



Le trouble bipolaire: Symptômes, diagnostics et traitements

Conférence du 4 décembre 2007
par

Dre Andrée Daigneault
Département de psychiatrie
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Trouble bipolaire : Épidémiologie

- **Prévalence**
 - Trouble bipolaire I : 1 %
 - Trouble bipolaire I et II : 3 %
 - Tous les troubles bipolaires : > 4 %
- **Caractéristiques liées au sexe**
 - Aucune
- **Début**
 - Le plus souvent, vers l'âge de 15 à 19 ans

Goodwin F. Manic-depressive illness. 1990

Diagnostic (DSM-IV-TR) – Aperçu

Trouble bipolaire de type I	Trouble bipolaire de type II	Cyclothymie ≥ 2 ans	Trouble bipolaire non spécifié
Épisode maniaque	Hypomanie ≤ 4 jours	Symptômes thymiques ne répondant pas complètement aux critères des épisodes dépressifs, maniaques ou mixtes	Symptômes ne répondant pas aux critères d'aucun trouble bipolaire spécifié Ex: hypomanie < 4 jours
Épisode mixte	Dépression récurrente		
Fonctionnement altéré			
Symptômes francs	<i>Absence de manie ou d'état mixte</i>		
Habituellement avec présence de dépression récurrente			

Différence entre l'hypomanie et la manie

Hypomanie

- Légère, moins grave
- Altération du fonctionnement faible à modérée
- Erreurs de jugement moindres/limitées
- Répond fréquemment au traitement ambulatoire
- Régulation du sommeil et/ou emploi de benzodiazépines peut parfois aider à maîtriser les épisodes hypomaniaques

Manie

- Grave
- Altération marquée du fonctionnement
- Erreurs de jugement importantes
- Symptômes psychotiques
- Nécessite souvent une hospitalisation
- Requiert un traitement aigu par un thymorégulateur et/ou un antipsychotique

Sondage national 2000 de la DMDA sur le trouble bipolaire

- Erreurs de diagnostic dans 69 % des cas
- Diagnostics erronés les plus fréquents
 - Dépression (60 %)
 - Troubles anxieux (26 %)
 - Schizophrénie (18 %)
 - Trouble de la personnalité limite ou antisociale (17 %)
 - Abus d'alcool ou de substance (14 %)
- 35 % des patients ont attendu 10 ans ou plus avant de recevoir un diagnostic correct de trouble bipolaire

Depression and Bipolar Support Alliance.
<http://www.dbsalliance.org/PDF/BPHowFar1.pdf>

Age du début: trouble bipolaire

Lish et al.* : < 14 ans : 31 %
15- 19 ans : 28%
> 20 ans : 41%

Début précoce (enfance et adolescence) vs Début tardif > 20 ans

- ↗ Taux d'abandons scolaires
- ↗ Taux divorce
- ↗ Gestes d'auto ou hétéro-agression
- ↗ Abus d'alcool / drogues
- ↗ Criminalité
- ↗ Récurrence des épisodes

Symptômes initiaux: plus souvent dépressifs ou mixtes que maniaques

* National Depressive and Manic-Depressive Association, 1994

Prédiction d'un trouble bipolaire

Dépression débutant avant 20 ans, accompagnée de :

- symptômes psychotiques
- antécédents familiaux de trouble bipolaire
- hypomanie induite par un médicament
- anxiété épisodique
- ralentissement psychomoteur
- caractéristiques atypiques : symptômes végétatifs inversés
- irritabilité
- dépression chronique

Tableaux cliniques de la dépression bipolaire

Tableau classique

insomnie
perte d'appétit – poids
tristesse
culpabilité, pessimisme
retard psychomoteur
troubles de la concentration
idéation suicidaire

