

Le trouble bipolaire : diagnostic et traitement

La trouble bipolaire atteint 1% de la population. La maladie débute autour de 21 ans (âge médian). Pour 80% des patients, il y aura plus d'un épisode. 60% auront une atteinte au niveau du fonctionnement après l'épisode de manie ou de dépression. Ainsi, 30% ne retournent pas au travail et 30% ont un fonctionnement moindre après un épisode. Le taux de suicide est de 20-25%.

La comorbidité avec les troubles anxieux, les troubles de personnalité et l'abus d'alcool et de drogues est fréquente.

Diagnostic

La prévalence de trouble bipolaire chez les patients déprimés est de 28% (Hantouche, 1998). On sait aussi que 35% des patients bipolaires seront symptomatiques pendant 10 ans avant que le bon diagnostic soit posé.

Lorsqu'on a affaire à un patient déprimé, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie bipolaire et donc que le patient n'a jamais présenté d'épisode de manie ou d'hypomanie dans le passé (c.f. questionnaire sur la maladie bipolaire), si possible en confirmant avec un membre de la famille. On peut également demander s'il a une histoire familiale de trouble bipolaire. Finalement, on peut soupçonner un trouble bipolaire si (d'après Ghaemi, 2012): le patient déprimé ne répond pas à 2 ou 3 essais avec des antidépresseurs, plus de 3 épisodes de dépression, durée brève des épisodes (moins de 3 mois), âge d'apparition précoce (moins de 25 ans), dépression post-partum, symptômes psychotiques, caractéristiques atypiques (hypersomnie, augmentation de l'appétit), personnalité hyperthymique, épuisement rapide de l'effet positif des antidépresseurs, agitation ou fébrilité suite à l'introduction d'un antidépresseur.

Il y a plusieurs types de trouble bipolaire. Le trouble bipolaire de type I est caractérisé par l'alternance entre des épisodes de dépression et de manie. Dans le trouble bipolaire de type II on a des épisodes de dépression et d'hypomanie.

On peut faire le diagnostic de **dépression caractérisée** si le patient rencontre les critères suivants (DSM 5) :

- A. Pendant 2 semaines (5 des critères suivants dont 1 'un des 2 premiers) :
- tristesse presque tous les jours, pratiquement toute la journée
 - perte d'intérêt pour presque toutes les activités, presque tous les jours, pratiquement toute la journée
 - augmentation ou diminution de l'appétit
 - augmentation ou diminution du sommeil
 - fatigue
 - agitation ou ralentissement psychomoteur
 - difficulté à penser, indécision, trouble de concentration presque à tous les jours
 - auto dévalorisation ou culpabilité excessive
 - idées de mort récurrentes
- B. souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnementsymptômes ne sont pas imputables aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale

On diagnostique un épisode de **manie** si le patient rencontre les critères suivants :

A. Humeur élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante pendant une semaine (ou toute durée si hospitalisé) associée à une augmentation inhabituelle et persistante du niveau d'énergie et/ou de l'activité orientée vers un but (social, scolaire, professionnel ou sexuel) presque tous les jours, presque toute la journée

B. 3 des symptômes suivants (ou 4 si l'humeur est seulement irritable) :

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- réduction des besoins de sommeil (p. ex. se sent reposé après 3 heures de sommeil)
- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
- fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent
- distractibilité
- augmentation des activités orientées vers un but ou agitation psychomotrice
- engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables

C. Altération marquée du fonctionnement ou psychose. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. corticostéroïdes ou abus d'amphétamines ou autres stimulants) ou d'une affection médicale

On diagnostique un épisode d'**hypomanie** si le patient rencontre les critères suivants :

A. Humeur élevée, expansive ou irritable de façon persistante pendant 4 jours associée à une augmentation inhabituelle et persistante du niveau d'énergie et/ou de l'activité orientée vers un but (social, scolaire, professionnel ou sexuel)

B. 3 des symptômes suivants (ou 4 si l'humeur est seulement irritable) :

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- réduction des besoins de sommeil
- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
- fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent
- distractibilité
- augmentation des activités orientées vers un but ou agitation psychomotrice
- engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables

B. Modification indiscutable du fonctionnement qui n'est pas habituel pour l'individu lorsqu'il n'est pas symptomatique

C. le changement est manifeste pour les autres

Comme le risque de suicide est élevé, on l'évalue aussi soigneusement en demandant les idées suicidaires, les intentions, les plans et préparatifs, les moyens disponibles ainsi que leur létalité. D'autres facteurs augmentent aussi le risque de passage à l'acte tels que la présence de psychose ou d'anxiété sévère, d'abus d'alcool ou de substances, la présence de tentatives suicidaires antérieures ou d'une histoire familiale de suicide. Si on évalue que la sécurité du patient est compromise, on doit agir (ex. urgence).

