

Trouble bipolaire: rappels théoriques

Introduction

- Trouble affectant entre 1 et 2,5% de la population
- Débute à l'adolescence ou chez l'adulte jeune
- Sous-diagnostiqué et avec retard (8 à 10 ans) alors que le traitement précoce améliore le pronostic
- Terme cependant souvent utilisé à tort: tout lunatique n'est pas un bipolaire qui s'ignore!

Les enjeux du diagnostic

- Classé par l'OMS dans les 10 pathologies les plus invalidantes, 6^{ème} cause de handicap dans les pays industrialisés
- 15% des patients bipolaires décèderont par suicide, 50% feront au moins une TS
- Très souvent associé aux conduites addictives (40 à 60% sur la vie)
- Handicap socio-familial +++ (80% de divorces, 40% sans emploi, 15% à temps plein...)

La clinique

- Le trouble bipolaire consiste, dans sa forme typique, en l'alternance de phases maniaques (ou hypomaniaques), de phases dépressives, parfois de phases mixtes et de périodes de rémission
- Les phases de décompensation peuvent s'accompagner de symptômes psychotiques
- Plusieurs types de troubles bipolaires: type 1, type 2, type 3, cycles rapides, cyclothymie

Manie

- Pathognomonique du trouble, elle doit conduire à instaurer d'emblée un traitement prophylactique des rechutes: plus de 90% des patients ayant présenté un épisode maniaque présenteront un nouvel épisode thymique
- Passe rarement inaperçue dans sa forme typique
- Dure 4 à 6 mois en l'absence de traitement

Critères diagnostiques (DSM 5)

- Une période nettement délimitée d'au moins 1 semaine (ou n'importe quelle durée si une hospitalisation est nécessaire) **d'humeur anormalement élevée**, expansive ou irritable et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie dirigée vers un but, de façon persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.
- Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents à un niveau significatif et représentent **un changement notable par rapport au comportement habituel** :
 - Estime de soi exagérée ou **idées de grandeur**.
 - **Besoin réduit de sommeil** (p. ex., se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 - Plus **grande loquacité** que d'habitude ou désir de parler constamment.
 - **Fuite des idées** ou expérience subjective que les pensées s'emballent.
 - **Distractibilité** rapportée ou observée (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
 - **Augmentation de l'activité** orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).
 - Engagement excessif dans des **activités à potentiel élevé de conséquences dommageables** (p. ex., s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une **altération marquée du fonctionnement social** ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation (afin d'éviter de se nuire à soi-même ou aux autres), ou il y a présence de **caractéristiques psychotiques** idées délirantes, hallucinations et trouble de la pensée formelle).
- L'épisode **n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance** (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) **ou d'une affection médicale générale**.
- Remarque : Un épisode maniaque qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur, mais persiste, à un niveau qui rencontre les critères, au-delà de l'effet physiologique de ce traitement est considéré comme un épisode maniaque et, par conséquent, justifie un diagnostic de trouble bipolaire I.

Hypomanie

- Très largement sous-diagnostiquée
- Parfois plus difficile d'obtenir une alliance thérapeutique car ces phases peuvent être fertiles
- Intérêt d'une reprise précise de l'anamnèse pour mettre en évidence ces épisodes chez un patient présentant des dépressions récurrentes

Critères diagnostiques (DSM 5)

- Une période nettement délimitée, d'au moins 4 jours consécutifs, d'humeur anormalement élevée, expansive ou irritable, et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie, de persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.
- Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté, ont représenté un changement notable par rapport au comportement habituel et ont été présents à un niveau significatif :
 - Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.
 - Besoin réduit de sommeil (p. ex., se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 - Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 - Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.
 - Distractibilité rapportée ou observée (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
 - Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).
 - Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex., s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffèrent de celui de la personne hors période symptomatique.
- La perturbation de l'humeur et le changement dans le fonctionnement sont manifestes pour les autres.
- **La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il y a des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque (et non hypomaniaque).**
- L'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue prêtant à abus, médicament, ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale.
- Remarque : Un épisode hypomaniaque qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur, mais persiste, à un niveau qui rencontre les critères, au-delà de l'effet physiologique de ce traitement est considéré comme un épisode hypomaniaque. Toutefois, un ou deux symptômes (notamment l'augmentation de l'irritabilité, de la nervosité, ou de l'agitation suite à l'utilisation d'antidépresseurs) ne sont pas considérés comme suffisants pour le diagnostic d'un épisode d'hypomanie, ni nécessairement indicatifs d'un trouble bipolaire.

