

TROUBLE BIPOLAIRE DE L'HUMEUR « TBP »

I. Introduction :

- ♦ Les troubles de l'humeur peuvent récidiver, soit sur un mode uniquement dépressif (c'est la maladie dépressive ou trouble dépressif unipolaire), soit maniaco-dépressif.
- ♦ La maladie maniaco-dépressive a été isolée par Kraepelin à la fin du XIXe siècle dernier sous le nom de psychose maniaco-dépressive (PMD). Mais ces termes sont tombés en désuétude et on parle aujourd'hui de trouble bipolaire de l'humeur (TBP).
- ♦ C'est une affection bien caractérisée par:
 - ⇒ Son profil clinique associant de façon variable:
 - Des accès dépressifs (mélancolie)
 - Et des accès d'excitation (hypomanie ou manie) } L'ensemble réalisant une maladie bipolaire (=BP)
 - ⇒ Ses fondements organiques: on parlait de caractère endogène. Il existe une vulnérabilité à la maladie, avec transmission génétique du risque
 - ⇒ Sa psychopathologie particulière : fonctionnant comme un deuil pathologique, elle partage les éléments de la structure dépressive mais se caractérise par son substrat psychotique
 - ⇒ Son traitement spécifique.
- ♦ **Données Epidémiologiques :**

Elle est relativement fréquente (la prévalence dans la population générale des formes sévères est de 1%, les formes atténuées 4%), mais non sans gravité. Elle constitue un handicap fonctionnel souvent important :
- ♦ Comorbidité importante: troubles anxieux, conduites addictives qui aggravent le devenir (20%), maladies somatiques (diabète, obésité) et conséquence du mode de vie (tabac, alcool)
- ♦ Diagnostic souvent tardif et/ou erroné ce qui fait que le retard au traitement souvent important;
- ♦ PEC s'est beaucoup amélioré grâce au traitement spécifique et à la prophylaxie assurée par les sels de lithium et/ou les thymorégulateurs anticonvulsivants.
- ♦ Mais le risque suicidaire persiste (18%).

II. Etude clinique :

- Les troubles bipolaires sont caractérisés par une vulnérabilité à présenter des fluctuations marquées de l'humeur de manière récurrente.
- Les caractéristiques des accès et leur évolution dans le temps permet de distinguer plusieurs formes cliniques.
- Cette pathologie est en effet extrêmement hétérogène, cependant chaque patient présente ses propres symptômes qui dans la majeure partie des cas se répéteront à l'identique.
- Il est classique d'individualiser 2 types principaux de troubles bipolaires : le trouble bipolaire I et le trouble bipolaire II.
 - **Trouble bipolaire de type I :**

Il est le plus typique, il est caractérisé par la survenue d'un épisode maniaque qui peut précéder ou succéder à des épisodes hypomaniaques ou dépressifs caractérisés.
 - **Trouble bipolaire de type II :**

Il sera posé lors de l'association d'un épisode hypomaniaque actuel ou passé à un épisode dépressif caractérisé actuel ou passé. Bien que l'épisode hypomaniaque correspond à une forme atténuée de la manie, le trouble bipolaire de type II n'en reste pas moins invalidant et le taux de mortalité de ces patients est tout aussi important.

► **Trouble cyclothymique :**

Il s'agit d'un trouble associant pendant au moins 2 ans de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode hypomaniaque et de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode dépressif caractérisé. Ce trouble peut évoluer ultérieurement vers un trouble bipolaire de type I ou II, il est fréquemment retrouvé chez les apparentés de patients maniaco-dépressifs.

► **Trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance/un médicament**

► **Trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale :**

Les antécédents du patient, l'examen physique ou les examens complémentaires montrent clairement que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale.

- **L'évolution longitudinale des accès** permet de définir des formes particulières du trouble. Ainsi, il peut exister :

❖ **Un caractère saisonnier :**

Lorsque les épisodes dépressifs majeurs présentent une récurrence et une rémission à une période particulière de l'année. Dans la plupart des cas, les épisodes dépressifs débutent à l'automne ou en hiver et guérissent au printemps.

❖ **Les cycles « rapides » :**

Depuis 1974, un sous-groupe dit à cycles rapides a été défini par la présence d'au moins 4 épisodes thymiques au cours des 12 derniers mois.

Chacun de ces épisodes peut être un épisode dépressif majeur, maniaque, hypomaniaque et il doit exister une période de rémission entre les épisodes d'au moins 2 mois ou bien les fluctuations thymiques doivent correspondre à un virage de l'humeur vers un épisode de polarité opposée.