Traitement

Le traitement du trouble bipolaire doit se faire à trois niveaux : biologique, psychologique et social.

Biologique :

- S'assurer qu'on a exclu une condition organique qui pourrait causer les oscillations de l'humeur (par exemple hyperthyroïdie, utilisation de stéroïdes...).
- Faire un bilan de base qui comprend, au minimum une TSH et une FSC afin d'exclure toute condition organique pouvant contribuer au tableau. On doit aussi faire certaines prises de sang si on considère l'introduction d'un stabilisateur de l'humeur (c.f. tableau I).

- Traitement pharmacologique du trouble bipolaire I: CANMAT (2018)

Manie	Dépression	Maintien
<p>Première ligne : Monothérapie : lithium, quetiapine, divalproex, asenapine, aripiprazole, paliperidone, risperidone, cariprazine À ajouter au lithium ou divalproex : risperidone, quetiapine, aripiprazole, asenapine</p> <p>Deuxième ligne : Olanzapine, carbamazépine, olanzapine+Li/DVP, Li+DVP, ziprasidone, haloperidol, ECT</p>	<p>Première ligne : Quetiapine, lurasidone+Li/DVP, lithium, lamotrigine, lurasidone, lamotrigine (adj)</p> <p>Deuxième ligne : Divalproex, ISRS/bupropion (adj), ECT, caripirazine, olanzapine-fluoxétine</p>	<p>Première ligne : Lithium, quetiapine, divalproex, lamotrigine, asenapine, quetiapine+Li/DVP, aripiprazone+Li/DVP, aripiprazole</p> <p>Deuxième ligne : Olanzapine, risperidone LAI, risperidone LAI (adj), carbamazépine, paliperidone, lurasidone+Li/DVP, ziprasidone+Li/DVP</p>
ECT = électroconvulsivothérapie; ISRS = inhibiteur sélectif de la recapture sérotonine		

- Traitement pharmacologique du trouble bipolaire II: CANMAT (2018)

Manie	Dépression	Maintien
<p>Première ligne : lithium, quetiapine</p> <p>Deuxième ligne : Divalproex, ECT, caripirazine</p>	<p>Première ligne : Quetiapine, lurasidone+Li/DVP, lithium, lamotrigine, lurasidone, lamotrigine (adj)</p> <p>Deuxième ligne : ISRS/bupropion (adj), caripirazine, Divalproex, olanzapine-fluoxétine, ECT</p>	<p>Première ligne : Quetiapine, lithium, lamotrigine, lurasidone, lamotrigine (adj)</p> <p>Deuxième ligne : Divalproix, ECT</p>
ECT = électroconvulsivothérapie; ISRS = inhibiteur sélectif de la recapture sérotonine		

- Il faut être très prudent dans la prescription des antidépresseurs chez les patients bipolaires (Pacchiarotti et al., 2013). On peut envisager les utiliser s'il rechute lorsqu'on cesse l'antidépresseur, s'il y a des antécédents de bonne réponse à ceux-ci mais l'éviter s'il y a des symptômes maniaques concomitants et de l'agitation psychomotrice ou cycle rapide, dans le traitement de maintien du trouble bipolaire de type I, des épisodes de manie/hypomanie/mixte lors de la prescription d'antidépresseurs, chez les patients avec plusieurs épisodes ou cycles rapides, pendant les épisodes à caractéristiques mixtes. Il faut une surveillance des signes de manie/hypomanie/mixte et agitation psychomotrice et cesser l'antidépresseur si on les détecte. Les INRS et tricycliques ne sont considérés qu'après bupropion et les ISRS à cause du risque accru d'instabilité.
- Recommander au patient de cesser la consommation de stimulants tels le café, le thé, le chocolat ou les boissons gazeuses caféinées s'il est agité, souffre d'anxiété ou d'insomnie

- Recommander au patient de cesser la consommation d'alcool car il est reconnu que même la consommation modérée d'alcool contribue à la persistance des états dépressifs. Il peut également contribuer à la désinhibition, l'anxiété et l'insomnie. Si le patient est incapable de cesser de consommer, recommander les alcooliques anonymes ou des ressources de désintoxication (1-800-265-2626).
- Recommander au patient de s'abstenir de consommer des drogues et s'il est incapable de le faire par lui-même, suggérer des ressources de désintoxication
- Si le patient présente de l'insomnie, on peut l'encourager à : éviter les stimulants, baisser la température de la chambre, faire de l'exercice le jour, limiter les siestes, se réveiller tous les jours à la même heure, ne pas se mettre au lit avant d'être somnolent, s'il ne dort pas au bout de 15 minutes il doit sortir du lit et lire quelque chose d'ennuyeux jusqu'à ce qu'il s'endorme en répétant la procédure si nécessaire.
- Recommander au patient de faire de l'exercice s'il est déprimé et se reposer s'il est en hypomanie.