Episodes dépressifs majeurs

- Ils sont, (malheureusement), les plus fréquents des épisodes thymiques
- Les critères diagnostiques sont les mêmes dans le trouble bipolaire que dans la dépression isolée

Critères diagnostiques (DSM 5)

- **Au moins 5 des symptômes** suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : **au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.**
Remarque : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement attribuables à une autre condition médicale.
 - **Humeur dépressive** présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (p. ex., se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (p. ex., pleure). (Remarque : Chez les enfants et les adolescents, peut être une humeur irritable.)
 - **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 - **Perte de poids significative** en l'absence de régime ou gain de poids (p. ex., changement de poids excédant 5 % en un mois), ou **diminution ou augmentation de l'appétit** presque tous les jours. (Remarque : Chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.)
 - **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.
 - **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 - **Fatigue ou perte d'énergie** presque tous les jours.
 - **Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée** (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 - **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision** presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 - **Pensées de mort** récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- Les symptômes entraînent une **souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social**, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- L'épisode **n'est pas imputable aux effets physiologiques** d'une substance ou d'une autre affection médicale.
- Remarque : Les critères A à C représentent un épisode de dépression majeure.
- **Remarque** : Les réponses à une perte significative (par exemple, deuil, ruine financière, pertes d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou invalidité) peuvent inclure les sentiments de tristesse intense, la rumination sur la perte, l'insomnie, le manque d'appétit et la perte de poids listés dans le Critère A, ce qui peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes peuvent être compréhensibles ou jugés appropriés en rapport avec la perte, la présence d'un épisode dépressif majeur, en plus de la réponse normale à une perte importante, devrait également être examinée avec soin. Cette décision requiert inévitablement l'exercice du jugement clinique basé sur l'histoire de l'individu et les normes culturelles pour l'expression de la détresse dans le contexte de la perte.
- L'apparition de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.
- Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque.
Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes similaires à la manie ou l'hypomanie sont induits par une substance ou sont imputables aux effets physiologiques d'une autre condition médicale.

Episodes/caractéristiques mixtes

- Peu importe leur nom, ce sont des urgences psychiatriques!
- Le risque suicidaire est très élevé, du fait de la présence concomitante d'idées noires et d'une désinhibition psychomotrice
- Il faut immédiatement arrêter un éventuel traitement AD et traiter comme une manie
- Ne pas hésiter à hospitaliser

Caractéristiques mixtes (DSM 5)

- En présence d'un épisode maniaque ou hypomaniaque
- 3 symptômes parmi les suivants :
 - humeur dysphorique ou dépressive signalée par le patient ou les proches
 - diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités (subjective ou notée par les proches)
 - ralentissement psychomoteur
 - fatigue ou perte d'énergie
 - sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive (pas seulement liée au fait d'être malade, c'est-à-dire se sentir « un fardeau pour les autres »)
 - idées suicidaires
- En présence d'un épisode dépressif majeur
- 3 symptômes parmi les suivants:
 - exaltation excessive
 - augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
 - volubilité
 - tachypsychie
 - augmentation du degré d'énergie ou de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel)
 - engagement excessif dans des activités agréables, mais comportant un risque élevé de conséquences fâcheuses
 - diminution du besoin de dormir

Les différents types de TB

- Type 1: avec au moins un épisode maniaque
- Type 2: avec au moins un épisode hypomaniaque, sans épisode maniaque
- Type 3: avec virage de l'humeur sous AD (résolutif à l'arrêt)
- Cycles rapides: au moins 4 épisodes thymiques aigus dans l'année
- Cyclothymie: diagnostic au long cours

