

Faire face

au

TROUBLE BIPOLAIRE

3^e édition

Guide à l'usage du patient et de ses aidants



Dr Jean-Pierre GUICHARD
Angélique EXCOFFIER

ellipses



PRÉAMBULE

LA BIPOLARITÉ EN 10 QUESTIONS CLÉS

1. QU'EST-CE QUE LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Le trouble bipolaire (TBP), ou maniaco-dépressif, est décrit classiquement comme une affection psychiatrique, intermittente, cyclique et périodique, qui comporte une alternance d'épisodes d'exaltation maniaque ou hypomaniaque – avec élévation de l'humeur et hyperactivité psychomotrice – et d'épisodes dépressifs majeurs (EDM) – avec dépression de l'humeur et ralentissement psychomoteur. On aura compris que ces accès de polarité opposée (maniaque ou dépressive) représentent les deux « pôles » de la maladie, d'où le mot « bipolaire » pour la caractériser. Entre les épisodes, on observe des intervalles libres (périodes de rémission ou intercritiques), au cours desquels l'humeur (ou thymie) revient à la normale – on parle alors de normothymie ou euthymie.

Il faut indiquer ici que les termes « maniaque » et « manie », qui s'appliquent au pôle expansif de la maladie bipolaire, revêtent un sens différent des mêmes mots utilisés communément pour décrire une personne obsédée par l'ordre et la propreté. Précisons, d'autre part, qu'un épisode hypomaniaque (ou hypomanie) correspond à une forme atténuée de manie.

La succession d'épisodes maniaques et d'états dépressifs majeurs caractérise le trouble bipolaire de type I (TBPI), le plus classique, tandis que l'alternance d'hypomanies et d'EDM, le trouble bipolaire de type II (TBPII).

Le premier épisode survient, le plus souvent, au début de l'âge adulte, entre 18 et 24 ans, mais il est possible de voir apparaître le TBP dès l'enfance ou bien plus tard dans la vie. Les épisodes, expansifs ou dépressifs, sont généralement déclenchés par des événements de vie stressants. Il s'agit d'une maladie récurrente, dont la durée des rémissions et la fréquence des récives sont très variables. Cette pathologie atteint autant les femmes que les hommes. Elle concernerait, selon les études, de 1,8% à 4,4% de la population.

L'**épisode maniaque** (d'une durée minimale de 7 jours) se manifeste, notamment, par une humeur anormalement élevée, soit euphorique, soit irritable, une augmentation de l'énergie et de l'activité (avec engagement excessif dans des activités agréables et/ou à risque), une surestimation de soi, une communicabilité accrue, une forte distractibilité, une réduction du besoin de sommeil, un flux verbal accéléré.

Dans l'**hypomanie** (d'une durée minimale de 4 jours), les symptômes sont identiques, mais de moindre intensité. Si le sujet hypomane n'est pas toujours conscient de son état d'exaltation modérée, il n'en existe pas moins chez lui une rupture avec son fonctionnement habituel, qui est repérable par l'entourage.

L'**épisode dépressif majeur ou caractérisé** (d'une durée minimale de 14 jours) correspond à un abaissement de l'humeur, avec tristesse marquée, idées noires, voire de suicide, perte d'intérêt et de plaisir, réduction de l'activité et de l'énergie, ralentissement moteur ou agitation anxieuse, fatigue intense, dévalorisation, troubles de la concentration, de la mémoire, du sommeil et de l'appétit.

Ces épisodes maniaque et dépressif, qui constituent les 2 pôles du trouble, entraînent généralement, l'un comme l'autre, une altération marquée du fonctionnement social et professionnel du patient.

Les **intervalles « libres »**, quant à eux, qui se situent entre deux épisodes thymiques aigus et sont censés correspondre à des phases de rémission et de normothymie, apparaissent, dans les faits, rarement dépourvus de symptômes (asymptomatiques), contrairement à ce que les descriptions traditionnelles donnaient à croire.

Aussi, à la conception classique du TBP, faisant de celui-ci une affection à caractère épisodique avec des périodes prolongées de normalité, on peut opposer aujourd'hui une conception révisée*, « holistique** », permettant de le définir comme une pathologie « chronique, progressive et multisystémique ».

Son évolution doit être considérée comme chronique et progressive en raison, notamment, de la persistance entre les épisodes (récurrents) de symptômes thymiques résiduels (surtout de type dépressif) ; d'une dérégulation du contrôle des émotions (dont témoigne une hyperréactivité émotionnelle) ; de perturbations du sommeil ; de déficits cognitifs (concernant l'attention et la mémoire, et probable conséquence de la progression du TBP). À quoi il convient d'ajouter le développement fréquent de comorbidités*** psychiatriques (pour l'essentiel

* École de médecine de l'université de Pittsburgh, Pennsylvanie, États-Unis.

