

TROUBLES BIPOLAIRES DANS LE DSM 5

PLAN

- I. INTRODUCTION ET GENERALITES
- II. DEFINITIONS
- III. CLASSIFICATION
- IV. EPIDEMIOLOGIE
- V. HISTORIQUE
- VI. RAPPELS CLINIQUES
- VII. CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE
BIPOLAIRE TYPE I
- VIII. FORMES CLINIQUES
- IX. EVOLUTION ET COMPLICATIONS
- X. ETIOPATHOGENIE
- XI. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE
- XII. CONCLUSION

I. INTRODUCTION ET GENERALITES :

C'est un problème de santé publique, c'est une pathologie grave (surmortalité), avec beaucoup de difficultés diagnostiques à savoir la distinction des limites entre le normal et le pathologique d'une part, et d'autres part les limites entre TB et d'autres pathologies psychiatriques (ex : schizophrénie). C'est une des pathologies psychiatriques les plus « biologiques » et qui pose un problème thérapeutique.

II. DEFINITIONS :

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), avec entre les accès un intervalle libre de tout symptôme thymique. Il correspond à la psychose maniaco-dépressive.

III. CLASSIFICATION :

Il existe sept types de troubles bipolaires et apparentés :

- 1-Trouble bipolaire de type I
- 2-Trouble bipolaire de type II
- 3-Trouble cyclothymique
- 4-Trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance/un médicament
- 5-Trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale
- 6-Autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié
 - A - Épisodes hypomaniaques de courte durée (2-3 jours) et épisodes dépressifs caractérisés
 - B - Épisodes hypomaniaques avec insuffisamment de symptômes et épisodes dépressifs caractérisés
 - C - Épisode hypomaniaque sans antécédent d'épisode dépressif caractérisé
 - D - Cyclothymic de courte durée (moins de 24 mois)
- 7-Trouble bipolaire ou apparenté non spécifié

IV. EPIDEMIOLOGIE :

La prévalence est d'environ 1% jusqu'à 8% sur la vie, avec des critères sociodémographiques :

- type I : 0.5 à 2.5% de la population générale, aussi fréquent dans les deux sexes .Sex-ratio : 1
- type II : 0.5 à 5% de la population générale, plus fréquent chez la femme
- 50% des dépressions vues en consultation sont bipolaires ++
- Touche tous les milieux ethniques et socio-économiques
- Surmortalité : taux de mortalité 2 à 3 fois celui de la population générale.

V.HISTORIQUE :

- Hippocrate puis Galien : description de la *mélancolie*
- Willis (XVIIème siècle) : description de la succession d'épisodes maniaques et mélancoliques chez un même sujet
- Falret : 1854 : Folie circulaire
- Kraepelin 1899 : Folie maniaco-dépressive
- XXème siècle : Psychose Maniaco-Dépressive
- Années 1990-2000 : Trouble Bipolaire.

Les troubles bipolaires sont séparés des troubles dépressifs dans DSM-5 et sont placés entre les chapitres le spectre de la schizophrénie et les troubles dépressifs

VI. RAPPELS CLINIQUES

Pour un diagnostic de trouble bipolaire de type I, les critères suivants d'un épisode maniaque doivent être réunis .L'épisode maniaque peut précéder ou succéder à des épisodes hypomaniaques ou dépressifs caractérisés.

Le trouble bipolaire : il est caractérisé par

- 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

C / Critères diagnostiques d'un épisode hypomaniaque

- A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) 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 (p ex l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents).
 - 6 Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
 - 7 Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p ex la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique
- D. La perturbation de l'humeur et la modification du 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 existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.
- F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p ex substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement)

VIII. FORMES CLINIQUES :

- 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

IX. EVOLUTION ET COMPLICATIONS :

Les conséquences de la maladie : une surmortalité de nature multifactorielle s'ajoute à celle liée au suicide.

- Taux de mortalité 2 à 3x plus élevé par rapport à l'espérance de vie présente dans la population générale
- c'est la pathologie ou le risque suicidaire est le plus important multiplié par 15
- Risque non-suicidaire multiplié par 2
- .Obésité : 20 %
- .Diabète : 10 %
- .Maladies cardio-vasculaires

Les comorbidités : de multiples comorbidités somatiques, addictives et iatrogènes, en association à une mauvaise hygiène de vie, expliquent la diminution de l'espérance de vie des sujets bipolaires.

- Addictions : alcool (45%), drogues, cannabis.
- Trouble panique et TOC
- Trouble de la personnalité : 80 % des bipolaires

Le retentissement social :

- Trouble bipolaire : 6^{ème} cause de handicap dans le monde (OMS)
- Instabilité professionnelle
- Taux important de divorces et de séparations.

