

TROUBLES BIPOLAIRES (DSM 5)

DR SEGHIR

I/ INTRODUCTION – DEFINITION

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur qui comprend des épisodes de dépression (caractérisés par la tristesse, perte d'intérêts, asthénie ...) alternant avec des épisodes de manie (caractérisés par une élévation anormale de l'humeur associée à une excitation voire une agitation psychomotrice) ou d'hypomanie (dont les symptômes sont moins sévères et prolongés que la manie).

Il correspond à la psychose maniaco-dépressive.

II / CLASSIFICATION DSM 5

Il existe quatre types de troubles bipolaires :

- le type I (épisode de manie habituellement précédé ou suivi d'un épisode de dépression)
- le type II (épisodes de dépression et au moins un épisode d'hypomanie mais pas de manie)
- le trouble cyclothymique (épisodes avec de symptômes d'hypomanie et périodes avec des symptômes dépressifs sans remplir les critères d'un épisode de dépression caractérisée, sur deux ans)
- le trouble bipolaire autre spécifié (symptômes dépressifs et d'hypomanie qui ne remplissent pas les critères diagnostics des troubles précédents)

III/ EPIDEMIOLOGIE

- 1 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont présenté des symptômes correspondant aux critères d'un trouble bipolaire et 2,4 % ont déjà présenté des symptômes d'un trouble bipolaire au moins une fois dans leur vie.
- Le sex-ratio pour le trouble bipolaire de type I est de 1 :1
- La maladie débute en moyenne vers 18 ans pour le trouble bipolaire de type I et à 20 ans pour le trouble bipolaire de type II (APA, 2013).

III/ CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE BIPOLAIRE TYPE I

Le diagnostic de trouble bipolaire de type I repose sur l'alternance d'épisodes maniaques et d'épisodes dépressifs majeurs ou caractérisés.

A/ Critères diagnostiques d'un épisode maniaque

- A. Une période durant laquelle l'humeur est expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale de l'activité, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1 Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur

2 Réduction du besoin de sommeil

3 Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler

4 Fuite des idées

5 Distractibilité (c -à-d que l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance)

6 Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (c -à-d activité sans objectif, non orientée vers un but)

7 Engagement excessif dans des activités ayant des conséquences dommageables (p ex achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)

- C. La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques
- D. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale

B/ Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé

- A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir

1 Humeur dépressive présente toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p ex se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (p ex pleure)

2 Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres)

3 Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p ex modification du poids corporel excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours

4 Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours

5 Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours

6 Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours

7 Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée

8 Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours

9 Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale

IV/ FORMES CLINIQUES (spécifications)

- Avec détresse anxieuse
- Avec caractéristiques mixtes
- Avec cycles rapides
- Avec caractéristiques mélancoliques
- Avec caractéristiques atypiques (Ex : Réactivité de l'humeur ou augmentation de l'appétit significative)
- Avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur
- Avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur
- Avec catatonie
- Avec début lors du péri-partum
- Avec caractère saisonnier

V/ EVOLUTION

- Il s'agit d'une maladie chronique avec des périodes de rémission et de rechutes.
- Le taux de rechute est de plus de 70 % sur 5 ans. Sans traitement, 37 % des patients font des rechutes l'année suivant un épisode et 60 % dans les deux années suivantes.
- 58 % des patients bipolaires atteignent la rémission.

VI/ PRISE EN CHARGE

A. L'indication d'hospitalisation à la phase aiguë

- Un épisode maniaque ou mixte
- Un épisode dépressif sévère
- Un épisode dépressif avec des caractéristiques psychotiques

- Un risque de passage à l'acte suicidaire
- Une majoration récente des conduites addictives
- Un état somatique préoccupant.
- Une hospitalisation peut également être proposée en cas de résistance ou d'inefficacité du traitement.

B. Le choix d'une molécule dès la phase aiguë

Va dépendre :

- Des caractéristiques cliniques de l'épisode en cours
- Du type de trouble bipolaire : I ou II (TBP I ou TBP II)
- De l'histoire thymique du patient sur la vie entière (prédominance d'épisodes maniaques, hypomaniaques, mixtes ou d'épisodes dépressifs)
- De la présence ou non de cycles rapides (CR) (patients ayant au moins 4 épisodes thymiques par an selon les critères du DSM IV-TR).

C. Traitement des épisodes maniaques, hypomaniaques et mixtes

Les molécules recommandées dans le traitement de la manie ou l'hypomanie sont :

- Lithium (Li)
- Anticonvulsivants (AC) : carbamazépine, Valproate.
- Antipsychotiques de Seconde génération (AP2G) : amisulpiride, aripiprazol, clozapine, Olanzapine, Risperidone ;
- Antipsychotiques de Première génération (AP1G) : halopéridol
- Electro convulsivothérapie (ECT).

La présence de symptômes maniaques impose l'arrêt de tout traitement AD.

D. Traitement des épisodes dépressifs dans le cadre d'un trouble bipolaire

Les molécules ou thérapeutiques ayant un effet antidépresseur à la phase aiguë sont :

- Antidépresseurs : ISRS ; Tricycliques, IMAO
- Lithium
- AC : Lamotrigine, Valproate, Valpromide
- AP2G : Aripiprazol, olanzapine
- ECT

E/ Thérapeutique au long cours

Il est recommandé d'envisager un traitement prophylactique :

- systématiquement dès le 1er épisode maniaque ;
- dès que le diagnostic de TB II est posé ;
- après 2 épisodes hypomaniaques ;
- dès le 1er épisode hypomaniaque en fonction de la présence des facteurs suivants :
 - ✓ un âge de début précoce,

- ✓ des antécédents familiaux au premier degré de trouble bipolaire,
- ✓ la présence d'éléments psychotiques lors de l'épisode
- ✓ la présence de symptômes résiduels,
- ✓ conduites suicidaires observée durant l'épisode
- ✓ l'existence de comorbidités psychiatriques.

Les molécules ou thérapeutiques ayant un effet préventif des récurrences maniaques ou dépressives dans le TB sont :

- Li
- AC : carbamazépine, Valproate, Valpromide.
- AP2G: aripiprazol, olanzapine,
- ECT de maintenance

F / Les psychothérapies

Les buts de prise en charge psychothérapeutiques sont :

- d'informer sur la maladie et sa prise en charge
- de permettre une évaluation régulière de l'humeur de façon à dépister les signes précoces de rechute
- d'augmenter l'alliance thérapeutique et l'observance médicamenteuse ;
- de permettre au patient de développer des capacités d'adaptation notamment vis-à-vis des facteurs de stress.

Essentiellement :

- Thérapie de soutien
- Psychoéducation.
- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC).