

# Trouble bipolaire de l'adolescent et de l'adulte

## Points clefs

- Début typique des troubles bipolaires : 15-25 ans.
- **Épisode maniaque** = persistance dans le temps d'une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie = urgence médicale !
- **Syndrome maniaque** divisé en 3 grandes composantes :
  1. perturbations de l'affectivité : humeur et émotions,
  2. accélération psychomotrice,
  3. signes associés : sommeil et rythmes, fonctions cognitives, alimentation, libido, retentissements.
- Spécifications décrivant les **caractéristiques** du syndrome (épisode) actuel :
  - Caractéristique psychotique.
  - Caractéristique mixte.
  - Caractéristique anxieuse.
  - Caractéristique de début en péri-partum.
  - Caractéristique catatonique.
  - Caractéristique mélancolique (si épisode dépressif caractérisé).
  - Caractéristique atypique (si épisode dépressif caractérisé).
- Spécifications décrivant l'**évolution** des épisodes récurrents :
  - Caractère saisonnier.
  - Cycles rapides.
- **Surveiller et prévenir le suicide +++.**
- Repérer et traiter les **comorbidités**.
- **Chimiothérapie par thymorégulateur** le plus précocement et au long cours :
  - Lithium (traitement de référence) : Teralithe 400 mg LP, équilibre entre 0,8 et 1,2 mEq/L. Le seul thymorégulateur efficace dans la prévention du suicide.
  - Anticonvulsivant type Divalproate de sodium (Depakote) 750 mg/jour.
  - Antipsychotique atypique (2<sup>e</sup> génération) : Olanzapine (Zyprexa), Risperidone (Risperdal), Aripiprazole (Abilify), Quetiapine (Xeroquel).
- Sauvegarde de justice pour protection des biens en urgence.

## 1. Introduction

Le trouble bipolaire est une maladie psychiatrique sévère, chronique et fréquente. Cette maladie est décrite depuis l'Antiquité et se caractérise par des changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie qui peuvent être augmentées (la manie) ou diminuées (la dépression). En dehors de ces épisodes maniaques ou dépressifs, il est maintenant bien connu que les sujets atteints présentent également des troubles au cours des phases de stabilité de l'humeur avec des altérations persistantes, notamment : des fonctions cognitives, du sommeil, des rythmes circadiens, des systèmes immuno-inflammatoire, métaboliques, neurodéveloppementales et neurophysiologiques.

Le trouble bipolaire est d'origine multifactorielle, mêlant des facteurs de risque génétiques et environnementaux.

**Histoire de la psychiatrie**> Les premières descriptions de la mélancolie et de la manie sont apparues dans l'Antiquité, et c'est Arétée de Cappadoce qui fut le premier à utiliser le mot « manie » au ii<sup>e</sup> siècle av. J.-C. L'idée que la mélancolie et la manie pouvaient être liées à une seule et même maladie a été attribuée simultanément en 1854 à Jules Baillarger décrivant « la folie à double forme » et à Jean-Pierre Falret décrivant quant à lui « la folie circulaire ». Puis Emil Kraepelin en 1899 reconnaît une prédisposition constitutionnelle et héréditaire de la maladie qu'il appela alors les « psychoses maniaco-dépressives » individualisées des « démences précoces » appelées maintenant « schizophrénie ». Puis dans les années 1960, les auteurs internationaux séparent en deux entités distinctes les troubles unipolaires caractérisés par des épisodes dépressifs récurrents et les troubles bipolaires.

Les classifications nosographiques actuelles (CIM et DSM par exemple) ont toutes adopté maintenant l'entité nosographique « trouble bipolaire » et reconnaissent un spectre de sous-types de la maladie définissant ainsi « les troubles bipolaires ». Les deux grands sous-types à identifier pour l'ECN sont le trouble bipolaire de type I (alternance d'épisodes maniaques et d'épisodes dépressifs caractérisés) et le trouble bipolaire de type II (alternance d'épisodes hypomaniaques et d'épisodes dépressifs caractérisés).

Actuellement, il n'existe pas d'outil d'évaluation paraclinique pour le diagnostic des troubles bipolaires, c'est donc un diagnostic clinique. Plus précisément, le diagnostic des épisodes est clinique, le diagnostic de la maladie ou de ses sous-types est évolutif.

## 2. Contexte épidémiologique

Il est classiquement reconnu que 1 à 4 % de la population générale est atteinte des formes typiques du trouble bipolaire (sous-types I ou II). Néanmoins, si l'on considère le « spectre » de la maladie regroupant des entités moins sévères et/ou typiques, la prévalence de la maladie peut aller jusqu'à 10 % de la population générale.