Facteurs pronostiques et facteurs de gravité :

-Facteurs de mauvais pronostic :

- Retard au diagnostic et à la thérapeutique
- Trouble bipolaire I, entrée par le versant dépressif
- . Cycles rapides, épisodes mixtes, symptômes psychotiques
- . Environ 10 ans en moyenne entre le 1^{er} symptôme thymique et la mise en place d'un Thymorégulateur.

Facteurs de gravité

- L'âge précoce du début.
- Le nombre d'épisodes antérieurs et leur gravité
- La présence de symptômes psychotiques.
- L'existence d'une personnalité antérieure pré morbide, de type névrotique ou instable.
- Une comorbidité avec des conduites addictives à l'alcool et autres toxiques.
- Les événements de vie (les séparations et les deuils).
- La mauvaise observance thérapeutique et les interruptions de traitement.
- L'utilisation itérative d'antidépresseurs, qui favorise l'évolution vers un cycle rapide.
- L'errance diagnostique devant des tableaux atypiques

X. ETIOPATHOGENIE

1. Au niveau génétique :

- 40 à 70% de risque chez jumeaux MZ d'un malade
- Risque X 10 pour la fratrie
- Maladie à hérédité complexe (multigénique) et intervention de facteurs environnementaux (modèle « vulnérabilité/stress »).

2. Au niveau neurobiologique :

- Anomalies des systèmes 5-HT et NA : anomalies de la régulation de la réactivité au stress sensibilité augmentée aux modifications des rythmes de vie (repas, sommeil, exercice physique...).

- La succession d'épisodes dépressifs et maniaques
- L'âge de début : 15 à 24 ans
- Les répercussions sociales, familiales, professionnelles...

-La comorbidité psychiatrique et somatique

Les troubles bipolaires sont séparés des troubles dépressifs dans DSM-5 et sont placés entre les chapitres le spectre de la schizophrénie et les troubles dépressifs

-Particularité de la dépression bipolaire :

- Elle est le plus souvent « *endogène* »
- Antécédents familiaux retrouvés
- Symptomatologie plus importante le matin au réveil, amélioration vespérale
- Dépression très sensible aux antidépresseurs, voire possibilité de « *virage maniaque* »

VII. CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE BIPOLAIRE TYPE I

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

3. Arguments anatomopathologiques :

- Perte de névroglie dans le cortex préfrontal
- Anomalies dendritiques au niveau des neurones hippocampiques.
- Neurones de taille réduite.

4. Facteurs psychosociaux :

- Implications d'événements de vie stressants chez des sujets « vulnérables »
- Facteurs de stress psychosociaux (stress, deuil précoce, perte d'un conjoint, difficultés conjugales...)

XI. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

1-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.

2-Traitement biologique :

a -Traitement des épisodes maniaques, hypomaniaques

Prise en charge thérapeutique : elle dépend du modèle « bio-psycho-social » :

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.

Les traitements médicamenteux : les *Thymorégulateurs*, véritables pivots du traitement. Médicaments susceptibles de traiter les épisodes maniaques et/ou dépressifs, en prévenant la récurrence des troubles maniaques et/ou dépressifs, sans induire d'épisode maniaque ou dépressif.

b-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

c-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

3-Traitement psychologique :

Les stratégies psycho-éducatives :

- Information sur la maladie et le traitement
- Renforcement de l'observance thérapeutique
- Dépistage précoce des prodromes

Thérapie cognitive et comportementale

- Identifier les fluctuations de l'humeur
- Cerner les vulnérabilités cognitives personnelles, traiter les comorbidités (addictions)
- Eviter les rechutes
- Limiter les épisodes.

Adaptation du cadre de vie :

- Contrôle des facteurs de stress
- Limiter les changements de rythme de vie (horaires stables, respect du temps de sommeil...)
- Eviter le surmenage
- Respecter les rythmes sociaux
- Suivi renforcé et vigilance lors des événements de vie difficiles (décès, rupture sentimentale, perte d'emploi...)

XII. CONCLUSION :

Le trouble bipolaire est une pathologie fréquente, elle entraîne souvent un handicap majeur et une mortalité importante, soit directement par le risque suicidaire, soit indirectement par les complications somatiques (diabète, obésité et les maladies cardiovasculaires).

Le coût social est important à cause de multiples hospitalisations, du traitement mais aussi par le nombre élevé d'arrêts de travail.

L'évolution elle est émaillée de rechutes et de récurrences, d'où l'intérêt d'un dépistage et d'un traitement précoce.