

STRESUL ȘI TULBURĂRILE DEPRESIVE LA PACIENTUL DIABETIC HIPERTENSIV

Stress and depressive disorders in the diabetic hypertensive patient

Asist. Univ. Dr. Radu Sebastian GAVRIL, Prof. Dr. Florin MITU

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România

Epidemiologia depresiei și a diabetului zaharat

Diabetul zaharat reprezintă o problemă globală majoră, întrucât afectează aproximativ 350 de milioane de locuitori. Această patologie atât de frecvent întâlnită este inclusă în cadrul sindromului metabolic, alături de obezitatea de tip abdominal, hipertensiunea arterială, hipertrigliceridemia și hipoHDL colesterolemia. Așadar, pacientul cu diabet zaharat de tip 2 prezintă în general multiple patologii (hipertensiunea arterială fiind prezentă în marea majoritate a cazurilor) și trebuie privit în primul rând prin prisma riscului cardiovascular major pe care îl prezintă.

Asocierea dintre diabetul zaharat și afecțiunile psihice este cunoscută de mulți ani (1). Prezența simultană a diabetului zaharat și a depresiei reprezintă o mare provocare clinică, deoarece aceste două patologii sunt agravate una de către cealaltă. Calitatea vieții scade, automonitorizarea pacienților este afectată, incidența complicațiilor este crescută și speranța de viață devine mai redusă (2). Costurile tratamentului devin mai mari atât la nivel individual, cât și pentru sistemul sanitar, iar aceasta nu se reflectă, de regulă, în ceea ce privește starea de sănătate a pacienților sau a calității vieții (3). Unele studii susțin faptul că subiecții cu diabet zaharat nu par să aibă risc semnificativ mai crescut în ceea ce privește afecțiunile psihiatrice. Un studiu transversal ce a inclus un număr de 141 subiecți cu diabet zaharat de tip 2, identificați dintr-un eșantion comunitar de 4.169 de persoane, a dovedit faptul că prevalența afecțiunilor psihice de orice

fel este comparabilă între pacienții cu diabet și populația sănătoasă. Singura diferență semnificativă a fost constatată în ceea ce privește tulburările de anxietate, care au fost mai frecvente în grupul de diabetici (4). Un alt studiu transversal ce a inclus 249 de pacienți cu diabet zaharat, dintr-un eșantion de 8.580 de indivizi, a raportat că prevalența afecțiunilor psihice a fost de 21,6% în grupul diabetic față de 16,3% în grupul nondiabetic (5).

Simptomele depresive semnificative afectează aproximativ 1 din 4 adulți cu diabet zaharat, iar 10-15% dintre subiecții diabetici sunt deja diagnosticați cu episoade depresive în antecedentele lor personale (6).

Estimarea prevalenței variază foarte mult din cauza diferențelor metodologice în ceea ce privește definirea depresiei. În unele studii, depresia reprezintă un cumul de scoruri obținut în urma chestionarelor individuale și, în alte situații, se referă strict la diagnosticul pus de către specialistul psihiatru. În plus, conceptul de stres legat de diabet reprezintă modificările emoționale suferite de pacient în contextul automonitorizării, al asistenței sociale și medicale (7).

O metaanaliză a 11 studii ce a inclus aproape 50.000 de subiecți cu diabet zaharat de tip 2, dar fără depresie la momentul evaluării, a indicat faptul că incidența depresiei este cu 24% mai mare la persoanele cu această patologie metabolică (8). După apariția simptomatologiei sau după confirmarea diagnosticului de depresie, simptomatologia pare să persiste.

Puține studii au fost conduse în rândul copiilor și adolescenților, dar acestea sugerează că rata episoade-

lor depresive este mai crescută atât la cei cu diabet zaharat de tip 1, cât și la cei cu diabet de tip 2, cu o prevalență de 9-26% (9).

Studiile epidemiologice au demonstrat că relația dintre depresie și diabet este una bidirecțională. O metaanaliză arată faptul că adulții care suferă de depresie au un risc cu 37% mai mare de a dezvolta diabet zaharat de tip 2 (10).

Factorii generali de risc pentru depresie, inclusiv sexul feminin, starea civilă, traumele din copilărie, pot fi aplicați și în cazul diabetului zaharat. În plus, există un număr de factori de risc specifici diabetului zaharat asociați cu depresia. La subiecții cu diabet zaharat de tip 2, rata de apariție a depresiei este mai mare în rândul celor care folosesc insulină comparativ cu cei tratați cu antidiabetice orale sau prin modificări ale stilului de viață (11). Acest fapt nu înseamnă neapărat că insulina ca atare este cauza, dar poate reflecta progresia bolii. Apariția complicațiilor diabetului, în special disfuncția sexuală și neuropatia periferică senzitivo-motorie, poate prezice apariția depresiei (12). Prezența a două sau mai multe complicații ale diabetului a fost asociată cu dublarea riscului de depresie, cele mai strânse corelații putând fi făcute cu neuropatia și nefropatia. Alți factori de risc specifici includ hipoglicemiile recurente și controlul glicemic precar (13).