L'âge de début du trouble bipolaire se fait classiquement entre 15 et 25 ans (juste après la puberté). Le sex-ratio est autour de 1. La moitié des sujets atteints débute leur maladie avant 21 ans. Environ 60 % des sujets présentant un premier épisode maniaque ont un antécédent d'épisode dépressif majeur. On dit que c'est une maladie chronique car plus de 90 % des personnes ayant connu un épisode maniaque présenteront d'autres épisodes de troubles de l'humeur. À ce jour, le retard diagnostic est un véritable problème de santé publique et est d'environ 10 ans. Une personne débutant son trouble vers 25 ans perd en moyenne : 9 années de vie, 12 années en bonne santé et 14 années d'activité professionnelle. Selon l'OMS, le trouble bipolaire fait partie des dix maladies les plus invalidantes et coûteuses au plan mondial.

## 3. Sémiologie psychiatrique

### 3.1. Syndrome maniaque

Le syndrome maniaque est caractérisé par la persistance dans le temps d'une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie.

L'installation peut être brutale ou progressive, avec ou sans facteur déclenchant externe. Les troubles du sommeil (insomnie) sont souvent prodromiques d'un nouvel épisode.

On peut comparer le sujet en état maniaque à une pile nucléaire chez qui tout va trop vite. C'est une urgence médicale (diagnostique et thérapeutique) même si le sujet généralement résiste et ne ressent pas le besoin d'être traité.

Les symptômes du syndrome maniaque peuvent être divisés en 3 grandes composantes :

1. les perturbations de l'affectivité (humeur, psychologie et émotions)
2. l'accélération psychomotrice,
3. les signes associés (sommeil et rythmes, fonctions cognitives, alimentation, libido, retentissements).

<b>Perturbation de l'affectivité</b>	<p><b>Perturbations de l'humeur :</b> Gaie ; parfois décrite comme élevée, expansive, exaltée. La joie et la gaieté peuvent être remplacées par une irritabilité (attention le vécu subjectif n'est pas toujours agréable pour le sujet).</p> <p><b>Psychologie maniaque (vision du monde) :</b> Augmentation de l'estime de soi, idées de grandeurs, sentiment de toute-puissance, mégalomanie. Ludisme, contact familial, désinhibition.</p>
--------------------------------------	--

	<p><b>Perturbations des émotions :</b>          Labilité émotionnelle (émotions versatiles).          Hyperréactivité ou hyperesthésie (réactivité excessive de l'humeur aux stimuli émotionnels externes).          Hypersyntonie (participation spontanée et adhésion très rapide à l'ambiance affective du moment).</p>
<b>Accélération psychomotrice</b>	<p><b>Accélération psychique :</b>          Agitation psychique.          Tachypsychie (accélération des idées).          Pensée diffluente, fuites des idées (impression que les idées fusent).          Coqs à l'âne (changement rapide d'une idée à l'autre sans lien apparent).          Jeux de mots, associations par assonances.</p> <p><b>Accélération motrice :</b>          Agitation motrice, hyperactivité motrice.          Augmentation des activités à but dirigé (professionnelles, sociales ou sexuelles).          Logorrhée (augmentation du temps de parole).          Tachyphémie (augmentation de la vitesse de parole).          Hypermimie (augmentation des mimies).</p>
<b>Signes associés</b>	<p><b>Perturbations du sommeil et des rythmes circadiens :</b>          Insomnie partielle ou totale.          Réduction du besoin de sommeil.          Absence de sensation de fatigue.          Hypersthénie.</p> <p><b>Perturbations des fonctions cognitives :</b>          Anosognosie partielle ou totale (absence de conscience du trouble).          Hypervigilance, hyperréactivité.          Distractibilité, troubles de l'attention et de la concentration.          Hypermnésie.</p> <p><b>Perturbations des conduites alimentaires :</b>          Anorexie ou au contraire hyperphagie.          Amaigrissement (même en cas de prises alimentaires augmentées).          Possible déshydratation.</p> <p><b>Augmentation de la libido, hypersexualité, comportements sexuels possiblement à risque.</b>  <b>Retentissement fonctionnel (social et professionnel) majeur.</b>  <b>Achats pathologiques/dépenses inconsidérées. \\ Comportements à risque, recherche de sensations fortes, prise de toxiques, conduites sexuelles à risque, vitesse...</b>  <b>Possibles actes médico-légaux à prévenir.</b></p>

### 3.2. Syndrome hypomaniaque

Le syndrome hypomaniaque est également caractérisé par la persistance dans le temps d'une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie. Mais la symptomatologie et le retentissement fonctionnel sont moins importants que lors d'un accès maniaque.

Bien que le tableau clinique soit moins sévère que pour l'épisode maniaque, le sujet présente une rupture totale avec l'état antérieur (souvent constaté par l'entourage) et manifeste comme pour l'épisode maniaque des perturbations pathologiques de l'affectivité (humeur et émotions), une accélération psycho-motrice et des signes associés (sommeil et rythmes, fonctions cognitives, alimentation, libido, retentissements).

Ces perturbations doivent être présentes tous les jours pendant au moins 4 jours. Ce critère de durée peut également faire la différence avec un épisode maniaque dont la durée doit être > à 7 jours.

Contrairement à l'épisode maniaque, l'épisode hypomaniaque ne nécessite souvent pas d'hospitalisation en milieu de soins spécialisés. Néanmoins, un épisode hypomaniaque doit également être rapidement pris en charge avec adaptation thérapeutique.

### 3.3. Syndrome dépressif

Cf. Item 64.

### 3.4. Spécifications décrivant les caractéristiques du syndrome (épisode) actuel

#### 3.4.1. Caractéristique psychotique

Un épisode maniaque ou dépressif caractérisé peut s'accompagner d'idées délirantes.

Attention, lors d'un état maniaque l'augmentation de l'humeur et de l'énergie se traduit par une augmentation de l'estime de soi avec des idées mégalomaniaques qui sont « pseudo-délirantes ». Il faudra différencier ces idées de grandeur d'un véritable syndrome délirant pour porter le diagnostic d'épisode maniaque avec caractéristique psychotique qui est composé :

- De mécanismes délirants imaginatif et/ou intuitif, et/ou hallucinatoire, et moins souvent interprétatif.
- Les thèmes sont souvent mégalomaniaques, mystiques, prophétiques, avec ou sans syndrome d'influence, et possiblement érotomaniaques, de persécution, de revendication, etc.
- Ils sont systématisés mais peu organisés.
- L'adhésion ou critique des idées délirantes est variable.

On spécifiera si ces idées délirantes sont congruentes ou non à l'humeur :

La caractéristique psychotique sera congruente à l'humeur dans le cas où le contenu des idées délirantes est consistant avec les thèmes typiques de l'épisode de l'humeur en cours. Par exemple, les idées maniaques de grandeur prennent une véritable organisation délirante mégalomaniaque, d'invulnérabilité ; ou des thèmes délirants de ruine, de culpabilité au cours d'un épisode dépressif.

Elles seront non congruentes si le contenu des idées délirantes n'est pas en lien avec les thèmes de l'épisode de l'humeur.

Pour plus de détails concernant les mécanismes délirants voir: Item 61.

#### 3.4.2. Caractéristique mixte

Des symptômes dépressifs peuvent apparaître au cours d'un épisode maniaque et durer quelques moments, heures, ou plus rarement des jours. On parle alors d'épisode maniaque ou hypomaniaque de caractéristique mixte.

Réciproquement des symptômes maniaques peuvent apparaître au cours d'un épisode dépressif. On parle alors d'épisode dépressif de caractéristique mixte.

Il est absolument indispensable d'identifier cette caractéristique car elle s'associe à un risque très augmenté de suicide.

#### 3.4.3. Caractéristique anxieuse

Des symptômes anxieux peuvent accompagner un épisode maniaque, hypomaniaque ou dépressif. Ils peuvent se manifester chez le sujet par la sensation d'être tendu, d'être énervé ou impatient de manière inhabituelle, de présenter des difficultés de concentration à cause d'inquiétudes, la peur que quelque chose de terrible puisse arriver et l'impression que le sujet peut perdre le contrôle de lui-même.

Cette caractéristique anxieuse des épisodes doit être identifiée car elle s'associe à un risque augmenté de suicide, de durée plus longue du trouble, et de non-réponse thérapeutique.

#### 3.4.4. Caractéristique de début en péri-partum

Cette caractéristique est portée lorsque l'épisode de l'humeur ou ses symptômes se manifestent au cours de la grossesse et jusqu'à 4 semaines après l'accouchement (post-partum).

#### 3.4.5. Caractéristique catatonique

Il s'agit d'un syndrome trans-nosographique qui peut apparaître au cours d'un épisode de l'humeur et qui peut se manifester par :

- une immobilité motrice se manifestant par une catalepsie comprenant une flexibilité cireuse catatonique) ou une stupeur catatonique,

- une activité motrice excessive, non influencée par les stimuli extérieurs, et apparemment stérile (on parle également de catatonie agitée lorsque présent),
- un négativisme extrême (résistance immotivée et maintien d'une position rigide) ou mutisme,
- des mouvements volontaires particuliers et positions catatoniques (maintien d'une position inappropriée ou bizarre), mouvements stéréotypés, maniérismes ou grimaces,
- une écholalie ou échopraxie (répétition de mots ou de gestes).

### 3.4.6. Caractéristique mélancolique (si épisode dépressif caractérisé)

Cette caractéristique se manifeste par une perte complète de la capacité à ressentir du plaisir (cf. Item 64 : trouble dépressif).

### 3.4.7. Caractéristique atypique (si épisode dépressif caractérisé)

Cette caractéristique se manifeste par une réactivité de l'humeur et possiblement une augmentation du poids ou de l'appétit, une hypersomnie, des impressions de pesanteur/lourdeur d'un ou plusieurs membres et une sensibilité aux rejets interpersonnels.

## 3.5. Spécifications décrivant l'évolution des épisodes récurrents

### 3.5.1. Caractère saisonnier

Ce caractère peut être porté quelle que soit la polarité de l'épisode (maniaque, hypomaniaque ou dépressif), et doit se manifester par :

- une relation temporelle régulière entre la survenue des épisodes maniaques, hypomaniaques ou dépressifs et une période particulière de l'année (e.g. en automne ou en hiver), et non lié à des facteurs de stress environnementaux évidemment en lien avec la période (anniversaires traumatiques, etc.),
- des rémissions complètes (ou un virement d'un épisode dépressif caractérisé vers un épisode maniaque ou hypomaniaque ou inversement) surviennent aussi au cours d'une période particulière de l'année,
- au moins 2 épisodes saisonniers maniaques, hypomaniaques ou dépressifs aux cours des 2 dernières années et en l'absence d'épisodes non-saisonniers au cours de la même période,
- une vie entière du sujet marquée par nettement plus d'épisodes maniaques, hypomaniaques ou dépressifs saisonniers que non saisonniers.

### 3.5.2. Cycles rapides

Cette spécification est associée avec un pronostic plus sévère et une résistance thérapeutique plus élevée. Elle est définie par la présence sur les 12 derniers mois d'au moins 4 épisodes de l'humeur toute polarité confondue (maniaques, hypomaniaques ou dépressifs).

## 4. Le trouble bipolaire

Figure 1. Arbre décisionnel résumant la stratégie diagnostic devant des troubles de l'humeur.



### 4.1. Diagnostics positifs

### 4.1.1. Évaluations à réaliser lors du bilan initial

Lors du bilan initial, il faut effectuer un :

- Recueil de l'anamnèse de l'histoire de la maladie avec les antécédents complets (revue de tous les épisodes passés et symptômes présents entre les épisodes).
- Recherche d'antécédents de symptômes hypomaniaques, y compris sous antidépresseur.
- Recueil des antécédents familiaux psychiatriques et addictologiques (en particulier de trouble de l'humeur et de tentatives de suicides).
- Recueil des antécédents personnels de réponse aux traitements chez les sujets traités pour troubles de l'humeur.
- Rechercher d'éventuels facteurs déclenchant des épisodes antérieurs.
- S'aider de la présence d'un tiers lorsque le patient est d'accord et en sa présence.
- Évaluation de l'affectivité, de l'énergie, du fonctionnement psychomoteur et recherche de signes associés.
- Évaluer le fonctionnement familial, social et professionnel.
- Rechercher systématiquement la présence d'idées suicidaires.
- Rechercher systématiquement les comorbidités associées.

### 4.1.2. Poser le diagnostic d'épisode maniaque

Pour poser le diagnostic d'épisode maniaque dans le cadre du trouble bipolaire, il faut :

- Une sémiologie telle que décrite précédemment.
- Une évolution depuis plus de une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).
- Une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

L'absence de diagnostic différentiel (effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale).

### Critères du DSM-5 de l'Épisode maniaque

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante ; et une augmentation de l'énergie ou de l'activité orientée vers un but de manière anormale et persistante, pendant au moins une semaine et présent la plupart du temps, presque tous les jours (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante et représentent un changement marqué des conduites habituelles :

1. augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. réduction du besoin de sommeil (par ex., le sujet se sent reposé après 3 heures de sommeil).
3. plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.
4. fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
5. distractibilité (par ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants), rapportée ou observée.
6. augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (i.e. activité non-orientée vers un but ou sans but).
7. engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables.

C. Les perturbations de l'humeur sont suffisamment sévères pour entraîner une altération marquée du fonctionnement ou des activités sociales ou professionnelles, ou nécessiter une hospitalisation pour prévenir un danger pour soi ou les autres, ou s'il existe des caractéristiques psychotiques.

D. L'épisode ne doit pas être attribuable aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

L'utilisation d'échelles ou de questionnaires peut aider au dépistage, tel que le Mood Disorder Questionnaire (= « questionnaire des troubles de l'humeur », MDQ).

### 4.1.3. Les différentes formes cliniques

- Type I : survenue d'un ou plusieurs épisode(s) maniaque(s) ou mixte(s). Le diagnostic peut être posé même en l'absence de trouble dépressif. Il peut y avoir des épisodes hypomaniaques. Sans cause médicale non-psychiatrique, iatrogénique ou toxique.
- Type II : survenue d'un ou plusieurs épisode(s) hypomaniaque(s) et un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Sans cause médicale non-psychiatrique, iatrogénique ou toxique.
- Virage maniaque ou hypomaniaque sous antidépresseur (aussi appelé Type III) : survenue d'un ou plusieurs épisode(s) maniaque(s) ou hypomaniaque(s) uniquement sous antidépresseur.

Il existe d'autres sous-types s'intégrant dans le spectre dit « élargi » des troubles bipolaires. Ces autres sous-types sont davantage l'affaire des spécialistes.

## 4.2. Diagnostics différentiels

Comme pour toute pathologie psychiatrique, a fortiori aiguë, une affection médicale générale devra être éliminée à l'aide :

Bilan clinique complet : à détailler de manière hiérarchique selon la présentation clinique. On recherchera en particulier des signes de : hypothyroïdie ou hyperthyroïdie, accidents vasculaires cérébraux et troubles neurologiques de type démence (surtout si patients de plus de 40 ans avec des troubles bipolaires d'apparition retardée), pathologie vasculaire ou tumorale frontale qui peut mimer certains troubles de l'humeur.