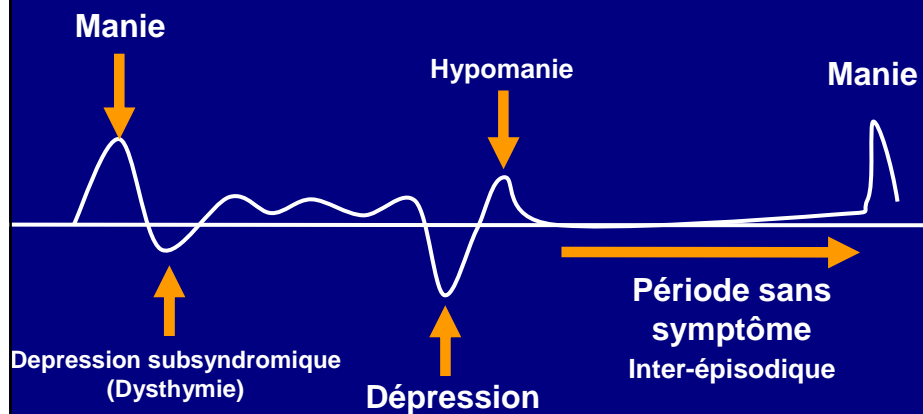


Tableau atypique

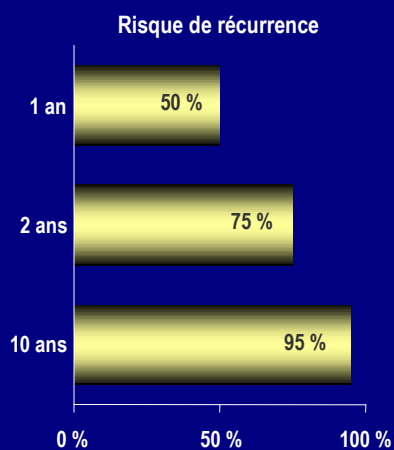
hypersomnie
augmentation de l'appétit,
poids
Perte d'intérêt, motivation
Fatigue
lourdeur des membres
Hypersensibilité au rejet

- **dépression avec agitation psychomotrice**
- **mixité des tableaux classique et atypique**

Le trouble bipolaire non-traité est multidimensionnel



Trouble bipolaire : Évolution



- Fréquence accrue d'épisodes :
 - sans traitement ou avec traitement antidépresseur
- Risque à vie de suicide de 15-20 %
- Détérioration du fonctionnement exécutif
- Risque d'abus d'alcool ou de substance de 40 %
- Risque à vie accru de maladie cardiovasculaire (> 20 %)

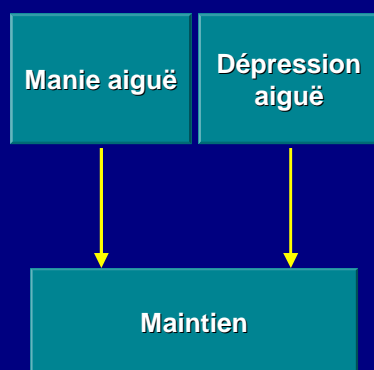
Risques de suicide

- 15-20% des patients non-traités se suicident
- Disalver: comparaison du risque suicidaire chez les patients bipolaires:
 - État dépressif: 79.3%
 - État mixte: 56.3%
 - État maniaque : 2.3%

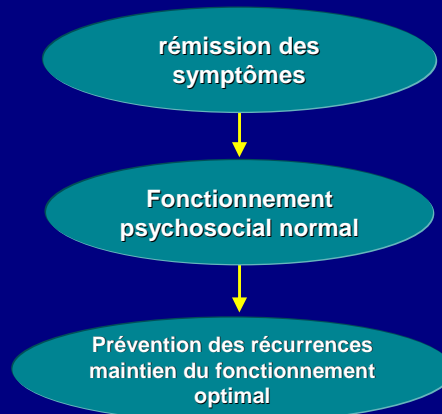
Evans. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(suppl 13):26-31; Dilsaver et al. *Psychiatric Res*. 1997;73:47-56; Rihmer et al. *J Affect Disord*. 1995;35:147-152; Slama et al. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:1035-1039.