Inițial, s-a considerat că depresia reprezintă o reacție firească ca urmare a dificultăților vieții și că poate fi asociată cu modificări debilitante. Această idee este susținută de 11 studii care nu au identificat diferențe în ceea ce privește incidența depresiei în rândul subiecților fără diabet și al celor cu alterarea metabolismului glucozei. O rată crescută a depresiei a fost întâlnită doar în rândul subiecților diagnosticați cu diabet zaharat, sugerând faptul că această conștientizare a diagnosticului și a complicațiilor posibile se asociază cu simptomele de tip depresiv mai mult decât mecanismele fiziopatologice cum ar fi hiperglicemia. Astfel, este esențial modul în care cadrele medicale informează pacientul asupra diagnosticului și suportul psihosocial ulterior acordat acestuia.

Stilul de viață și aderența la tratament

Factorii legați de stilul de viață se pare că joacă un rol important în apariția și evoluția depresiei și a diabetului. De exemplu, subiecții ce suferă de depresie sunt preponderent sedentari, iar re-

gimul lor alimentar este bogat în grăsimi saturate și zaharuri rafinate și sărac în ceea ce privește consumul de fructe și legume, fapt ce contribuie cu siguranță la creșterea riscului apariției diabetului zaharat de tip 2.

S-a constatat o slabă aderență legată de autoîngrijirea pacienților cu diabet zaharat și simptomele depresive. O metaanaliză demonstrează că depresia a fost semnificativ asociată cu aderența scăzută la tratamentul patologiei metabolice, incluzând neprezentarea pacientului la controalele medicale periodice, respectarea dietei, exercițiul fizic, medicația, automonitorizarea glicemiilor și igiena piciorului. Un studiu ce a inclus 879 de subiecți cu diabet zaharat de tip 2 a arătat că doar o ușoară accentuare a simptomatologiei de tip depresiv duce la o creștere de 10% a riscului de a nu fi respectată dieta bazată pe aport crescut de fructe și legume, inclusiv recomandările privitoare la igiena picioarelor. Acest lucru ridică ipoteza unei relații directe între slaba aderență la tratament și simptomele depresive (14).

Hipertensiunea arterială esențială

Hipertensiunea arterială reprezintă un precursor major al bolii cardiovasculare. La fel ca pacienții cu alte patologii cronice, subiecții hipertensivi pot trăi emoții intense ce cresc riscul de a dezvolta diferite patologii din sfera psihiatrică, în special depresie și sindrom anxios. În tratamentul antihipertensiv, este obligatorie aderența pacientului la tratament (intervenții asupra stilului de viață și cel medicamentos); așadar, patologia psihiatrică poate, din păcate, să ducă la o aderență scăzută la schema de tratament. Deși prevalența depresiei în populația generală este crescută, aceasta este subdiagnosticată frecvent la subiecții hipertensivi.

Stabilirea unei relații între anxietate, depresie și stres în cazul hipertensiunii arteriale poate fi extrem de dificilă; pe de altă parte, neglijarea acestui aspect poate duce la o scădere inexplicabilă a aderenței la tratament (15).

Medicația cu antidepresive

Este posibil, de asemenea, ca utilizarea tratamentelor medicamentoase antidepresive să contribuie la creșterea riscului apariției diabetului zaharat. Studiile observaționale demonstrează asocierea constantă dintre subiecții ce urmează tratament antidepresiv și diabetul zaharat. Aceste tratamente au efecte uneori diferite în ceea ce privește creșterea ponderală, iar efectele acestora au fost deopotrivă hiperglicemice, cât și hipoglicemice. Așadar, la acest moment, relația menționată necesită cercetări ulterioare (16).

Somnul

Tulburările somnului sunt legate de depresie și calitatea slabă a odihnei nocturne, asociată cu alterarea ritmului circadian, și s-au dovedit a crește insulinoresistența și riscul de diabet zaharat de tip 2. În plus, s-a constatat că simptomele de tip depresiv sunt slab corelate cu insulinoresistența, oferindu-se astfel o posibilă legătură cu incidența diabetului zaharat de tip 2 (17).

Inflamația

Statusul inflamator cronic poate, de asemenea, să aibă la bază asocierea dintre citokine și alți markeri inflamatori, cum ar fi proteina C reactivă, TNF alfa și citokine proinflamatorii, care sunt crescute la pacientul cu diabet și sindrom metabolic și sunt implicate în apariția bolii pe modele de rozătoare și a depresiei în rândul subiecților umani (18).

Factorii de mediu

Aceste mecanisme biologice comune oferă un model prin care factorii de mediu, variind de la mediul intrauterin până la factorii comuni de viață cotidiană, pot avea efecte asupra riscului comorbidităților. Există dovezi clare că mediul intrauterin și greutatea la naștere pot predispuce la apariția diabetului zaharat de tip 2. Studiile privitoare la relația dintre mediul intrauterin patologic și riscul depresiei sunt mai puțin concludente, unele dovedind o asociere pozitivă, iar altele nu. Cu toate acestea, nivelul de cortizol crescut în timpul copilăriei, adolescenței și al maturității, ce poate predispuce subiectul la afecțiuni metabolice și legate de stres, s-a dovedit a fi legat de greutatea scăzută la naștere și supraexpunerea fetală la cortizol secundară stresului matern (19).