Bilan para-clinique :

<b>Bilan sanguin</b>	Glycémie capillaire, voire veineuse. Ionogramme, calcémie. Bilan urinaire : urée, créatinémie. NFS, plaquettes, CRP. TSH <sub>US</sub> . Bilan hépatique. Gaz du sang.
<b>Bilan urinaire</b>	Toxiques urinaires : cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines.
<b>Imagerie</b>	Cérébrale : scanner cérébral en urgence. EEG. ECG (bilan pré-thérapeutique des antipsychotiques).
<b>Autres examens complémentaires</b>	Selon points d'appels cliniques.

Les diagnostics différentiels liés à des affections médicales générales, pouvant induire des symptômes de troubles de l'humeur, sont :

- Neurologiques : tumeur cérébrale, sclérose en plaque, accident vasculaire cérébral, un début de démence.
- Endocriniennes : troubles thyroïdiens, maladie de Cushing.
- Métaboliques : hypoglycémie, troubles ioniques, etc.
- Iatrogéniques : médicamenteuses (corticoïdes, antidépresseurs, interféron-alpha, etc.).
- Toxique : substances psychoactives (alcool, cannabis, amphétamines et cocaïne, hallucinogènes). C'est le diagnostic différentiel le plus fréquent +++.

Les diagnostics différentiels psychiatriques du trouble bipolaire sont :

- Trouble dépressif récurrent (=trouble unipolaire) (cf. Item 64).
- Trouble de personnalité (personnalité état-limite) (cf. Item 64).
- TDAH (Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) (cf. Item 66).
- Schizophrénie (cf. Item 61).
- Trouble anxieux (cf. Item 64).
- Trouble obsessionnel compulsif (cf. Item 64).
- Trouble délirant persistant (cf. Item 73).

Ces diagnostics différentiels psychiatriques, de par leur possible superposition symptomatique, contribuent à l'errance diagnostique du trouble bipolaire.

C'est le recueil rigoureux de l'anamnèse et de l'évolution des troubles du patient qui permettra de porter le diagnostic de trouble bipolaire et d'éviter ainsi le retard diagnostique et thérapeutique.

### 4.3. Comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques

De par leur fréquence et leur impact, ces comorbidités psychiatriques du trouble bipolaire devront systématiquement être recherchées (ils peuvent parfois se confondre avec les symptômes du trouble bipolaires) :

- Addictions : environ 40 % à 60 % vie entière. En particulier l'alcool (30-40 %), le cannabis (10-25 %), cocaïne et psychostimulants (10 %), sédatifs (< 10 %).
- Troubles anxieux : environ 40 % vie entière. En particulier le trouble panique (15-25 %), les phobies sociales 10-20 %, les phobies simples (10 %).
- TDAH : environ 30 % selon les études.
- Trouble de personnalité : environ 30 % selon les études (surtout personnalité état-limite ou dite « borderline »).
- Troubles des conduites alimentaires : 15 à 30 % vie entière.
- Trouble obsessionnel compulsif : 10 à 30 % vie entière.
- Comorbidités non-psychiatriques : syndrome métabolique, risque cardiovasculaire, syndrome d'apnée obstructive du sommeil, pathologies endocriniennes, maladies inflammatoires chroniques, pathologies tumorales, maladies neuro-dégénératives...

### 4.4. Notions de physio/psychopathologie

L'étiopathogénie exacte des troubles bipolaires n'est pas connue, mais la participation de facteurs génétiques et environnementaux est bien démontrée.

**Neuroscience et recherche** - La présence d'un apparenté de premier degré atteint de trouble bipolaire entraîne une augmentation par 10 du risque de développer la maladie pour un sujet. L'héritabilité de la maladie (c'est-à-dire la part d'expression clinique liée aux gènes) est de 70 à 80 %. Il existe par ailleurs un nombre important de facteurs de risque environnementaux dont les traumatismes dans l'enfance (sexuels, affectifs ou émotionnels) et les stress environnementaux plus tardifs (aigus ou répétés).  
- Plusieurs biomarqueurs de susceptibilité et d'état de la maladie ont été mis en évidence en génétique, en neuro imagerie, en neurocognition, en sommeil, en biologie des rythmes circadiens, en immuno-inflammation, en neurophysiologie, en biochimie, etc.

- Les recherches scientifiques actuelles tentent de transférer l'utilisation de ces biomarqueurs en clinique afin d'améliorer le dépistage et les prises en charge des patients.

## 5. Le pronostic et l'évolution

Le pronostic de la maladie en est à sa prise en charge précoce et adaptée.

Bien traités, les sujets atteints de trouble bipolaire peuvent présenter une rémission symptomatique et fonctionnelle avec une excellente insertion familiale, professionnelle et sociale. Néanmoins certains sujets peuvent présenter des symptômes résiduels en dehors des épisodes de l'humeur dont l'impact peut être très important en particulier sur le plan fonctionnel.

