

## LES TROUBLES BIPOLAIRES

### Définition

Le diagnostic psychiatrique des troubles bipolaires décrit une catégorie de troubles de l'humeur définie par la fluctuation de l'humeur, alternant entre des périodes d'élévation de l'humeur ou d'irritabilité (manie ou dans sa forme moins sévère d'hypomanie), des périodes de dépression et des périodes d'humeur normale et stable (euthymie ou normothymie).

La prévalence des troubles bipolaires est estimée à environ 1 à 2 % de la population , on observe que les dépressions bipolaires peuvent commencer beaucoup plus jeune (12–15 ans) et ne réagissent pas aux antidépresseurs, tandis que les dépressions unipolaires commencent plus tard (18–30 ans) et ne réagissent pas ou peu aux thymorégulateurs.

### CLINIQUE

#### Épisodes dépressifs

Les signes et symptômes de la phase dépressive du trouble bipolaire comprennent des sentiments persistants de tristesse, d'anxiété, de culpabilité, de colère, d'isolement ou de désespoir ; des troubles du sommeil et de l'appétit ; de la fatigue et des pertes d'intérêt dans les activités ; problèmes de concentration ; solitude, haine envers soi, apathie ou indifférence ; dépersonnalisation ; timidité ; agressivité, souffrance chronique avec ou sans cause apparente ; manque de motivation et incapacité à ressentir du plaisir (anhédonie); et idées suicidaires morbides.

Dans certains cas sévères, l'individu peut présenter un délire ou, plus rarement, des hallucinations<sup>28</sup>. Un épisode dépressif majeur peut persévérer au-delà de six mois s'il n'est pas traité

#### Épisodes maniaques

La manie est caractérisée par un état dans lequel l'individu présente une humeur élevée ou irritable qui peut être euphorique et qui dure au moins une semaine (moins si une hospitalisation est

requis). Des délires, comme chez les individus schizophrènes, peuvent être diagnostiqués et peuvent être de différents types (par exemple sur le thème du complot ou dans le registre mystique, le délire de grandeur est cependant plus fréquent).

En phase de manie, l'individu peut faire des gestes dangereux pour lui, en particulier des conduites impulsives (désinhibition), tels que des rapports sexuels non protégés ou l'utilisation de stupéfiants ou d'alcool.

### **Épisodes hypomaniaques**

L'hypomanie, est une forme atténuée de manie, qui n'est pas accompagnée d'éléments psychotiques tels que délire ou hallucination. Lors d'une phase d'hypomanie, les idées s'accélèrent, l'individu ne ressent plus la fatigue ni l'envie de dormir, a tendance à être euphorique, à avoir davantage d'idées, fait des projets, parfois très ambitieux voire irréalistes.

Ces phases peuvent varier entre plusieurs heures, et quelques jours consécutifs. Dans certains cas, le sujet peut avoir des pensées mégalomaniaques, et une désinhibition sociale et parfois sexuelle. Les épisodes d'hypomanie sont fréquents dans le trouble bipolaire de type 2, mais ne sont pas nécessaires pour le diagnostic.

### **Épisodes mixtes**

Un épisode mixte est un épisode retrouvant des caractéristiques communes à la manie/hypomanie et à la dépression.

### **Périodes intercritiques**

#### **DIAGNOSTIC DIFFERENTIE**

- Dépression (simple)
- Pathologie de la thyroïde : hypothyroïdie ou hyperthyroïdie
- Syndrome de Cushing : hypersécrétion de cortisol
- Effet indésirable médicamenteux (corticoïdes)
- Épilepsie notamment temporale
- Encéphalite herpétique — ou d'une autre cause virale — notamment temporale

- Schizophrénie : mais pas d'hallucinations, pas de syndrome discordant
- Trouble schizo-affectif, forme intermédiaire entre le trouble bipolaire et la schizophrénie
- Le syndrome de Kleine-Levin, maladie neurologique rare était considéré comme une forme atypique du trouble bipolaire. C'est une hypersomnie (jusqu'à vingt heures de sommeil par jour) évoluant par poussées, associée à des modifications comportementales. Les symptômes peuvent être reliés aux zones cérébrales atteintes (essentiellement cortex frontotemporal).
- Trouble de la personnalité borderline
- Trouble psychotique bref
- Addiction
- Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Trouble anxieux

#### CRITERES DIAGNOSTIQUES SELON DSM-V

- **trouble bipolaire de type I** : se caractérise par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes et des épisodes dépressifs d'intensité variable (le diagnostic peut être posé même en l'absence de trouble dépressif). Une cause organique, iatrogénique ou toxique ne permet pas de retenir le diagnostic
- **trouble bipolaire de type II** : défini par l'existence d'un ou plusieurs épisodes hypomaniaques et un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs ;
- **cyclothymie** : qui débute souvent à l'adolescence, de nombreuses périodes dépressives modérées ou d'hypomanie, de quelques jours à quelques semaines, sont diagnostiquées. Isolé par Kahlbaum, en 1882, le trouble cyclothymique constitue une forme atténuée de trouble bipolaire.
- **trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance ou un médicament ;**
- **trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale ;**
- **autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié ;**
- **trouble bipolaire ou apparenté non spécifié.**