** Du grec, *holé*, signifiant totalité.

*** Maladies associées.

anxieuses et addictives) et organiques. Tous ces éléments conjugués sont généralement responsables d'une détérioration progressive du fonctionnement psychosocial et de la qualité de vie du sujet atteint.

Cette pathologie est, en outre, qualifiée de « multisystémique » parce qu'elle affecte des systèmes physiologiques multiples : systèmes nerveux, métabolique et endocrinien, cardiovasculaire, immunitaire¹. Ce qui explique que son évolution se trouve accompagnée de la survenue de maladies somatiques diverses (entre autres, diabète, hypertension, accidents coronariens et vasculaires cérébraux...), dont la contribution à la réduction de l'espérance de vie des patients est nettement plus importante que les passages à l'acte suicidaire (dont la fréquence est pourtant élevée).

D'où, en conséquence, la nécessité d'une prise en charge préventive et curative du TBP, non seulement psychiatrique, mais également médicale pluridisciplinaire.

2. QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES FORMES DE TROUBLES BIPOLAIRES ?

On distingue, en effet, plusieurs formes de troubles bipolaires (sous-types cliniques) qui peuvent se décliner au travers de ce que l'on appelle aujourd'hui le « spectre* bipolaire ».

Le classique trouble bipolaire de type I (TBP I) est susceptible de se présenter sous la forme exclusive d'épisodes maniaques (sans alternance dépressive).

Le trouble bipolaire de type II (TBP II), défini par la présence d'un ou plusieurs EDM et d'au moins un épisode d'hypomanie, est souvent considéré comme une forme moins sévère que le type I, en raison de cet état d'excitation modérée qui la caractérise. Or, cette appréciation est portée à tort, car la dépression est souvent prédominante dans son évolution, avec un risque suicidaire élevé ; on observe, en outre, un âge de début du trouble plus précoce, avec des épisodes plus rapprochés, ainsi que des problèmes d'addiction (alcool ou drogues) plus fréquents, qui assombrissent le pronostic.

Les épisodes dépressifs majeurs (ou caractérisés), qu'ils appartiennent au TBP I ou au TBP II, peuvent revêtir une forme particulièrement sévère : la **mélancolie**. Cette dernière est caractérisée, notamment, par une perte du plaisir, une indifférence ou anesthésie affective (ne plus éprouver aucun sentiment pour

1. Les notes sont toutes regroupées à la page 505.

* Suite ininterrompue de phénomènes.

des êtres chers), une dépression plus marquée le matin avec réveil précoce, une douleur morale intense, une inhibition massive ou agitation (due à l'anxiété), une culpabilité non fondée.

Des **manifestations psychotiques** (c'est-à-dire des éléments délirants et/ou hallucinatoires), sur lesquelles nous reviendrons, peuvent se rencontrer au cours des accès maniaques ou dépressifs majeurs: on parle alors de manie ou de mélancolie délirante.

Des formes de manie (ou d'hypomanie) et de dépressions majeures avec caractéristiques mixtes ont également été décrites: cela correspond aux tableaux classiques des **états mixtes**. Un épisode maniaque (ou hypomaniaque) sera qualifié de mixte si son tableau clinique se trouve associé à au moins 3 symptômes de dépression. De manière symétrique, dans un épisode dépressif mixte, on constatera la présence d'au moins 3 symptômes de la lignée maniaque.

Le **trouble cyclothymique** s'apparente à un trouble bipolaire atténué, évoluant depuis au moins deux ans et marqué par la succession de phases d'hypomanie et d'états dépressifs mineurs de brève durée. Il est néanmoins susceptible d'altérer le fonctionnement social et professionnel, et peut évoluer, dans 15% à 50% des cas, vers une maladie bipolaire véritable.

Un trouble bipolaire de type II1/2 (TBP II1/2) a été décrit*, qui consiste en la survenue d'états dépressifs majeurs chez une personne présentant un **tempérament cyclothymique**, caractérisé, quant à lui, par des oscillations brutales et fréquentes de l'humeur, mais de faible amplitude, accompagnées de variations de l'énergie et des capacités intellectuelles.

Le trouble bipolaire de type III (TBP III) comporte au moins un état dépressif caractérisé suivi d'un « **virage** » (ou inversion) **de l'humeur**, c'est-à-dire de l'apparition d'une hypomanie (ou manie) induite par un traitement médicamenteux (souvent antidépresseur) ou la consommation d'une substance psychoactive (on parle alors de type III^{1/2})**.

Le trouble bipolaire de type IV (TBPIV) est défini par la survenue d'un EDM chez un sujet qui présente un **tempérament hyperthymique** (court dormeur habituel avec traits hypomaniaques presque permanents).

