

ITEM 62 : TROUBLE BIPOLAIRE

Trouble bipolaire = changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie, augmentées (manie) ou diminuées (dépression) : maladie psychiatrique chronique, sévère, fréquente, **2^{ème} maladie** la plus à risque de suicide (après **l'anorexie mentale**)

- Prévalence = **1 à 4%** de la population générale, âge de début classiquement entre **15 et 25 ans**, avec un sex ratio = 1
- En dehors des épisodes maniaques/dépressifs : **intervalles libres**, ou **altération des fonctions cognitives**, du **sommeil**, des **rythmes circadiens**, des systèmes immuno-inflammatoires, métaboliques, neuro-développementales et neurophysiologiques
- Diagnostic parfois difficile, souvent **tardif** (10 ans en moyenne), après plusieurs épisodes
- FdR : - **Génétique ++** : héritabilité de **70-80%** → **risque x 10** si un antécédent familial au 1^{er} degré de trouble bipolaire
 - Environnemental : **traumatisme dans l'enfance** (sexuel, affectif ou émotionnel), **stress aigu** ou **répété**

→ Selon l'OMS, le trouble bipolaire fait partie des 10 maladies les plus invalidantes et coûteuses au plan mondial

Sémiologie psychiatrique	Syndrome maniaque	= Persistance dans le temps ≥ 7 jours d'une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie - Installation brutale ou progressive, avec ou sans facteur déclenchant - Prodrome fréquent (souvent le même pour un patient) : troubles du sommeil (insomnie sans fatigue)...	
		Perturbations psychoaffectives	Perturbation de l'humeur - Humeur « gaie » : élevée, expansive, exaltée - Peut être remplacée par une irritabilité
			Altération du contenu de la pensée - Augmentation de l'estime de soi, idées de grandeurs, sentiment de toute-puissance, mégalomanie - Altération ou absence de conscience du trouble
			Perturbation des émotions - Labilité émotionnelle (émotions versatiles) - Hyperréactivité ou hyperesthésie : réactivité excessive de l'humeur - Hypersyntonie : participation spontanée et adhésion très rapide à l'ambiance affective du moment
		Accélération psychomotrice	Accélération psychique - Agitation psychique - Tachypsychie (accélération des idées) - Pensée diffuente, fuites des idées, coq-à-l'âne (changement rapide des idées sans lien apparent), jeux de mots, association par assonances - Ludisme, contact familial, désinhibition
			Accélération motrice - Agitation motrice, hyperactivité motrice - Augmentation d'activités à but dirigé (professionnel, social, sexuel) - Logorrhée (↗ du temps de parole) et tachyphémie (↗ de la vitesse) - Hypermimie
		Perturbations physiologiques	Perturbation du sommeil - Insomnie partielle ou totale - Réduction du besoin de sommeil, absence de sensation de fatigue - Hypersthénie
			Perturbation des fonctions cognitives - Anosognosie partielle ou totale - Hypervigilance, hyperréactivité - Distractibilité, troubles de l'attention et de la concentration - Hypermnésie
			Perturbation des conduites alimentaires - Anorexie ou hyperphagie - Amaigrissement (même en cas de prise alimentaire augmentée) - Risque de déshydratation
			- Augmentation de la libido, hypersexualité , avec comportements sexuels possiblement à risque - Achats pathologiques, dépenses inconsidérées - Comportements à risque : recherche de sensations fortes, prise de toxiques, conduites sexuelles à risque, vitesse - Possibles actes médico-légaux (à prévenir)
Syndrome hypo-maniaque	= Persistance dans le temps d'une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie , mais de symptomatologie et retentissement fonctionnel moins importants que l'accès maniaque - Rupture totale de l'état antérieur (souvent constaté par l'entourage), avec perturbation de l'affectivité, accélération psychomotrice et signes associés, présente tous les jours pendant ≥ 4 jours → Ne nécessite pas d'hospitalisation en milieu de soins spécialisés (contrairement à l'épisode maniaque)		
Syndrome dépressif	- Episode dépressif caractérisé ± avec caractéristiques évocatrices : survenue précoce < 25 ans , en post-partum, de début brutal, antécédent familial de troubles de l'humeur, mélancolique, saisonnier		