Objectifs thérapeutiques

Phases du traitement



Objectifs



Traitement: Efficacité clinique

Efficacité

- symptômes de manie
- épisodes de dépression
- prévention des rechutes
- début d'action rapide
- en monothérapie ou en combinaison
- impact sur les conditions comorbides:
 - anxiété
 - abus de drogues
 - symptôme obsessionnel-compulsif

Tolérabilité

- peu d'effets secondaires
- n'entraînent pas de nouveaux problèmes: tels que :
 - émergence de dépression
 - accélération des cycles
 - altération du fonctionnement
 - gain de poids excessif

Lignes directrices de l'APA - 2002

Traitement en phase aiguë

Épisodes maniaques ou mixtes

- 1^{re} intention (graves) : Lithium + antipsychotique
ou valproate + antipsychotique
- 1^{re} intention (moins graves) : Lithium ou valproate
ou antipsychotique

L'APA recommande d'utiliser les antipsychotiques atypiques plutôt que les antipsychotiques typiques

Épisode chez une personne traitée

- 1^{re} intention : Optimiser la dose
- 2^e intention : Ajouter un autre agent en 1^{re} intention

Manie aiguë: Lithium et Divalproex

Lithium

Divalproex

Efficacité

- Peut-être moins efficace après plusieurs épisodes de manie

- Pourrait être plus efficace que le Li⁺ dans états mixtes et à cycles rapides

Tolérance

- Tremblements, gain de poids, cognition, sédation, symptômes gastro-intestinaux
- Marge thérapeutique étroite

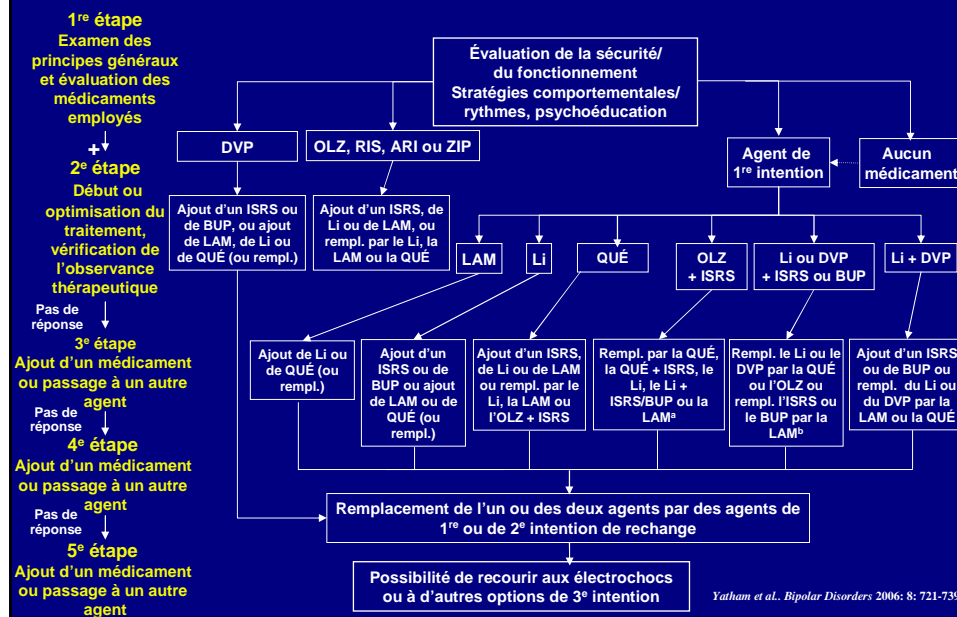
- Sédation, symptômes gastro-intestinaux, tremblements et gain de poids

Efficience

- En pratique ~50% des patients ne répondent pas au lithium en monothérapie

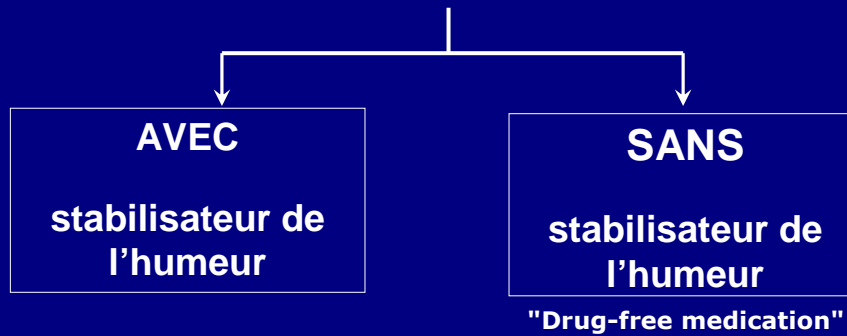
- Taux de réponse: 48%-53% en monothérapie

