

LES TROUBLES BIPOLAIRES

I - Introduction

Dès l'Antiquité, les notions de manie et de mélancolie sont repérées et bien connues. On en retrouve ponctuellement des descriptions relativement précises dans la médecine grecque avec Hyppocrate.

Ces deux entités restent autonomes jusqu'au 19^e siècle, c'est FALRET et BAILLARGER qui les regroupent en une même pathologie, « folie circulaire » et « folie à double forme ».

Les travaux sur les hypothèses étiologiques, les différentes formes cliniques, les phases évolutives pouvaient désormais s'appuyer sur une logique conceptuelle (DELAY 1946).

C'est KRAEPELIN en Allemagne entre 1899 et 1903 qui mettra la dernière pierre de l'édifice, il nommera « la folie maniaco dépressive » aux 2 accès typiques de manie et de dépression, KRAEPELIN va ajouter 6 formes mixtes, soulevant le problème de l'hétérogénéité clinique des états tymiques rencontrés au cours de cette pathologie.

Cependant, la perspective psychodynamique inaugurée par FREUD va engendrer un désintérêt pour la nosologie et la classification des pathologies au profit de concepts psychodynamiques. Les théories freudiennes rapprochent la mélancolie du deuil ou, au moins, de la perte d'objet d'amour voire de l'amour de soi. Cela entraînant un report de l'agressivité sur soi-même. L'euphorie maniaque correspondrait à une sorte de joie « 'orgiaque » destinée à lutter contre les pulsions de mort.

Il faut attendre les classifications de type DSM pour se dégager de la conception freudienne. Aujourd'hui, la manie n'est pas considérée comme un processus de défense contre la dépression mais comme un état pathologique nécessitant une prise en charge codifiée en fonction de ses caractéristiques cliniques.

II - Définition

La CIM-10 caractérise les troubles de l'humeur comme des « troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élation ». Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte .

III - Epidémiologie

En France, plus de 1 600 000 personnes seraient atteintes de troubles bipolaires.
La prévalence est de :

- Troubles unipolaires (dépression) 5%
- Troubles bipolaires 1%
 - Type 1 : 0,4 à 1,4%
 - Type 2 : 0,5%

- Trouble cyclothymique 0,4 à 1%
- Trouble dysthymique 3 à 5%

Le début de la maladie bipolaire est souvent précoce, entre 15 et 30 ans avec un sexe ratio de 1.

La morbidité pour les troubles bipolaires est de 20 % chez les parents du 1^{er} degré et comprise entre 50 et 92 % chez les jumeaux homozygotes.

En comparaison avec le trouble dépressif majeur

La prévalence est de 15 %, elle est 2 fois plus élevée chez la femme que chez l'homme.

L'âge moyen de début du trouble est de 40 ans, chez 50% la maladie débute entre 20 et 50 ans.

De nombreux travaux ont démontré que la part des facteurs génétiques était importante dans l'apparition des troubles bipolaires.

Le modèle physiopathologique le plus couramment admis serait celui d'un modèle multifactoriel et polygénique à effet de seuil : plusieurs gènes mineurs auraient un effet additionnel conditionnant un état de vulnérabilité et le trouble se déclencherait lors de l'exposition à différents facteurs environnementaux.

Théorie du « Kindling » (Embrasement).

IV - Clinique

A - Episode dépressif

B - Accès maniaque ou épisode maniaque

1/ L'humeur

- labilité émotionnelle
 - ♦ généralement considérée comme euphorique et expansive
 - ♦ labilité émotionnelle, irritabilité, humeur triste, euphorie, angoisse

2 / Processus cognitifs

- Accélération des processus idéiques
 - ♦ Logorrhée
 - ♦ Fuite des idées
 - ♦ Coq à l'âne
 - ♦ Plus grand besoin de communiquer, familiarité.
- Distractibilité : stimuli extérieurs
- Augmentation de l'estime de soi ou idée de grandeur

3 / Composante motrice

- agitation fébrile, stérile
- présentation débrayée, extravagante
- troubles des conduites sociales.

4 / Signes somatiques associés

- insomnie sans fatigue
- parfois hyperphagie, hypersexualité, amaigrissement, aménorrhée.

C - Formes cliniques

1/ Hypomanie : correspond à une forme atténuée de l'accès maniaque

- L'hyperactivité demeure productive et les répercussions sociales sont limitées.
- Elévation légère mais persistante de l'humeur
- Excitation psychomotrice
- Hypermnésie superficielle.
- Troubles du caractère : le sujet se montre souvent autoritaire, vindicatif, supportant difficilement les contraintes, irritant pour l'entourage.
- Insomnie : symptôme de grande valeur.

2/ Manie avec symptômes maniaques ou manie délirantes

Présence, associée au tableau clinique d'accès maniaque, d'idées délirantes (habituellement de grandeur) ou d'hallucination (habituellement auditives), ou d'une agitation, d'une activité motrice excessive et d'une fuite des idées d'une gravité telle que le sujet devient incompréhensible ou hors d'état de communiquer normalement.