III. Critères diagnostiques selon le DSM-5 :

◆ **Accès maniaque :**

A. Humeur élevée de façon anormale pendant au moins une semaine ou une hospitalisation nécessaire,

B. Au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) avec intensité suffisante:

1. Augmentation de l'estime de soi ou idée de grandeur,
2. Réduction du besoin de sommeil,
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler,
4. Fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent,
5. Distractibilité rapporté ou observée,
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psycho motrice
7. Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables

C. Altération marquée du fonctionnement professionnel, ou des activités sociales ou nécessité d'une hospitalisation, ou il existe des caractéristiques psychotiques,

D. l'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

NB : les critères A à D définissent un épisode maniaque. Au moins un épisode maniaque au cours de la vie est nécessaire pour un diagnostic de trouble bipolaire I

◆ **Episode hypomaniaque :**

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec un $\uparrow\uparrow$ 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, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présent avec une intensité suffisante:

1. Augmentation de l'estime de soi ou idée de grandeur,
2. Réduction du besoin de sommeil,
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler,
4. Fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent,
5. Distractibilité rapporté ou observée,
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice,
7. Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel \uparrow de conséquences dommageables.

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.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération 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.

NB : les critères A à F définissent un épisode hypomaniaque. Les épisodes hypomaniaques sont fréquents dans le TB I mais ne sont pas nécessaire pour poser ce diagnostic.

◆ **Episode dépressif :**

A. Au moins 5 des symptômes suivant sont présents pendant au moins 2 semaines et au moins un des symptômes est soit (1) humeur Dépressive, soit (2) perte d'intérêt ou de plaisir

NB : ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputable à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive,
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir,
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou \downarrow ou \uparrow appétit,
4. Insomnie ou hypersomnie,
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur,
6. Fatigue ou perte d'énergie,
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée,
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer/ indécision,
9. Pensées de mort récurrentes, idée suicidaire, tentative de suicide.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel,

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance.

NB : les critères A à C définissent l'épisode dépressif caractérisé. Les épisodes dépressifs caractérisés, sont fréquents dans TB I mais leur présence n'est pas requise pour son diagnostic.

NB : les réponses à une perte significative (deuil, ruine, maladies grave...), peuvent entraîner des symptômes du critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que c'est symptômes puisse être compréhensibles ou jugés appropriés compte tenu de la perte, la présence d'épisode dépressif caractérisé doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des ATCDs de la personne et les normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte

◆ **Trouble bipolaire de type I :**

A. A répondu aux critères d'au moins un épisode Maniaque « M ».

B. La survenue de l'épisode ou des épisodes maniaques ou dépressifs « D » n'est pas mieux expliquée par une Schizotypique, une Schizophrénie, un trouble Schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique spécifié ou non spécifié

- **Codage et enregistrement** (Pour « M », « m » et « D ») : léger, moyen ou grave avec caractères psychotiques, en rémission complète ou partielle, et ce pour l'épisode actuel ou le plus récent.
- **Spécifier** : avec détresse anxieuse, avec caractéristiques mixtes, avec cycles rapides, avec caractéristiques mélancolique, avec caractéristique atypiques, avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur, avec catatonie, avec début lors du péripartum et avec caractère saisonnier.

◆ **Trouble bipolaire de type II :**

A. Les critères sont remplis pour au moins « m » et au moins pour « D ».

B. Il n'y a jamais eu d'épisode « M ».

C. L'apparition de(s) « m » et de(s) « D » n'est pas mieux expliquée par un trouble Schizoaffectif, une Schizophrénie, un trouble Schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble spécifier ou non spécifier du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.

D. Les symptômes de la « D » ou l'imprévisibilité causés par l'alternance fréquente entre des épisodes de « D » et « m » entraînent une souffrance importante ou une altération du fonctionnement socioprofessionnel

IV. Etiopathogénie :

Les causes des troubles récurrents de l'humeur sont multiples: il existe des facteurs génétiques et environnementaux (biologiques, sociologiques, familiaux, psychodynamiques).

1. Caractéristiques génétiques :

- Dans les Troubles Bipolaires, la concordance est de 33 à 80% chez les jumeaux monozygotes, contre 0 à 8% chez les dizygotes.
- Le risque de la maladie est de 20% pour les descendants et apparentés directs contre 0,5 à 1% dans la Population Générale.
- La transmission est **multifactorielle avec interaction de plusieurs gènes.**

2. Caractéristiques biologiques :

- De nombreuses recherches sont en cours.
- Dans le Trouble Bipolaire, chaque événement (biologique, génétique, environnemental, psychique) est insuffisant en soi pour provoquer une crise. Mais ils finissent par s'additionner et par dépasser les seuils de déclenchement (stimulation supraliminaire).
- Comme dans les convulsions, chaque épisode de trouble de l'humeur laisserait des traces dans le cerveau, préparant le prochain épisode.
- ☒ **Anomalies des monoamines cérébrales** : baisse de métabolite de la sérotonine dans le Liquide Céphalo-rachidien, baisse de la captation de sérotonine, diminution de l'excrétion urinaire de métabolite de la noradrénaline...
- ☒ **Anomalies endocriniennes** : hypersécrétion de cortisol dans 50% des cas de Dépressions endogènes, fréquence des anomalies thyroïdiennes au cours des Troubles de l'humeur (25%)...