Sémiologie psychiatrique	Caractéristique de l'épisode	Caractéristique psychotique	<ul style="list-style-type: none"> = Episode maniaque ou dépressif accompagné d'idées délirantes (à différencier des idées mégalomaniaques pseudo-délirantes) et/ou d'hallucinations (40-50%) - Mécanisme : imaginatif, intuitif et/ou hallucinatoire, moins souvent interprétatif - Thème : souvent mégalomaniaque, mystique, prophétique, avec ou sans syndrome d'influence, et possiblement érotomaniaque, de persécution... - Systématisé, mais peu organisé - Adhésion ou critique des idées délirantes variable - Congruente à l'humeur ou non congruente
		Caractéristique mixte	= Apparition de symptômes dépressifs ou maniaque au cours d'un épisode d'humeur opposé, durant de quelques heures à quelques jours → risque suicidaire majeur
		Caractéristique anxieuse	<ul style="list-style-type: none"> = Episode maniaque ou dépressif accompagné de symptômes anxieux - Sensation d'être tendu, énervé ou impatient de manière inhabituelle, de présenter des difficultés de concentration à cause d'inquiétudes, peur que quelque chose de terrible puisse arriver, impression de perte de contrôle → Associé à un risque suicidaire augmenté, une durée plus longue du trouble et un risque augmenté de non réponse thérapeutique
		Du post-partum	= Au cours de la grossesse et jusqu'à 4 semaines après l'accouchement (post-partum)
		Caractéristique catatonique	<ul style="list-style-type: none"> - Immobilité motrice : cataplexie (flexibilité cireuse catatonique) ou stupeur catatonique - Activité motrice excessive non influencée par les stimuli extérieurs et apparemment stérile - Négativisme extrême (résistance immotivée et maintien d'une position rigide) ou mutisme - Mouvements volontaires particuliers et positions catatoniques (maintien d'une position inappropriée ou bizarre), mouvements stéréotypés, maniérismes ou grimaces - Echolalie ou échopraxie
		Spécifique d'un épisode dépressif	<ul style="list-style-type: none"> - Caractéristique mélancolique : perte complète de la capacité à ressentir du plaisir - Caractéristique atypique : réactivité de l'humeur, et possiblement augmentation du poids ou de l'appétit, hypersomnie, impressions de pesanteur/lourdeur d'un ou plusieurs membres, sensibilité aux rejets interpersonnels
Evolution des troubles	Caractère saisonnier	<ul style="list-style-type: none"> = ≥ 2 épisodes saisonniers au cours des 2 dernières années, en l'absence d'épisodes non-saisonniers au cours de la même période - Relation temporelle régulière entre la survenue des épisodes maniaques, hypomaniaques ou dépressifs et une période particulière de l'année (automne, hiver...), et non lié à des facteurs de stress environnementaux en lien avec la période (anniversaire, traumatique...) - Rémissions complètes (ou virage de l'humeur) au cours d'une période particulière de l'année - Majorité d'épisodes saisonniers que non saisonniers 	
	Cycles rapides	<ul style="list-style-type: none"> = ≥ 4 épisodes de l'humeur sur les 12 derniers mois (toute polarité confondue) - Associée à un pronostic plus sévère et une résistance thérapeutique plus élevée 	
Diagnostic	Critères (DSM-5)	<ul style="list-style-type: none"> A – Période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, et augmentation de l'énergie ou de l'activité orientée vers un but de manière anormale et persistante pendant ≥ 1 semaine (presque tous les jours) ou nécessitant une hospitalisation B - ≥ 3 des symptômes suivant (≥ 4 si humeur seulement irritable) : <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur - Réduction du besoin de sommeil - Plus grande communicabilité que d'habitude, ou désir de parler constamment - Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent - Distractibilité (rapportée ou observée) - Augmentation d'activité orientée vers un but (social, professionnel, sexuel) ou agitation psychomotrice - Engagement excessif dans des activités agréables, mais à potentiel élevé de risque C – Altération marquée du fonctionnement sociale ou professionnelle, nécessité d'hospitalisation (si danger pour soi ou les autres) ou caractéristiques psychotiques D – Episode non attribuable aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale → Episodes hypomaniaques : durée ≥ 4 jours, d'intensité insuffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social ou une hospitalisation, sans caractéristique psychotique 	
	Formes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Type 1 : ≥ 1 épisodes maniaques ou mixtes (même en l'absence de trouble dépressif) - Type 2 : ≥ 1 épisodes hypomaniaques et ≥ 1 épisodes dépressifs majeurs Le type 3 n'existe plus. 	
différentiel	Affection médicale générale	<ul style="list-style-type: none"> - Substance psychoactive : alcool ++, cannabis, amphétamines, cocaïne, hallucinogène - Neurologique : tumeur cérébrale, SEP, AVC, début de démence, épilepsie focale - Endocrinien/métabolique : troubles thyroïdiens, hypercorticisme, hypoglycémie, troubles ioniques... - Iatrogène : corticoïdes, antidépresseurs, interféron-α... 	