Des formes particulières du trouble bipolaire sont liées à l'évolution des épisodes dans le temps.

* Spectre des troubles bipolaires, défini par H. Akiskal et O. Pinto (1999).

** Notons que ces formes sont considérées comme représentant un vrai trouble bipolaire par le DSM-5², à la condition que l'hypomanie (ou manie) « **perdure au-delà des effets physiologiques du médicament ou de la substance** ».

Ces **formes «évolutives»** peuvent être caractérisées par des **réurrences saisonnières** (par exemple, dépression majeure de survenue automnale ; hypomanie ou manie printanière), ou bien des **cycles rapides**, à savoir la présence d'au moins 4 épisodes thymiques (expansifs ou dépressifs) au cours de l'année écoulée (cette forme concernerait environ 15 % des patients).

Enfin, en fonction de l'évolution longitudinale du TBP, on s'attache à présent à déterminer la **polarité prédominante** de la pathologie.

Ainsi, la polarité sera considérée comme à prédominance dépressive si le parcours du patient révèle l'existence de 2/3 d'épisodes dépressifs caractérisés pour 1/3 d'épisodes expansifs ; et à prédominance maniaque dans le cas de figure inverse³.

La polarité prédominante dépressive concernerait la majorité des patients bipolaires, qu'ils soient affectés d'un trouble de type I ou II.

3. COMMENT RECONNAÎTRE LA NATURE BIPOLAIRE D'UNE DÉPRESSION MAJEURE ?

Une dépression majeure (ou caractérisée) pouvant appartenir, soit à un trouble bipolaire – on parle alors de dépression bipolaire –, soit à un trouble dépressif unipolaire ou trouble dépressif récurrent – maladie distincte qui comporte exclusivement le pôle dépressif –, il importe d'être en mesure d'établir un diagnostic différentiel entre ces deux pathologies. Est-il besoin de souligner qu'il s'agit là d'un enjeu de taille, puisque les traitements de la dépression bipolaire et de la dépression unipolaire ne sont pas les mêmes.

Remarquons que, fréquemment (dans 35 % à 60 % des cas), le trouble bipolaire débute par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, dont il est alors difficile d'identifier la nature exacte. Mais il peut déjà exister des caractéristiques permettant de suspecter un trouble bipolaire sous-jacent, ou à tout le moins prédictives d'un risque de développer cette pathologie.

Lorsque l'on est confronté à une dépression majeure, et qu'il n'existe pas, dans les antécédents personnels, d'épisodes de manie, ni d'hypomanie (qui permettraient de poser d'emblée les diagnostics respectifs de TBP I et de TBP II), il convient donc de rechercher des éléments discriminatifs, autrement dit des indicateurs de bipolarité.

Rappelons ici que la recherche d'antécédents d'hypomanie, à laquelle on doit procéder en priorité, n'est pas aisée, rares étant les patients en mesure d'en faire état lorsqu'on les questionne (cela parce qu'ils n'ont pas eu conscience de leur

caractère pathologique). D'où l'intérêt d'avoir alors recours à la passation d'une *check-list* d'hypomanie (par exemple, la CLH-32 de Jules Angst), ainsi qu'à un interrogatoire de l'entourage.

On peut distinguer plusieurs catégories d'**indicateurs de bipolarité**, à rechercher systématiquement face à une dépression majeure :

Indices cliniques actuels (concernant les symptômes du tableau clinique de l'épisode) :

- caractéristiques dites « atypiques » : hyperphagie et/ou prise de poids ; hypersomnie et/ou somnolence diurne ; lourdeur des membres (en « plomb ») ;
- ralentissement psychomoteur marqué ;
- caractéristiques psychotiques : tableau de mélancolie délirante avec culpabilité non fondée, idées de ruine, d'incurabilité, autoaccusation...
- caractéristiques mixtes : concomitance d'au moins trois symptômes de la lignée maniaque ;
- dépression agitée, irritable, « hostile » ;
- labilité de l'humeur/hyperréactivité émotionnelle.

Données cliniques longitudinales (symptomatologie ayant précédé l'épisode actuel) :

- présence des indices énoncés ci-dessus au cours d'épisodes dépressifs antérieurs ;
- à défaut d'un épisode d'humeur élevée ou irritable, un ou plusieurs épisodes d'activité accrue ;
- antécédents de tentatives de suicide par moyens violents (pendaison, arme à feu) ;
- tempérament cyclothymique (TBP II1/2) ;
- tempérament hyperthymique (TBP IV) ;
- hyperréactivité émotionnelle ;
- troubles associés : addictions ; troubles anxieux ; trouble borderline etc.