Recommandations pour la dépression bipolaire



Traitement de la dépression bipolaire

Dépression bipolaire



Traitement de la dépression bipolaire

Étape 2

- OPTIMISER la médication:
marge d'optimisation
vs
effets secondaires
- DÉBUTER une nouvelle médication
- SURVEILLER ADHÉRENCE

Traitement de la dépression bipolaire

Étape 2: OPTIMISATION en monothérapie

Concerne plus spécifiquement

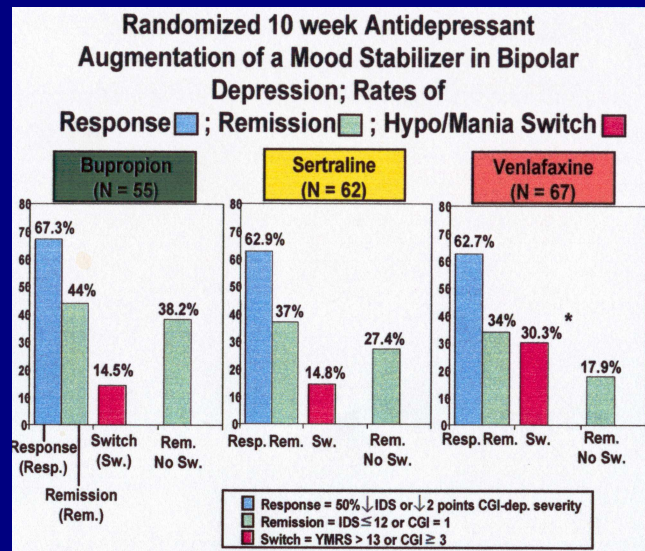
- **Lithium** (1) **0.4 → 0.6 vs 0.8–1.0 mmol/l**
- Lamotrigine (1) 50 → 200 mg
- Carbamazépine (2) 17 – 42 µmol/L
- Séroquel (2) 300 mg / 600 mg
- Olanzapine (2) 6 / 25-50 mg, 12/50 mg
- Divalproex (3) > 400 à 700 µmol/L

Recommandations pour le traitement pharmacologique de la dépression bipolaire

1^{ère} ligne:

- Lithium
- Lamotrigine
- Lithium ou Divalproex + ISRS
- Olanzapine + ISRS
- Lithium + Divalproex
- Lithium ou Divalproex + Buprobion

Sertraline, Bupropion, Venlafaxine / Li ou DVP



Post, R. et al., 2004

Recommandations pour le traitement pharmacologique de la dépression bipolaire

1^{ère} ligne:

- Lithium
- Lamotrigine
- Lithium ou Divalproex + ISRS
- Olanzapine + ISRS
- Lithium + Divalproex
- Lithium ou Divalproex + Bupropion

- Quétiapine
- Quétiapine + ISRS

Psychoéducation de groupe

Buts: Première ligne

- Insight sur la maladie
- Détection précoce des symptômes prodromaux
- Adhérence au traitement
- Prévention des rechutes
- Prévention du suicide

Buts: Deuxième ligne

- Gestion du stress
- Éviter les abus d'alcool et de drogues
- Favoriser un style de vie plus normal

Buts: Troisième ligne

- Bon contrôle du stress, éviter abus d'alcool et de drogues, stabiliser le mode de vie
- Faire face aux conséquences psychosociales des épisodes passés et futures
- Amélioration du fonctionnement entre les épisodes
- Faire face aux symptômes résiduels subsyndromiques et qui perturbent le fonctionnement
- Amélioration de la qualité de vie et du bien-être

Thérapie psychosociale et désordre bipolaire: Conclusions

- La combinaison de traitements pharmacologiques standards avec la psychoéducation montre des effets bénéfiques complémentaires qui améliore l'évolution du désordre bipolaire
- Une psychoéducation efficace peut:
 - Réduire le nombre d'épisodes maniaques et dépressifs
 - Réduire le besoin d'hospitalisation
 - Améliorer l'adhérence au traitement
- La psychoéducation de groupe est aussi efficace dans le traitement du désordre bipolaire
- Le traitement psychosocial est une composante essentiel des soins
- D'autres études cliniques permettront de définir les composantes les plus importantes en psychothérapie