Si le trouble bipolaire n'est pas correctement pris en charge, il peut se compliquer :

- évolution plus sévère des troubles avec l'apparition :
  - de cycles rapides,
  - de troubles psychiatriques associés : addictions à l'alcool et aux substances psychoactives illicites, troubles anxieux, etc.,
  - de pathologies médicales non-psychiatriques associées : maladies cardiovasculaires, diabète, etc.
- conduites suicidaires (15 % des patients ayant un trouble bipolaire décèdent par suicide).
- actes médicolégaux (liés à la désinhibition psychocomportementale).
- désinsertion familiale (3 fois plus de divorces chez les sujets atteints de trouble bipolaire), professionnelle et sociale.

## 6. La prise en charge psychiatrique

### 6.1. Stratégies de prévention

Certains antécédents du patient doivent faire penser au diagnostic de trouble bipolaire :

- La présence d'antécédents de 3 épisodes dépressifs récurrents ou plus.
- La notion d'hypomanie même brève, qui passe souvent inaperçue (non rapportée spontanément par le patient).
- Un épisode atypique déclenché par un antidépresseur.
- Le début d'un épisode (maniaque, dépressif ou psychotique) durant le post-partum.
- Un début des épisodes dépressifs récurrents avant l'âge de 25 ans.
- La présence d'antécédents familiaux de troubles bipolaires, de troubles dépressifs récurrents, d'addictions ou de suicide.
- Des antécédents personnels de tentative de suicide.
- Un antécédent de réponse atypique à un traitement antidépresseur (non-réponse thérapeutique, aggravation des symptômes, apparition d'une agitation, apparition de symptômes d'hypomanie).

## 6.2. Prise en charge en phase aiguë

Un épisode maniaque est une urgence médicale !

La prise en charge aiguë d'un épisode maniaque comporte :

- Hospitalisation en urgence en psychiatrie en milieu fermé.
- Admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers (ASPD'T ou SD'T).
- Réhydratation.
- Recherche systématique de prise de toxique.
- Éliminer une cause médicale non-psychiatrique.
- Recherche systématique de contagage (MST).
- Chimiothérapie par thymorégulateur (appelé aussi stabilisateur de l'humeur) le plus précocement et au long cours (car curatif de l'épisode aigu quelle que soit sa polarité, préventif des récurrences, et améliore le pronostic de la maladie et l'espérance de vie du patient).

Les 3 thymorégulateurs ci dessous ont tous l'AMM en 1<sup>re</sup> intention :

### Lithium (traitement de référence) :

TERALITHE 400 mg LP, 1 CP en posologie initiale avec contrôle de la lithémie à 12 heures de la prise (généralement le matin à 8 heures) : équilibre entre 0,8 et 1,2 mEq/L.

Le Lithium est le seul thymorégulateur efficace dans la prévention du suicide et sera donc à privilégier chez un patient suicidaire et/ou avec antécédent de tentative de suicide.

Le schéma d'introduction du lithium peut être le suivant pour adulte de poids et taille dans la moyenne :

- 1 CP de TERALITHE LP 400 pendant 2 jours.
- puis 2 CPs pendant 4 jours et dosage à 12 heures de la lithémie.
- Si Lithémie < 0,5 mEq/L : augmentation de 1 CP et dosage à 4 jours.
- Si Lithémie entre 0,5 et 0,8 mEq/L : augmentation de ½ CP et dosage à 4 jours.

Quand Lithémie est dans la fourchette thérapeutique (0,8 et 1,2 mEq/L) sur trois prélèvements hebdomadaires successifs : Lithémie tous les quinze jours pendant deux mois puis tous les 3 mois pendant un an puis tous les 6 mois.

Bilan pré-thérapeutique du Lithium :

- Liste à puce NFS-plaquettes.
- Ionogramme sanguin Créatininémie, clairance de la créatinine, protéinurie, glycosurie.
- Bilan hépatique.
- Bilan thyroïdien (TSH).
- ECG.
- EEG (si antécédents de comitialité).
- βHCG (femme en âge de procréer).

Surveillance par bilans rénal et thyroïdien annuels.

**Anticonvulsivant**

Anticonvulsivant type Divalproate de sodium (DEPAKOTE) 750 mg/jour en posologie initiale en 2 ou 3 prises. Bilan pré-thérapeutique du Valproate :

- NFS-plaquettes.
- Bilan hépatique.
- $\beta$ HCG (femme en âge de procréer).

Surveillance par bilans NFS-plaquettes et hépatique réguliers pendant l'initiation puis tous les 6 mois.

**Antipsychotique**

Antipsychotique atypique (2<sup>e</sup> génération) : Olanzapine (Zyprexa), Risperidone (Risperdal), Aripiprazole (Abilify), Quetiapine (Xeroquel).

Exemple : Quetiapine, 400 mg/jour en 1 prise.

Avec ECG (mesure du QT corrigé au préalable selon formule de Bazett), IMC (poids et tour de taille à surveiller), glycémie, bilan lipidique, bilan hépatique.