Diagnostic	Affection psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble dépressif récurrent (= unipolaire) - Trouble de personnalité borderline - Trouble déficit de l'attention/hyperactivité - Schizophrénie, trouble délirant persistant - Trouble obsessionnel compulsif
	Bilan	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan standard : glycémie, iono, calcémie, urée, créat, NFS, CRP, TSH, bilan hépatique, ECG - Recherche de toxiques urinaires : cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines - Au 1^{er} épisode ou sur orientation clinique : scanner cérébral (en urgence)/IRM cérébrale, EEG
Comorbidité	<ul style="list-style-type: none"> - Addiction (40-60%) : alcool (40%), cannabis (20%), cocaïne et psychostimulant (10%), sédatif - Troubles anxieux (40%) : notamment trouble panique, phobie sociale ou phobie simple - Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (30%) - Trouble de personnalité (30%), surtout personnalité borderline - Troubles des conduites alimentaires (15-30%) - Trouble obsessionnel compulsif (10-30%) - Comorbidité non psychiatrique : syndrome métabolique, risque cardiovasculaire, SAOS... 	
Evolution	A la phase aiguë	<ul style="list-style-type: none"> - Guérison en 3 à 6 semaines sous traitement (contre 6 à 8 mois sans traitement) : disparition des symptômes progressive → la normalisation du sommeil est un bon critère de guérison - Accès maniaque parfois suivi d'un virage de l'humeur sur un mode dépressif
	Au long cours	<ul style="list-style-type: none"> - Rémission symptomatique et fonctionnelle avec insertion familiale, professionnelle et sociale normale - Evolution sévère des troubles : apparition de cycles rapides, de troubles psychiatriques associés (addiction, troubles anxieux...) ou de pathologie médicale, notamment cardiovasculaire - Complication : <ul style="list-style-type: none"> . Suicide (15% des décès) . Actes médico-légaux (liés à la désinhibition psycho-comportementale) . Désinsertion familiale (3 fois plus de divorce), professionnelle et sociale
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> → Certains antécédents doivent faire évoquer le diagnostic de trouble bipolaire : - Antécédents de ≥ 3 épisodes dépressifs récurrents - Notion d'hypomanie, souvent inaperçue - Episode atypique déclenché par un antidépresseur : non-réponse, aggravation des symptômes, agitation, hypomanie - Début d'un épisode durant le post-partum - Début des épisodes dépressifs récurrents < 25 ans - Antécédents familiaux de troubles bipolaires, troubles dépressifs récurrents, addiction ou suicide - Antécédents personnels de tentative de suicide 	
Stratégie thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> → Indication d'hospitalisation si : - Troubles du comportement majeurs avec risque de conséquences délétères - Risque suicidaire élevé - Forme sévère et/ou résistante au traitement (pour réévaluation) - A discuter : isolement ou soutien socio-familial non adapté, comorbidités complexes 	
	A la phase aiguë	<ul style="list-style-type: none"> → Hospitalisation en urgence en psychiatrie en milieu fermé (SDPT si besoin) - Recherche systématique de prise de toxique ou de cause médicale non psychiatrique, de contagé (IST) - Arrêter tout traitement antidépresseur en cas d'épisode maniaque - Thymorégulateur : débuté le plus précocement possible, continué au long cours - Traitement sédatif en cas d'agitation : benzodiazépine (diazépam 10 mg x 4/jour, ou lorazépam 2,5 mg x 4/jour, par voie orale ou IM) et/ou neuroleptique sédatif (loxapine Loxapac® 50 mg IM) - En dernier recours : isolement et contention des 4 membres si risque auto- ou hétéro-agressif - Sauvegarde de justice (si dépenses ou achats excessifs) pour protection des biens en urgence - Prévention et surveillance du risque suicidaire et du risque hétéro-agressif
	Au long cours	<ul style="list-style-type: none"> → Objectifs : stabiliser l'humeur, prévenir les rechutes, 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, et dépister les comorbidités psychiatriques et médicales - Prise en charge en ambulatoire dans son secteur de psychiatrique - Traitement médical : poursuite du thymorégulateur avec suivi de la tolérance et de l'efficacité, et diminution/ arrêt des traitements à risque de dépendance (benzodiazépine, hypnotique...) - Psychothérapie, psychoéducation, remédiation cognitive - PEC sociale : ALD 23, prise en charge du handicap mental (MDPH), curatelle/tutelle

TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Maniaque : - Lithium, valproate ou antipsychotique atypique en 1^{ère} intention <ul style="list-style-type: none"> - Association en 2nd intention : lithium ou valproate + antipsychotique atypique - Dépressif : - Lithium, lamotrigine ou quétiapine en 1^{ère} intention <ul style="list-style-type: none"> - Si déjà un thymorégulateur à posologie efficace : ajout d'un ISRS - Arrêt progressif des antidépresseurs conseillé au long cours (favorise rechutes et accélération des cycles) <p>→ Les antidépresseurs tricycliques ne sont pas recommandés (risque augmenté de virage de l'humeur)</p>			
	THYMORÉGULATEUR	Lithium	<p>= Théralite® 400 mg LP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seul thymorégulateur efficace dans la prévention du suicide : à privilégier si antécédent de TS - Contrôle de la lithémie à 12h de la prise (généralement le matin) : cible = 0,8 à 1,2 mEq/L - Introduction : <ul style="list-style-type: none"> . Début à 1 cp/j x 2 jours, puis 2 cp/j x 4 jours et dosage à 12h de la lithémie . Si lithémie trop basse : ↗ 1 cp (si < 0,5) ou ½ cp (si < 0,8) et dosage à 4 jours . Si lithémie = 0,8 à 1,2 sur 3 prélèvements : bonne dose - Suivi de la lithémie : tous les 15 jours x 2 mois puis tous les 3 mois x 1 an puis tous les 6 mois 	
			EI	<ul style="list-style-type: none"> - Nausée, tremblement - SPUPD, trouble de repolarisation, hypothyroïdie, hyperleucocytose
			CI	<ul style="list-style-type: none"> - CI absolue : hyponatrémie, allaitement, IRC avec DFG < 85 mL/min - CI relative : IR modérée, hypothyroïdie, insuffisance cardiaque, grossesse, association (carbamazépine, IEC, AINS, sulfamides hypoglycémiants, insuline)
			Suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan préthérapeutique : NFS, iono, créat, protéinurie + glycosurie, TSH, β-hCG chez la femme en âge de procréer, ECG ± EEG si antécédent de comitialité - Bilan annuel : bilan rénal, TSH
	THYMORÉGULATEUR	Valproate de sodium	<p>= Depakote® 750 mg/j en 2-3 prises : initié par un médecin spécialiste du trouble bipolaire</p>	
			EI	<ul style="list-style-type: none"> - Téatogène : trouble grave du développement (40%), malformation congénitale (10%) - Hépatite, hypofibrinogémie, thrombopénie, ↗ ammoniémie, alopecie, prise de poids
			CI	<ul style="list-style-type: none"> - CI absolue : grossesse → à éviter chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer - CI relative : alcoolisme, hépatite aiguë/chronique, allaitement
			Suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan pré-TTT : NFS, bilan hépatique, β-hCG chez la femme en âge de procréer - Surveillance : NFS, bilan hépatique réguliers pendant l'initiation, puis tous les 6 mois
	THYMORÉGULATEUR	Anti- psychotique	<p>= Olanzapine, rispéridone, aripiprazole ou quétiapine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance : ECG avec mesure du QTc, IMC, glycémie, bilan lipidique, bilan hépatique 	
<p>= Indiqué surtout dans les états mixtes et les cycles rapides</p>				
Carba- mazépine		EI	<ul style="list-style-type: none"> - Nausée, trouble du transit, hypotension, rash, alopecie - BAV, leucopénie, neutropénie, thrombopénie, agranulocytose, hyponatrémie 	
		CI	<ul style="list-style-type: none"> - CI absolue : BAV, atcd d'hypoplasie médullaire ou porphyrie aiguë intermittente - CI relative : association médicamenteuse, grossesse, allaitement 	
THYMORÉGULATEUR	Electro-convulsivo- thérapie	<p>= Amélioration rapide et à court terme des symptômes sévères après échec des autres traitements</p> <p>Indication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles dépressifs sévères et/ou réfractaires aux thérapeutiques - Episode maniaque sévère ou prolongé - Mauvaise tolérance des psychotropes - Etat catatonique - Cycles rapides - Contre-indication aux traitements médicamenteux (grossesse, personne âgée...) 		
		Psycho- thérapie	<ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie de soutien systématique - Thérapie cognitivo-comportementale (haut niveau de preuve) : ménagement du rythme de vie selon la phase, correction des cognitions déformées, régulation de ses émotions - Autres : psychothérapie psychanalytique, thérapie interpersonnelle, thérapie familiale et systémique, hypnose 	
			Psycho- éducation	<p>= Programme d'information structurée : proposé au patient et/ou à son entourage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliore la compréhension du trouble et de son traitement - Développement de la capacité à détecter les signes précurseurs de rechute
				Remédiation cognitive