3. Les facteurs psychodynamiques :

➤ **Les mécanismes de la mélancolie :**

Freud, en 1917, caractérise la Mélancolie du point de vu psychique par la suspension de l'intérêt pour le monde extérieur; il souligne les aspects communs au deuil et à la Mélancolie. La Mélancolie, comme le deuil est déclenchée par une perte d'objet. Mais alors que la perte d'objet est connue dans le deuil normal ou compliqué, elle demeure inconsciente dans la mélancolie. La perte ici ne porte pas sur l'existence de l'objet mais sur sa valeur; la perte en question est une déception narcissique. Avant la crise, il existait une relation particulière à l'objet, relation immature de besoin, de dépendance absolument nécessaire à l'équilibre du sujet et dont la rupture le met en danger grave.

➤ **Les mécanismes de la manie :**

Elle constitue un moyen de défense contre la dépression, reposant essentiellement sur la dénégation, tant de la réalité psychique (la dépendance à l'objet), que de la réalité extérieure (déli)

V. Prise en charge des troubles bipolaires :

Le traitement des troubles bipolaires repose sur le traitement des accès aigus et sur la prévention des rechutes.

Si les traitements médicamenteux sont essentiels, il est indispensable de proposer une aide psychologique adaptée au patient et à son entourage immédiat.

A. Les traitements médicamenteux :

a. Les régulateurs de l'humeur :

- **Le lithium** : Il est pris sous forme de carbonate (Téralithe: comprimés à 250 mg, et forme LP à 400 mg), ou gluconate (Neurolithium : ampoules buvables à 1 à 2 g). La lithiémie doit être stable et comprise dans une fourchette de 0,7 à 0,1 mmol/L.
- **Les Régulateurs de l'humeur anticonvulsivant (TRAC)** : on utilise :
 - **Le valproate** (dépakine chrono 500), plus maniable (une seule prise par jour). L'efficacité est mieux démontrée dans la Manie aigue que dans la prévention des rechutes dépressives. C'est un traitement de choix des épisodes mixtes ou des cycles rapides.
 - **La lamotrigine** (lamictal): traitement des épilepsies partielles, mais aussi des TBP. Elle fait peu ou pas de prise de poids et n'a pas d'effet sédatif. La dose d'entretien est de 100 à 200 mg, son efficacité est bien démontrée dans la dépression bipolaire, où elle est une option plus sûr que les ATD.
 - **La carbamazépine** (CBZ, Tégréto ou générique): C'est un trt des épilepsies partielles et généralisées, mais aussi des épisodes maniaques, et en prévention des rechutes.

b. Les antipsychotiques :

- Dans les épisodes aigus, surtout s'ils s'accompagnent de troubles psychotiques, dans la Manie, car agissent plus rapidement que les thymorégulateurs,
- Comme traitement préventif des rechutes (effet thymorégulateurs),
- Les formes à action prolongée sont très utiles pour les patients qui prennent mal leur traitement

c. Les autres traitements :

- Les hormones thyroïdiennes, dans les TBP à cycles rapides: Lévothyrox, 1 à 2 cp par jour
- Les benzodiazépines, notamment le clonazepam et l'alprazolam
- Rappelons enfin que les traitements prolongés par antidépresseurs exposent au risque d'aggravation: épisode mixtes, accès plus fréquents, résistances.

► **Durée de poursuite du traitement :**

Il est recommandé de poursuivre le traitement prophylactique aussi longtemps que possible dans le trouble bipolaire de type I et le trouble bipolaire de type II. Une réévaluation régulière doit être pratiquée.

La présence des facteurs suivants est en faveur d'une poursuite du traitement pour la vie entière :

- ☑ Antécédents familiaux au premier degré de trouble bipolaire
- ☑ Sévérité de l'épisode
- ☑ Conduites suicidaires
- ☑ Comorbidités psychiatriques
- ☑ Persistance de symptômes résiduels
- ☑ Nombre d'épisodes thymiques du patient
- ☑ Age de début précoce
- ☑ Intervalle de courte durée entre les épisodes.

B. Prise en charge psychologique :

Au-delà du traitement médicamenteux, il est indispensable d'apporter au patient et à son entourage un soutien pédagogique et psychologique.

Il existe plusieurs types de thérapie possibles:

- ☞ **De soutien :** c'est là aussi le minimum à garantir à un patient bipolaire. Les rencontres avec le thérapeute servent de repère; elles permettent de dédramatiser les situations, de mieux affronter la maladie, de repérer les facteurs de stress et de mettre en place des stratégies adaptatives.
- ☞ **Cognitivo-comportementales :** la gestion de stress, les informations sur la maladie, l'entraînement à la résolution de problèmes et les thérapies cognitivo-comportementale (TCC) de la dépression sont ici très utiles.

