

CORELAȚII ÎNTRE DEPRESIA MONOPOLARĂ, PERIMENOPAUZĂ ȘI COMORBIDITĂȚILE SOMATICE

R. CRIȘAN¹, Gabriela BUICU², I. GABOȘ GRECU², B. SZABO¹, F. BUICU³

¹UMF Tg-Mureș, Clinica Obstetrică Ginecologie Nr.1, Tg.Mureș, ²UMF Tg-Mureș, Clinica Psihiatrie Nr.1, Tg.Mureș,

³UMF Tg-Mureș, Departament Management Sanitar

Rezumat

Perimenopauza cuprinde perioada de instalare a menopauzei și ceea ce urmează imediat menopauzei, primul an (WHO). Se referă la cei 2 până la 8-10 ani de modificare a nivelului hormonal incluzând și simptomatologia asociată, până la instalarea menopauzei. Menopauza este o consecință directă a pierderii sensibilității ovariene la stimularea cu gonadotropine, fapt care este în legătură directă cu scăderea rezervei foliculare și cu disfuncția ovarului.

În acest studiu ne-am propus urmărirea unui lot de 40 de paciente, cunoscute cu depresie unipolară în antecedente, care au necesitat consult psihiatric, urmat de internarea în Clinica Psihiatrie nr. 1, Tg. Mureș, deoarece prezentau accentuarea simptomelor depresive odată cu instalarea perimenopauzei.

Am presupus că asocierea dintre comorbiditățile somatice, împreună cu modificările survenite în preperimenopauză și Depresia monopolară, determină o intercondiționare reciprocă, ceea ce face ca toate cele trei condiții clinico-patologice să merite o atenție clinică egală atât din punct de vedere diagnostic cât și terapeutic, de cele mai multe ori necesitând o abordare terapeutică multidisciplinară.

În perioada 30.04.-30.11.2008 au fost evaluate un număr de 40 de paciente care au prezentat în antecedente o tulburare afectivă depresivă monopolară și care au fost internate în clinică pentru exacerbarea simptomatologiei odată cu perioada premergătoare menopauzei.

Pentru evaluarea simptomelor am utilizat scala de depresie Hamilton, aprecierea s-a făcut la internare, la 3, respectiv 6 luni, pe toată aceasta perioadă, pacientele au beneficiat de medicație antidepressivă.

Distribuția în funcție de vârsta pacientelor a fost: 43-51 ani (mediana 47 ani); majoritatea pacientelor (77,5%) 31, au provenit din mediul urban și doar 9 paciente (22,5%) din mediul rural; toate pacientele au avut în antecedente cel puțin un episod depresiv diagnosticat în baza criteriilor stabilite de DSM-IV TR pentru depresie, media scorului HAM-D a fost de 30; distribuția depresiei non-psihotice versus psihotice în lotul studiat 80:20; durata totală a evoluției depresiei monopolare în lotul studiat a fost: 0-2 ani = 11 cazuri (27,5%); 2,1-4 ani (35%); 4,1-6 ani = 7 cazuri (17,5%); 6,1-8 ani = 6 cazuri (15%); ... 8 ani = 2 cazuri.

Prevalența ridicată a patologiei somatice în lotul studiat atât la debut cât și după mai mulți ani de evoluție, pune problema unei cercetări clinice mai amănunțite și pe loturi reprezentative a relației dintre modificările survenite anterior instalării menopauzei, Tulburarea depresivă recurentă și patologia somatică.

Summary

Perimenopause include the period immediate prior to the menopause installation and the first year after menopause (WHO). It refers to the 2 to 8-10 years of change in hormonal levels, including an associated symptomatology, to install menopause. Menopause is a direct consequence of the loss of sensitivity to ovarian stimulation with gonadotrophins, which is directly linked with decreased reserve and follicular dysfunction ovary.

In this study we propose to follow up and monitored a number of 40 female patients with known history of unipolar depression, who required psychiatric examination, followed by hospitalize in Clinical Psychiatry No. 1, Tg. Mureș, because depressive symptoms had increased and appear more different beginning with perimenopausal period. We assumed that the combination of somatic comorbidities, together with changes in perimenopause and unipolar depression, causing a mutual intercondiționes which makes all three clinico-pathological conditions to merit equal attention from clinical point of view diagnostic and therapeutic, often requiring a multidisciplinary therapeutic approach.