- Tous les autres thymorégulateurs sont en 2<sup>e</sup> intention !
- Il est possible de mettre une combinaison thérapeutique Lithium ou Valproate + antipsychotique atypique d'emblée pour les cas d'épisodes maniaques sévères.
- Traitement symptomatique sédatif possible :
  - Benzodiazépines de type Diazepam 10 mg x4/jour (Valium) ou Lorazepam (Temesta) 2,5 mg x4/jour à but anxiolytique et sédatif, per os.
  - Sinon voie IM avec par exemple Diazepam 10 mg (Valium) ou Clorzépate dipotassique 20 mg (Tranxene).
  - ET/OU Neuroleptique sédatif type Loxapine (Loxapac) 50 mg IM.
- En dernier recours : isolement et contention des 4 membres pour protection du sujet (et après sédation chimique), si troubles du comportement majeurs avec risque auto ou hétéro-agressif élevé.
- Prévention et surveillance du risque suicidaire et du risque hétéro-agressif.
- Sauvegarde de justice (si dépenses ou achats excessifs) pour protection des biens en urgence (curatelle et tutelle prennent du temps et ne se font pas en urgence !).
- ALD 30, à 100 %, avec exonération du ticket modérateur.
- Information des proches.
- Suivi au long cours en ambulatoire à prévoir, et liaison avec le médecin traitant.
- Surveillance efficacité et tolérance du traitement, de manière clinique et paraclinique :
  - Examen clinique : agitation, symptômes maniaques, sommeil.
  - Surveillance de la tolérance des traitements : sédation trop profonde, hypotension orthostatique, constipation, dyskinésie aiguë, akathisie, syndrome extra-pyramidal.
  - Constantes : FC, PA (debout/couché), FR, Température.
  - ECG, Bilan lipidique, poids, tour de taille, Glycémie et ionogramme sanguin.

De manière plus générale dans le trouble bipolaire, une hospitalisation se justifie en cas de :

- Troubles du comportement majeurs, qui peuvent engendrer des conséquences délétères pour le patient et pour l'entourage et les soignants.
- Risque suicidaire élevé.
- Forme sévère et/ou résistante au traitement nécessitant une réévaluation diagnostique et thérapeutique.
- Comorbidités complexes.
- Situation d'isolement ou de soutien sociofamilial non adapté.

**6.3. Prise en charge au long cours**

Les objectifs de prise en charge thérapeutiques à long terme énumérés par la HAS sont :

- Stabiliser l'humeur.
- Prévenir les rechutes.
- Dépister et traiter les comorbidités psychiatriques et médicales.
- Aider le patient à prendre conscience de sa pathologie et à accepter son traitement.
- Préserver les capacités d'adaptation pour contribuer à l'autonomie et à la qualité de vie du patient.
- Évaluer et tenter de préserver au maximum le niveau de fonctionnement social et professionnel, et la vie affective et relationnelle.
- Prendre en compte le mode de fonctionnement psychique et une dimension plus subjective (affectivité, représentations).
- L'hospitalisation n'est nécessaire pour la très grande majorité des patients que lors des phases de décompensations thymiques sévères et aiguës.

Ainsi, une prise en charge au long cours se réalise :

- En ambulatoire, sur son secteur psychiatrique (zone de soins en fonction du domicile afin de proposer des soins au plus proche des patients).
- HDJ et/ou CATTP peuvent être proposés en post-hospitalisation afin d'accompagner le patient et s'il persiste des symptômes résiduels.
- Prise en charge multidisciplinaire (psychiatre, assistante sociale, psychologue, neuropsychologue, infirmière à domicile, ergothérapeute, médecin généraliste).
- Sur le plan chimiothérapeutique :
  - Poursuite du traitement de fond thymorégulateur avec surveillance de la tolérance et de l'efficacité.
  - Éducation pour l'observance
  - Si possible, diminution et arrêt des traitements à risque de dépendance (Benzodiazépines, hypnotiques, etc.).
  - Pas d'automédication.
  - Surveillance et/ou arrêt des toxiques, aide au sevrage (cannabis, alcool, tabac).
- Psychothérapie avec objectifs à définir avec le patient (voir plus bas).
- Information et éducation sur la maladie.
- Associations de patients et associations de familles : aide à informer et à soutenir les patients et leurs proches.
- Liaison et Lettre au médecin traitant indispensable pour favoriser la bonne coordination des soins.
- Prise en charge sociale :
  - Prise en charge à 100 % au titre de l'ALD 23.
  - Prise en charge du handicap mental (selon le cas) = Dossier MDPH/CDAPH en vue des différentes aides possibles (AAH, APL, MVA, PCH, autres).
  - Curatelle ou tutelle selon le cas (y penser dans les maladies psychiatriques chroniques en général).
- Mesures de réinsertion professionnelle.
- Objectif du suivi au long cours :
  - Diminution de la morbidité et de la mortalité.
  - Prévention des décompensations (rupture de traitement, toxiques).
  - Prévention du risque suicidaire et du passage à l'acte auto-agressif.