Critères évolutifs :

- survenue précoce de dépression (avant 25 ans) ;
- antécédents de plusieurs épisodes dépressifs (3 ou plus) ;
- au moins 4 épisodes par an (cycles rapides) ;
- brièveté des épisodes dépressifs (< 3 mois) ;
- dépression(s) du post-partum (suivant accouchement) ;

- caractère saisonnier des épisodes ;
- instabilité professionnelle et/ou affective (plusieurs mariages).

Histoire familiale :

- troubles bipolaires chez parents du 1^{er} ou du 2nd degré ;
- sujets traités par thymorégulateurs (lithium...);
- antécédents familiaux de suicide et/ou de conduites addictives ;
- antécédents de trouble unipolaire documenté, mais avec un comportement suggérant une bipolarité.

Réponse aux traitements :

- virage de l'humeur, maniaque ou hypomaniaque, sous traitement antidépresseur (suffirait pour diagnostiquer un trouble bipolaire) ;
- « guérison spectaculaire » sous antidépresseurs (réponse rapide en une semaine) ;
- épuisement rapide de l'effet positif de l'antidépresseur (souvent après quelques semaines) ;
- résistance de la dépression à au moins 3 traitements par antidépresseurs bien conduits ;
- aggravation des symptômes ; fébrilité et/ou agitation suite à l'introduction d'un antidépresseur.

Comme on l'a évoqué plus haut, l'enjeu diagnostique est doublé d'un enjeu thérapeutique d'importance. En effet, un diagnostic incorrect ne peut conduire qu'à la mise en place de traitements inappropriés.

Ainsi, dans la dépression bipolaire, des antidépresseurs ne peuvent être prescrits que sous la « couverture » de thymorégulateurs, faute de quoi, en monothérapie, ils sont susceptibles d'aggraver le pronostic du trouble bipolaire, en favorisant des virages maniaques, la survenue d'états mixtes ou de cycles rapides, voire de passages à l'acte suicidaire.

Pour aider à l'établissement du diagnostic différentiel entre dépression bipolaire et unipolaire, beaucoup placent leurs espoirs dans le recours à des tests sanguins permettant d'identifier des biomarqueurs spécifiques de l'une et de l'autre. Toutefois, l'usage de ces tests – non encore validés scientifiquement – n'est, pour l'heure, pas recommandé par l'Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropsychopharmacologie (AFPBN, 2024).

4. PEUT-ON RENCONTRER DES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES DANS LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Oui et au moins 50% des personnes souffrant de bipolarité présenteraient, au cours de leur vie, une expérience délirante durant l'un des épisodes de leur trouble.

L'appellation de psychose maniaco-dépressive (PMD), donnée, pendant près d'un siècle, à la maladie, n'est d'ailleurs pas sans rapport avec l'existence relativement fréquente de symptômes délirants ou hallucinatoires (convictions ou perceptions erronées), autrement dit psychotiques, au cours de ses accès.

On a cependant renoncé à la désigner du terme de psychose lorsqu'il est apparu clairement qu'il s'agissait d'une pathologie intermittente, concernant essentiellement l'humeur, et que les éléments psychotiques qui pouvaient émailler son parcours étaient transitoires, à la différence de ce que l'on observe, notamment, dans la psychose schizophrénique où de tels éléments tendent à perdurer.

Les thèmes délirants que l'on peut rencontrer dans la maladie bipolaire varient, bien entendu, en fonction de la nature des accès, maniaques ou dépressifs (on signalera leur absence dans l'hypomanie). Ils sont généralement en harmonie (en congruence) avec la tonalité de l'humeur (mais plus rarement, ils peuvent n'avoir aucun rapport avec elle*).

La **manie** peut donc s'accompagner d'idées délirantes mégalomaniaques ou de grandeur – être un grand artiste, un grand écrivain, un sujet voué à une destinée exceptionnelle –, de thèmes mystiques – avoir reçu mission de Dieu, accomplir une tâche salvatrice –, érotomaniaques – conviction délirante d'être aimé, par exemple, par une célébrité... –, ou de persécution – se sentir menacé, notamment, parce que l'on est un personnage de premier plan...

Parmi les phénomènes hallucinatoires susceptibles de survenir lors d'un épisode maniaque, on mentionnera : des hallucinations auditives (musique, chants, sons de cloche...), visuelles (Elsa, l'une de nos patientes, voyait avec ravissement des schtroumpfs sauter sur son lit), olfactives (parfums exotiques embaumant l'atmosphère...).

Dans la **dépression** avec caractéristiques psychotiques, qui correspond généralement à un tableau de mélancolie délirante, on peut retrouver des thèmes d'incurabilité – «je suis foutu(e)» –, d'indignité – «je ne suis pas digne de vivre»; «je ne suis qu'une bête nuisible» –, de ruine – «j'ai tout perdu»; «je

* Symptômes psychotiques non congruents à l'humeur.