Comorbidités psychiatriques

- Troubles anxieux: associés dans 16 à 42% des cas
- Addictions: 46% des patients bipolaires présenteront une addiction à l'alcool, 41% à des toxiques
- Troubles du contrôle des impulsions
- Trouble de la personnalité: notamment la personnalité borderline, associée à un pronostic plus sombre du trouble bipolaire

Traitement

- Médicamenteux, au long cours (2 à 5 ans après un premier épisode typique)
- Psychothérapie et psychoéducation
- Prise en charge des comorbidités+++, en particulier des addictions qui, si elles persistent, aggravent le trouble bipolaire (l'inverse est également vrai)

Traitement médicamenteux

- Traitement au long cours, souvent à vie
- Traitement thymorégulateur, dont le choix sera guidé par:
 - Type d'épisode prédominant
 - Sévérité des épisodes
 - Symptômes psychotiques associés
 - Rôle des antidépresseurs ou de psychostimulants dans l'apparition des précédents épisodes
 - Acceptabilité à long terme
 - Préférences du patient

Les thymorégulateurs (1)

- Lithium: plus efficace dans la prévention des épisodes maniaques que dépressifs.
L'acceptabilité sur le long terme limite l'utilisation du produit à posologie élevée
- Lamotrigine: bonne efficacité prophylactique, en particulier au plan des épisodes dépressifs
- Divalproate et Valpromide: bon niveau de preuve, peut être un peu plus efficaces sur la prévention des dépressions

Les thymorégulateurs (2)

- Olanzapine: bonne efficacité prophylactique, plus marquée sur la manie
- Aripiprazole: de même, bonne efficacité à long terme
- Carbamazépine: effet inducteur enzymatique perturbant l'efficacité des co-prescriptions, maniement complexe et efficacité moindre au long cours

Les antidépresseurs

- N'ont pas d'AMM dans cette indication
- Mais, en pratique (recommandations HAS), peuvent être prescrits, sous couvert d'un traitement thymorégulateur à dose suffisante en cas de dépression résistante
- Préférer les ISRS
- Éviter les tricycliques (vecteurs de virages maniaques +++)
- Commencer à faible posologie et arrêter très progressivement

Traitements non médicamenteux

- Ils sont tout aussi importants!
- Education thérapeutique: faire du patient un co-thérapeute
- Améliorer l'hygiène de vie, les rythmes biologiques
- Traiter les comorbidités: psychothérapie, suivi addictologique, traitement des troubles anxieux

Les prises en charge

- Groupes de psychoéducation +++
- Thérapies cognitives et comportementales, parmi lesquelles la méditation pleine conscience peut être particulièrement aidante
- Prise en charge sociale, en particulier en cas de diagnostic tardif conduisant à des dommages sociaux importants

Produits et troubles bipolaires (1)

- Parfois tentatives auto-thérapeutiques, parfois déclencheurs des épisodes aigus, liens complexes
- L'alcool: surconsommé dans les phases d'exaltation, il peut être un facteur dépressogène
- Les stimulants: lutte contre la dépression, leur consommation aigue peut engendrer un épisode maniaque, leur consommation chronique un épisode dépressif

Produits et troubles bipolaires (2)

- Les opiacés: effet anxiolytique et antidépresseur, ils peuvent également aider à apaiser l'agitation maniaque
- Les benzodiazépines peuvent également être (sur)consommées dans ce contexte
- Le cannabis: soulage l'anxiété, effet dépressogène à long terme, potentiellement inducteur d'épisodes maniaques
- Tabac: consommation majorée (cardio-vascu)

Produits et troubles bipolaires (3)

- Tous les produits, y compris le tabac, engendrent de plus faibles taux de rémission et aggravent le pronostic du trouble bipolaire, surtout s'il y a dépendance, mais certaines consommations aiguës sont risquées...
- Ici encore, la psychoéducation est très utile
- Le suivi addictologique est primordial en cas de comorbidités addictives!

En pratique et pour conclure

- Toujours penser au TB devant des épisodes dépressifs récurrents: questionner les antécédents de manie et surtout d'hypomanie
- Se poser la question devant un patient présentant des conduites addictives
- Rechercher des antécédents familiaux
- En cas de questionnement complexe: penser au centre expert

Merci pour votre attention