## 6.4. Traitement électrique

L'électroconvulsivothérapie (ECT) (ou sismothérapie) est recommandée comme traitement curatif des épisodes afin de :

- Réaliser une amélioration rapide et à court terme des symptômes sévères après échec des autres options thérapeutiques.
- Pour les patients dont les symptômes peuvent mettre en jeu le pronostic vital dans le cadre :
  - de troubles dépressifs sévères et/ou réfractaires aux thérapeutiques,
  - de mauvaise tolérance des psychotropes, comorbidités médicales non-psychiatriques, terrain débilité, risque de décompensation de tare,
  - d'un état catatonique,
  - d'un épisode maniaque sévère et prolongé,
  - de contre-indication aux autres traitements (femme enceinte, personne âgée, etc.).

## 6.5. Psychoéducation

La psychoéducation se présente sous la forme de programmes d'information structurée.

La psychoéducation a démontré une excellente efficacité thérapeutique dans les troubles bipolaires en particulier. Ces mesures psychoéducatives sont proposées au patient et/ou à son entourage, en fonction des souhaits du patient et du secret médical.

Les objectifs sont :

- d'améliorer la compréhension du trouble bipolaire,
- d'améliorer la compréhension et l'utilité des traitements (action, effets secondaires, balance bénéfice-risque, etc.),
- de développer la capacité à détecter les signes précurseurs de rechute,
- d'encourager une régularité des rythmes de vie (régulation du sommeil, des rythmes sociaux),
- de développer des capacités d'autosurveillance et de meilleures aptitudes à la gestion des facteurs de stress.

## 6.6. Psychothérapie

Attention, la psychothérapie s'associe au traitement médicamenteux sans s'y substituer !

La psychothérapie se fait en fonction de l'indication médicale, du désir du patient, de ses capacités d'élaboration et de la faisabilité de la technique employée.

Les différentes approches psychothérapeutiques possibles sont :

- la psychothérapie de soutien,
- la psychothérapie d'inspiration psychanalytique,
- les thérapies comportementales et cognitives,
- les thérapies interpersonnelles,
- les thérapies familiales et systémiques,
- l'hypnose.

Les objectifs possibles sont pour le patient :

- d'accepter la maladie,
- d'améliorer l'observance,
- d'identifier des prodromes de rechutes,
- de lutter contre le découragement et le sentiment d'échec personnel des patients, en particulier lors de rechutes,
- d'apprendre à gérer les symptômes résiduels,
- d'identifier les idées de suicide.

## 6.7. Remédiation cognitive

La remédiation cognitive est destinée à pallier les conséquences des troubles cognitifs (présentes chez 1/3 des patients avec trouble bipolaire) grâce à l'utilisation de méthodes rééducatives.

Cette thérapie se fait après un bilan neuropsychologique afin de définir les objectifs de travail avec le patient et d'en suivre les effets.

Elle peut avoir pour cibles thérapeutiques les troubles :

- attentionnels,
- mnésiques,
- visuospatiaux,
- exécutifs,
- métacognitifs,
- de cognition sociale.

## 6.8. Stratégies de réhabilitation

Chez certains patients et sur indication, des stratégies de réhabilitation sociale et professionnelle peuvent être travaillées. Ceci peut passer par une prise en charge institutionnelle ambulatoire (centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques, etc.).

## Résumé

Le trouble bipolaire est une **maladie très sévère** touchant 1 à 4 % de la population générale. L'étiopathogénie de la maladie se compose de facteurs de risque **génétiques** et **environnementaux**. La maladie se caractérise classiquement par des **changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie** qui peuvent être augmentés (manie) ou diminués (dépression). Ces épisodes de l'humeur font place à des périodes dites d'euthymie (stabilité de l'humeur) qui comportent souvent des symptômes intercritiques. Il existe des **traitements thymorégulateurs** (Lithium, Depakote, antipsychotiques atypiques) efficaces en aiguë et en prophylaxie. La chimiothérapie s'associera à des traitements adjuvants proposés au patient (psychoéducation, psychothérapie, remédiation cognitive, stratégies de réhabilitation, etc.). **La prise en charge** du patient avec un trouble bipolaire comportera également la prévention active du suicide et le traitement des comorbidités (addictions, troubles anxieux, TDAH, trouble de personnalité, troubles des conduites alimentaires et trouble obsessionnel compulsif).

### Références pour approfondir

- CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé - OMS).
- [DSM-5 \[http://www.dsm5.org/\]](http://www.dsm5.org/) (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition), American Psychiatric Association (APA).
- Guelfi J.-D., Rouillon F., *Manuel de psychiatrie*, 2<sup>e</sup> édition, Elsevier Masson, 2012, 888 p.
- Bourgeois M.-L., Gay C., Henry C., Masson M., *Les Troubles bipolaires*. Lavoisier, Médecine Sciences Publications, 2014, 620 p. Voir plus particulièrement les chapitres 53 et 54 sur la prise en charge médicamenteuse.
- Recommandation HAS de mai 2009 sur les troubles bipolaires.

---

sides/ref/psy/item\_62.txt · Dernière modification: 30/04/2018 13:55 (modification externe)