During the period 30.04.-30.11.2008 were assessed a total of 40 patients who had a history of unipolar depression which hospitalize repeatedly for depressive decompensations which appear with menopausal period. For evaluation of the symptoms we used the Hamilton depression scale. The patients were monitored for a period of 6 months, throughout this period, patients received antidepressant medication. Distribution according to age of patients was 43-51 years (median 47 years), most patients (77.5%) 31, were from urban areas and only 9 patients (22.5%) of the rural area, all patients had a history of at least one depressive episode diagnosed on the basis of criteria established by DSM-IV TR for depression, the average HAM-D score was 30; distribution of non-psychotic depression psychotic versus the group studied 80:20; the total evolution of monopolar depression in group studied was: 0-2 years = 11 cases (27.5%); 2,1-4 years (35%); 4,1-6 years = 7 cases (17.5%); 6 .1-8 years = 6 cases (15%); ... 8 years = 2 cases. High prevalence of somatic pathology in the group studied both the onset and after several years of evolution, the issue of clinical research more detailed and lots representative of the relationship between changes prior to the installation of menopause, depressive recurrent disorder and somatic pathology.

Introducere.

Tulburările depresive apărute la femei sunt în mod frecvent asociate cu ciclul reproductiv. Această asociere poate fi cauzată, în parte, de variația echilibrului dintre estrogen, progesteron și alți hormoni ce afectează funcționarea neurotransmisiei în timpul ciclurilor de viață la femei. De asemenea, acestea pot fi legate de evenimentele psihosociale care însoțesc aceste evenimente, sau pot fi cauzate de către ambele.

Perimenopauza cuprinde perioada de instalare a menopauzei și ceea ce urmează menopauzei. Se referă la cei 2 până la 8 ani de modificare a nivelului hormonal incluzând și simptomatologia asociată, până la instalarea menopauzei. Menopauza este o consecință directă a pierderii sensibilității ovariene la stimularea cu gonadotropine, fapt care este în legătură directă cu scăderea rezervei foliculare și cu disfuncția ovarului. Femeile la perimenopauza și menopauză sunt astfel supuse la perioade lungi de stimulare estrogenică fără a fi contrabalansată de progesteron, ceea ce poate duce la hiperplazie de endometru. Nivelul de estradiol scade semnificativ la menopauză ca urmare a pierderii producției foliculare, dar estrona, care este aromatizată din androstendion din surse nefoliculare, rămâne sursa majoră de estrogen circulant la menopauză.

Obiectiv

Urmărirea unui lot de 40 de paciente, cunoscute cu depresie unipolară în antecedente, care au necesitat consult psihiatric, urmat de internarea în Clinica Psihiatrie nr. 1, Tg. Mureș, deoarece prezentau accentuarea simptomelor depresive odată cu instalarea perimenopauzei.

Am presupus că asocierea dintre comorbiditățile somatice, împreună cu modificările survenite în preperimenopauză și Depresia monopolară, determină o intercondiționare reciprocă, ceea ce face ca toate cele trei condiții clinico-patologice să merite o atenție clinică egală atât din punct de vedere diagnostic cât și terapeutic, de cele mai multe ori necesitând o abordare terapeutică multidisciplinară.

Material și metodă

În perioada 30.04.-30.11.2008 au fost evaluate un număr de 40 de paciente care au prezentat în antecedente o tulburare afectivă depresivă monopolară și care au fost internate în clinică pentru exacerbarea simptomatologiei odată cu perioada premergătoare menopauzei.

Criteriile de includere în lotul de studiu au fost:

- criteriile de diagnostic pentru Tulburare depresivă recurentă conform ICD-10;

- absența criteriilor de diagnostic pentru o altă tulburare psihică;
- menopauza să nu fie instalată
- au fost excluse cele care au beneficiat de substituție hormonală și tranchilizante

S-a efectuat o analiză comparativă longitudinală a comorbidității somatice în lotul studiat la debutul tulburării și în prezent.

Pentru evaluarea simptomelor am utilizat scala de depresie Hamilton, aprecierea s-a făcut la internare, la 3, respectiv 6 luni, pe toată aceasta perioadă, pacientele au beneficiat de medicație antidepressivă.

Rezultate și discuții

Distribuția în funcție de vârsta pacientelor a fost: 43-51 ani (mediana 47 ani). Analiza parametrilor demografici demonstrează că majoritatea pacientelor (77,5%) 31, au provenit din mediul urban și doar 9 paciente (22,5%) din mediul rural, fapt ce poate reprezenta un factor de fragilitate psihosomatică;