Mai mulți factori de mediu, inclusiv problemele din copilărie, mediul înconjurător și nivelul scăzut de trai, influențează predispoziția la depresie și diabet. Mediul violent, zgomotul intens, schimbarea frecventă a domiciliului sunt asociate cu dieta neadecvată și lipsa exercițiului fizic, obezitate, diabet, hipertensiune arterială și depresie.

Consecințele depresiei asociate cu diabetul zaharat

Depresia are efecte negative asupra patologiei metabolice și scade calitatea vieții. O evaluare a 4.168 de subiecți cu diabet a demonstrat că 487 dintre pacienți cu depresie majoră au prezentat complicații mai severe și mai frecvente ale diabetului zaharat. Relația dintre depresie și controlul glicemic în rândul adulților arată rezultate mixte în ceea ce privește relația cu hemoglobina glicozilată. La copii și adolescenți, se pare că există o relație mai clară între simptomele datorate depresiei și controlul glicemic precar.

Astfel, depresia este asociată cu gravitatea tuturor complicațiilor diabetului, deși direcția și mecanismele implicate în acest proces nu sunt pe deplin cunoscute. Chiar și în cazul depresiei ușoare, aceasta se asociază cu mortalitatea prematură (20).

CONCLUZII

Diabetul zaharat și depresia reprezintă o problemă subdiagnosticată majoră. Simptomele depresive afectează o treime dintre pacienții diabetici și nu au repercusiuni doar asupra calității vieții, ci și asupra managementului patologiei metabolice. Este absolut necesar ca personalul medical să identifice depresia la pacientul cu diabet zaharat și să intervină rapid și eficient cu scopul de a obține rezultate clinice cât mai bune. Din păcate, majoritatea serviciilor de sănătate nu sunt pregătite pentru a evalua și trata depresia și, din acest punct de vedere, sunt necesare noi căi de îngrijire pentru rezolvarea acestei probleme de sănătate publică.

BIBLIOGRAFIE

- Holt RI. Undoing Descartes: Integrating diabetes care for those with mental illness. *Pract Diabetes* 2011; 28:270-275.
- Holt RI, Katon WJ. Dialogue on diabetes and depression: dealing with the double burden of comorbidity. *J Affect Disord* 2012; 142(Suppl):S1-3.
- Egede LE, Zheng D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25:464-470.
- Kruse J, Schmitz N, Thefeld W. On the association between diabetes and mental disorders in a community sample. Results from the German National Health Interview and Examination Survey. *Diabetes Care* 2003; 26: 1841-1846.
- Das-Munshi J, Stewart R, Ismail K et al. Diabetes, Common Mental Disorders, and disability: Findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychosom Med* 2007; 69: 543-550.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE et al. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24:1069-1078.
- Fisher L, Glasgow RE, Strycker LA. The relationship between diabetes distress and clinical depression with glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2010; 33:1034-1036.

8. Nouwen A, Winkley K, Twisk J et al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: A systematic review and meta-analysis. *Diabetologia* 2010; 53:2480-2486.
9. Reynolds KA, Helgeson VS. Children with diabetes compared with peers: Depressed? Distressed? A meta-analytic review. *Ann Behav Med* 2011; 42:29-41.
10. Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT et al. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia* 2006; 49:837-845.
11. Li C, Ford ES, Strine TW et al. Prevalence of depression among U.S. adults with diabetes: findings from the 2006 behavioral risk factor surveillance system. *Diabetes Care* 2008; 31:105-107.
12. De Groot M, Anderson R, Freedland KE et al. Association of depression and diabetes complications: A meta-analysis. *Psychosom Med* 2001; 63:619-630.
13. Van Steenbergen-Weijenburg KM, van Puffelen AL, Horn EK et al. More co-morbid depression in patients with Type 2 diabetes with multiple complications. An observational study at a specialized outpatient clinic. *Diabetes Med* 2011; 28:86-89.
14. Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA et al. Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis. *Diabetes Care* 2008; 31:2398-2403.
15. Duvdevany I, Cohen M, Minsker-Valtzer A et al. Psychological correlates of adherence to self-care, disease activity and functioning in persons with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2011; 20:14-22.
16. Barnard K, Peveler RC, Holt RI. Antidepressant medication as a risk factor for type 2 diabetes and impaired glucose regulation: Systematic review. *Diabetes Care* 2013; 36:3337-3345.
17. Kan C, Silva N, Golden SH et al. A systematic review and meta-analysis of the association between depression and insulin resistance. *Diabetes Care* 2013; 36:480-489.
18. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG et al. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci* 2008; 9:46-56.
19. Berends LM, Ozanne SE. Early determinants of type-2 diabetes. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2012; 26:569-580.
20. Carper MM, Traeger L, Gonzalez JS et al. The differential associations of depression and diabetes distress with quality of life domains in type 2 diabetes. *J Behav Med* 2013; 37(3): 501-510.