile sur le plan clinique. « On peut conclure que la dépression permet de repérer les patients dont le risque de décès de nature cardiovasculaire est plus élevé, indique le Dr Lespérance. Il faut donc s'assurer que ces derniers reçoivent les meilleurs traitements possible. Ils pourraient donc avoir besoin d'un suivi très étroit et d'une intervention plus importante sur le plan des facteurs de risque. »

Angine et dépression
l'amplification des symptômes

La dépression a plusieurs visages chez les patients cardiaques. Ses effets ne sont pas toujours aussi dramatiques qu'une hausse du taux de mortalité. Elle peut simplement accroître les symptômes de douleur.

Des chercheurs américains, la **Dre Suzanne Arnold** et ses collaborateurs ont ainsi montré, chez des sujets ayant présenté une ischémie pendant une épreuve d'effort, que ceux qui étaient dépressifs ou anxieux avaient plus fréquemment des crises d'angine de poitrine[1].

L'équipe américaine savait que les symptômes

1. Arnold SV, Spertus JA, Ciechanowski PS et coll. Psychosocial modulators of angina response to myocardial ischemia. *Circulation* 2009 ; 120 : 126-33.

Tableau.
Fréquence de l'angine et facteurs psychosociaux

Fréquence des crises d'angine	Symptômes dépressifs	Anxiété clinique
Hebdomadaire et quotidienne	64 %	44 %
Mensuelle	38 %	17 %
Aucune	22 %	6 %
Valeur de *P* pour la tendance	< 0,001	< 0,001

de l'ischémie myocardique pouvaient varier d'un patient à l'autre. Les chercheurs supposaient que même si l'angor était causé par l'obstruction des coronaires, des facteurs psychosociaux intervenaient également dans son apparition.

La D^re^ Arnold et ses collaborateurs ont donc recruté, dans deux hôpitaux de Seattle, 788 patients qui passaient une tomographie par émission de photons uniques (SPECT) pendant une épreuve d'effort. Parmi les 191 sujets qui ont présenté une ischémie, 30 % avaient ressenti des crises d'angine de poitrine quotidiennes ou hebdomadaires au cours des quatre dernières semaines, 35 % en avaient eu mensuellement et 36 % n'avaient pas eu d'angor au cours du dernier mois. Tous les sujets ont également passé des tests psychologiques pour évaluer entre autres leur degré d'anxiété et la présence de symptômes dépressifs.

Faible corrélation entre ischémie et angine

L'équipe de la D^re^ Arnold a découvert que les participants aux prises avec des symptômes d'anxiété avaient 4,7 fois plus de risque d'avoir de fréquentes crises d'angine de poitrine ($P = 0{,}001$). Ce risque augmentait de 3,1 fois chez les sujets qui ressentaient des symptômes dépressifs cliniquement importants ($P = 0{,}004$).

Les chercheurs ont par ailleurs remarqué que les sujets qui souffraient de nombreuses crises d'angine obtenaient des résultats aux épreuves d'efforts comparables à ceux des participants présentant moins d'angor. Ce constat confirme la faible corrélation entre le degré d'ischémie myocardique et la lourdeur de l'angine, comme l'avaient déjà montré des études précédentes. « Les résultats présents semblent indiquer que les caractéristiques psychologiques sont associées à la fréquence de l'angine, indépendamment de l'importance de l'ischémie myocardique », mentionnent les auteurs.

D'ailleurs, parmi les patients qui ressentaient des crises d'angor quotidiennes ou hebdomadaires, 44 % souffraient d'une anxiété cliniquement significative et 64 % présentaient des symptômes dépressifs importants sur le plan clinique (*tableau*). Les patients exempts d'angine de poitrine, à l'opposé, souffraient beaucoup moins d'anxiété ou de dépression.

« C'est une étude qui vient s'ajouter à des recherches antérieures démontrant que les patients déprimés ont tendance à ressentir davantage de symptômes. On remarque le même lien entre la douleur et la dépression dans les cliniques de la douleur. C'est comme si, chez la personne déprimée, la perception de la douleur était moins inhibée », explique le **D^r^ Francois Lespérance**, chef du service de psychiatrie du CHUM et chercheur.

Briser le cercle vicieux

Que faire alors quand un patient déprimé ou anxieux se plaint de crises d'angor fréquentes ? Ce type de malade est souvent pris dans un cercle vicieux, indique le D^r^ Lespérance. « Comme le patient a beaucoup de symptômes d'angine, il fait moins d'exercice, a moins d'activités quotidiennes plaisantes et devient encore plus déprimé. »

Il importe d'abord de briser cette spirale. En plus de traiter la dépression ou l'anxiété, le médecin doit encourager le patient à être actif physiquement. « Il faut l'amener à augmenter son seuil de tolérance à la douleur par une activité physique supervisée, tout en assurant la meilleure protection ischémique possible avec les médicaments. C'est un peu comme dans le cas de la fibromyalgie. Il faut pousser les patients, malgré la douleur, à faire de l'activité physique. On doit cependant s'assurer qu'il n'y a pas de risque sur le plan médical. » La meilleure solution est de recommander au patient de faire de l'exercice sous supervision médicale dans des établissements comme le centre EPIC, à Montréal.

Cette étude américaine, tout comme celle de **M^me^ Nancy Frasure-Smith**, de l'Institut de Cardiologie de Montréal (*article précédent*), présente des perspectives intéressantes. « Ces deux recherches montrent que la dichotomie corps-esprit est dépassée en médecine », souligne le D^r^ Lespérance.