Toate pacientele au avut în antecedente cel puțin un episod depresiv diagnosticat în baza criteriilor stabilite de DSM-IV TR pentru depresie: 1 episod = 13 paciente (32,5%); 2 episoade = 11 paciente (27,5%); 3 episoade = 8 paciente (20%); ≥ 4 episoade = 8 paciente (20%), media scorului HAM-D a fost de 30. În funcție de tipul de depresie avut anterior acestei internări am obținut 7 grupuri de diagnostic: 9 paciente(22,5%) au prezentat sindrom depresiv simplu; 5 paciente (12,5%) au prezentat sindrom depresiv inhibat; 2 paciente (5%) au prezentat sindrom depresiv inhibat anxios; 14 paciente (35%) au prezentat sindrom depresiv nevrotico-hipocondriac; 5 paciente (12,5%) au prezentat sindrom depresiv delirant psihotic; 2 paciente (5%) au prezentat sindrom depresiv agitat anxios; 3 paciente (7,5%) au prezentat sindrom depresiv atipic; Distribuția depresiei non-psihotice versus psihotice în lotul studiat 80:20.

Durata totală a evoluției depresiei monopolare în lotul studiat a fost: 0-2 ani = 11 cazuri (27,5%); 2,1-4 ani (35%); 4,1-6 ani = 7 cazuri (17,5%); 6,1-8 ani = 6 cazuri (15%); ≥ 8 ani = 2 cazuri.

Tipul de depresie diagnosticat în prezent: 4 paciente au prezentat sindrom depresiv atipic (10%), 7 paciente au prezentat sindrom depresiv simplu (17,5%), 8 paciente au prezentat sindrom depresiv inhibat anxios (20%), 9 paciente (22,5%) au prezentat sindrom depresiv inhibat; 7 paciente (17,5%) au prezentat sindrom depresiv nevrotico-hipocondriac; 5 paciente (12,5%) au prezentat sindrom depresiv delirant psihotic; ; Distribuția depresiei non-psihotice versus psihotice în lotul studiat 75:25. Media scorului

HAM-D la internare a fost de 34, 29 la 3 luni, 25 la 6 luni. Dinamica statutului profesional la debutul depresiei și actual în lotul studiat a fost următoarea: angajate: la debut 68%, actual 40,6%; șomere: la debut 17,3%, actual 21,4%; pensionate: la debut 14,7%, actual 38%.

Distribuția patologiei somatice în lotul studiat la debut: fără patologie 61,2%, boli metabolice și endocrine 10,4%, boli osteoarticulare 4,3%, boli digestive 6,2%, boli infecțioase 0,8%, boli neurologice 1,3%, boli cardio-vasculare 10,4%, boli ginecologice 2,8%, alte afecțiuni 2,6%

Distribuția patologiei somatice în lotul studiat actual: fără patologie 34,8%, boli metabolice și endocrine 17,4%, boli osteoarticulare 10,8%, boli digestive 7,3%, boli infecțioase 0,9%, boli neurologice 5,4%, boli cardio-vasculare 14,5%, boli ginecologice 5,3%, alte afecțiuni 3,6%

Concluzii

Aceste rezultate au relevat o afectare semnificativă a abilităților academice care au dus în final la pensionarea pe motive medicale a pacientelor. În lotul studiat prevalența patologiei somatice este ușor ridicată la debutul Tulburării depresive recurente și semnificativ crescută după mai mulți ani de evoluție. Depresia perimenopauzală s-a putut încadra în trei categorii: Simptome psihice, depresie lângă azeze fizice; Simptome somatice cu labilitate afectivă; Simptome puține și ușoare.

Prevalența ridicată a patologiei somatice în lotul studiat atât la debut cât și după mai mulți ani de evoluție, pune problema unei cercetări clinice mai amănunțite și pe loturi reprezentative a relației dintre modificările survenite anterior instalării menopauzei, Tulburarea depresivă recurentă și patologia somatică. Importanța unei astfel de cercetări poate fi privită atât din punct de vedere al modelului clinico-evolutiv și prognostic al Tulburării depresive recurente cât și din cel terapeutic ambele condiții patologice necesitând o abordare atentă din partea echipei terapeutice.

Bibliografie

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;4:214-220.

Harlow, B. L., Wise, L.A., Otto, M.W., Soares, C.N., Cohen, L.S. – Depression and Its Influence on Reproductive Endocrine and Menstrual Cycle Markers Associated With Perimenopause, *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:29-36.

Kaufert PA, Gilbert P, Tate R. The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas.* 1992;14:143-155.

Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol.* 2000;96:351-358.

Hardy R, Kuh D. Reproductive characteristics and the age at inception of the perimenopause in a British national cohort. *Am J Epidemiol.* 1999;149:612-620.

World Health Organization Scientific Group. Research on the Menopause. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1981. WHO Technical Services Report Series 670.

Hamilton MA. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23:56-62.

Freeman et al. Symptoms in the Menopausal Transition: Hormone and Behavioral Correlates, *Obstet Gynecol* 2008;111:127-136.