## 1. 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

### LES CAUSES

À l'heure actuelle, on ne connaît toujours pas avec certitude les causes du trouble bipolaire, le modèle biopsychosocial s'applique à ce trouble mettant en avant la notion de vulnérabilité qui s'exprime tant au plan de la génétique qu'à celui de la personnalité, l'environnement jouant le plus souvent un rôle de déclencheur, et d'aggravation des symptômes.

### Facteurs génétiques et biologiques

Il apparaît clairement que des facteurs biologiques sont impliqués car il existe des anomalies dans la production et la transmission de substances chimiques cérébrales appelées neurotransmetteurs, ainsi que des anomalies hormonales, notamment du cortisol également impliqué dans le stress. Ces anomalies sont elles-mêmes en lien avec des facteurs génétiques, ce qui explique la prédisposition familiale.

### Génétique

L'existence d'une « vulnérabilité » génétique vis-à-vis du trouble bipolaire est établie, laquelle est liée à différents gènes. Le risque de présenter un trouble bipolaire si un des parents de premier degré est atteint est de 10 % par rapport à la prévalence de 1 à 2 % dans la population générale. Quand les deux parents sont atteints, l'enfant a un risque sur deux de développer la maladie

### Anomalies anatomiques

La taille de l'hippocampe du cerveau pourrait également être en cause d'un trouble bipolaire : une taille plus petite de cette structure semble corrélée avec la bipolarité.

il existe un dysfonctionnement dans la régulation des neurones glutamatergiques.

De même, un élargissement ventriculaire est trouvé chez les patients ayant fait plusieurs épisodes maniaques.

### **Facteurs psychologiques et environnementaux**

Événements précoces de vie, comme le deuil d'un parent, une carence affective ou des agressions sexuelles dans l'enfance.

La maltraitance infantile est décrite comme un facteur de risque de déclencher la maladie

Au cours de la vie, il existe d'autres facteurs précipitants tels que : les événements pénibles de vie (difficultés conjugales, problème professionnel ou financier...) et les périodes d'anxiété ou de stress répétées (surmenage professionnel, manque de sommeil, non-respect des rythmes biologiques

### **Facteurs relatifs aux drogues et médicaments**

Les médicaments notamment les antidépresseurs, les corticoïdes ou anti-paludéens peuvent déclencher des épisodes hypomaniaques ou maniaques. Sont également évoqués comme facteurs déclenchant des troubles bipolaires les drogues comme le cannabis, la cocaïne et les amphétamines (ecstasy) qui faciliteraient la survenue d'épisodes d'excitation ou de dépression

En 2017, les études établissent qu'entre « un tiers et la moitié des jeunes patients qui entrent dans la maladie sont des consommateurs réguliers de cannabis ou d'alcool »

## **TRAITEMENTS**

### **Médicament**

La base du traitement médicamenteux des troubles de l'humeur sont des médicaments nommés « normothymiques » ou « thymorégulateurs » : les sels de lithium, les anticonvulsivants (anti-épileptiques) tels que le valproate (médicament Depakote : divalproate de sodium), la carbamazépine (médicament Tegréto) et la lamotrigine.

Leurs mécanismes d'action semblent opérer différemment. Leur indication principale est leur effet anti-manie puis de prévention des rechutes.

. l'olanzapine (médicament Zyprexa , l'aripiprazole (médicament Abilify ou encore la quétiapine (spécialité Xeroquel, ou Seroquel, ,).

Pour le traitement médicamenteux des dépressions bipolaires, la prescription d'antidépresseurs en monothérapie aggrave incontestablement le pronostic du trouble bipolaire en induisant des virages maniaques, des épisodes mixtes, des cycles rapides, et en favorisant la résistance au traitement

. L'objectif du traitement antidépresseur est la rémission de l'épisode dépressif, mais présente toujours ce risque d'induire un virage maniaque. Ce risque est plus faible si le patient est déjà sous thymorégulateur.

. En pratique, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont plus prescrits dans ce contexte car ils ont moins de risque d'induire des virages de l'humeur..

Les recommandations américaines conseillent d'arrêter le traitement antidépresseur dans les six mois qui suivent la rémission. Le recours si nécessaire, dans un deuxième temps, à un second traitement thymorégulateur visera à retrouver la normothymie.

Les antipsychotiques de seconde génération

Électroconvulsivothérapie

Psychothérapie

thérapies cognitivo-comportementales