3/ La fureur maniaque ou stupeur maniaque

Représenté par un état d'agitation et de violence extrême.
Risque médico-légal extrême.

4/ Forme confuse

Décompression maniaque du sujet âgé.

V - Diagnostic différentiel

1/ Les manies iatrogènes

Suite à la prise de substances psychostimulantes

- Toxiques : Cannabis, cocaïne, opiacées, extasy
- Médicaments : AD ; corticoïdes, INF ∞ , hormones thyroïdiennes, certains

AINS, APS, isoniazide, surtout anti HTA.

L'accès dure le plus souvent le temps de l'intoxication.

2/ Les manies secondaires à une pathologie somatique

Cette éventualité suppose que devant tout premier épisode maniaque des examens soient réalisés.

- Troubles neurologiques : poussées inflammatoire de la SEP, maladie de WILSON
- Infection du SNC : encéphalite virale
- Troubles variés , AVC, cancers, épilepsie du lobe temporal
- Maladies somatiques : infections virales (VIH, Syphilis).

3/ Troubles psychotiques chroniques

- Schizophrénie
- Troubles schizo affectif

VI - Diagnostic du trouble bipolaire : spectre des maladies bipolaires

1/ Trouble bipolaire de type I : anciennement la psychose maniaco dépressive.

Il correspond à l'alternance d'épisodes dépressifs, d'accès maniaques et d'intervalles libres.

Toutes les combinaisons entre ces différents épisodes peuvent s'observer.

La problématique diagnostique est compliquée lorsque le patient est vu au cours du 1^{er} épisode de troubles de l'humeur.

Si accès maniaque ⇒ trouble bipolaire

Si épisode dépressif ⇒ épisode dépressif .

2/ Troubles bipolaire type II

Il correspond à la survenue de plusieurs épisodes dépressifs alternant avec des hypomanies.

La morbidité inter-épisode (période intercritique) est plus importante, les dépressions sont plus sévères et le risque de suicide est plus élevé.

3/ Les cycles rapides

Forme particulière des troubles bipolaires de type I et II.

Définis par l'évolution et le nombre d'accès annuel ≥ 4 par an.

Ils représentent 15 à 20% des troubles bipolaires et touchent plus souvent les femmes.

4/Trouble bipolaire de type III

Le diagnostic est envisagé en cas d'épisodes maniaques ou hypomaniaques induits pharmacologiquement et en cas d'épisodes dépressifs récurrents

VII – EVOLUTIO N

1/ Trouble bipolaire de type I :

- pas de trouble de la personnalité spécifique
- commence souvent par une dépression : 75% chez la femme, 67% chez l'homme
- trouble, récurrent
- 10 à 20% ne font que des épisodes maniaques
- l'intervalle de temps inter critique tend à diminuer, après 5 à 6 épisodes il se stabilise entre 6 et 9 mois
- un épisode maniaque dure 3 mois sans trt

PRONOSTIC

- plus sévère que le trouble dépressif majeur
- 40 à 50% des sujets souffrant d'un accès maniaque risquent de faire un second dans les 2 années qui suivent
- un bon contrôle des symptômes par les sels de lithium n'est obtenu que dans 50 à 60% des cas
- 7% n'ont pas de récurrence, 45% font plus d'un épisode et 40% ont un trouble chronique

2/ Trouble bipolaire de type II

- maladie chronique
- 5 ans après = diagnostic stable

VIII – TRAITEMENT

- Faire une évaluation diagnostique
- Évaluer la sécurité du patient et de son entourage et déterminer le cadre thérapeutique approprié
- Établir et maintenir une alliance thérapeutique
- Entreprendre l'éducation du patient et de sa famille

1/ Traitement médicamenteux

→ SELS DE LITHIUM:

- 70% d'efficacité sur la prévention des rechutes maniaques et 30% sur les rechutes dépressives
- bilan préalable : fonction rénale, contraception
- ⚡ association aux AINS sauf salicylés, NL, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, diurétiques
- lithiémie

→ CARBAMAZEPINE

- dans le trouble bipolaire type I si inefficacité ou intolérance au lithium
- 50% d'efficacité sur la prévention des rechutes maniaques et 30% sur les rechutes dépressives
- bilan préalable : plaquettes, ionic sanguin et transaminases
- ⚡ association aux contraceptifs
- dosage sanguin

→ DEPAMIDE et DEPAKOTE

- efficacité sur les états mixtes
- bilan préalable : plaquettes et hépatique

→ ZYPREXA

- accès maniaque
- prévention des rechutes maniaques

→ AUTRES : LAMOTRIGINE

2/ autres thérapeutiques :

- Thérapie cognitivo-comportementale
- Psychothérapie
- Thérapie systémique
- Psychanalyse