Psychologique

- La psycho-éducation et le soutien sont essentiels au traitement du trouble bipolaire. Certains aspects qui peuvent être vus avec le patient sont (APA, 2002) :
 - Évaluer si le patient est dangereux pour lui-même ou pour autrui et référer à l'urgence s'il y a lieu
 - Établir et maintenir une alliance thérapeutique
 - Parler du diagnostic et du traitement au patient et sa famille
 - Améliorer l'observance médicamenteuse
 - Améliorer la reconnaissance des facteurs de stress et promouvoir un rythme de vie/sommeil régulier
 - Améliorer la reconnaissance des symptômes de rechute et établir un plan d'action s'il détecte des symptômes de rechute
 - Évaluer et minimiser les difficultés de fonctionnement (ex. travail)
- On peut remettre une [brochure de psychoéducation](#) telle que celle sur www.psychopap.com
- Les thérapies cognitivo-comportementales et interpersonnelles sont les psychothérapies qui ont été le plus validées dans le trouble bipolaire (APA, 2002). Dans la thérapie cognitivo-comportementale, on amène le patient à élargir ses horizons en considérant des perspectives alternatives (par exemple, en identifiant les biais cognitifs qui perpétuent la dépression ou la manie) et à explorer les actions qui lui permettront de stabiliser l'humeur. Dans la thérapie interpersonnelle, on vise entre autres la stabilisation des rythmes de vie (i.e. sommeil, repas, travail etc...). Ces deux types de thérapie sont limités dans le temps (10-20 sessions).
- Les livres d'auto thérapie peuvent aussi être utiles : « Les hauts et les bas de la maniaque-dépression » de I. Thériault; « Overcoming mood swings » de Jan Scott (thérapie cognitivo-comportementale du trouble bipolaire); « The bipolar survival guide » de D. Miklowitz (thérapie centrée sur la famille).
- On peut également avoir accès à des informations sur l'Internet : www.revivre.org, www.nami.org, www.dbsalliance.org

Social

- Les patients bipolaires sont parfois isolés. On les encourage à reprendre contact avec leurs amis ou leur famille, ou à se créer un réseau de soutien par des activités (ex. Église, cours...). On peut également les encourager à retourner progressivement au travail. On peut aussi leur suggérer de contacter RELIEF (association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires) qui offre des lignes d'écoute (514 REVIVRE), de l'information via des conférences et site web (www.revivre.org) et des groupes de soutien. La famille peut aussi les y accompagner.
- Il existe également des lignes d'écoute tels : déprimés anonymes (278-2130), suicide action (723-4000).

Texte par Thanh-Lan Ngô, M.D. pour la Clinique des Maladies Affectives (2021)

Références :

Ghaemi, S.N., Ko, J.Y., Goodwin, F.K. (2002.) Cade's disease and beyond : misdiagnosis, antidepressant use, and proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*, 47 (2) : 125-134.

Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., ... & Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 20(2), 97-170.

Pacchiarotti, I., Bond, D. J., Baldessarini, R. J., Nolen, W. A., Grunze, H., Licht, R. W., ... & Vieta, E. (2013). The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. *American Journal of Psychiatry*, 170(11), 1249-1262.

Tableau I : examens de laboratoires

médicament	Avant d'entreprendre le traitement	Dosage de concentration plasmatique	Paramètres à surveiller
Lithium (eskalith, duralith)	FSC, analyse d'urine, urée, créatinine, électrolytes, Calcium, TSH, ECG	Tous les 3-6 mois une fois la dose stabilisée : lithémie 0.8-1mmol/l selon CANMAT (0.6-0.8 selon ISBD avec option de diminuer à 0.4-0.6 si mal toléré)	TSH, calcium et créatinine tous les 6 mois, analyse d'urine à chaque année
Divalproex (épival)	FSC, fonction hépatique, coagulogramme	épivalémie 350-700 µmol/l tégrétolemie 17-50 µmol/l	FSC et fonction hépatique 2 mois de suite puis tous les ans
Carbamazépine (tégrétole)	FSC, fonction hépatique, électrolytes, ECG si plus de 45 ans		FSC tous les 2 mois
Antipsychotique atypique (olanzapine, quetiapine, risperidone)	Peser, glycémie à jeun, bilan lipidique, bilan hépatique		Glycémie, bilan lipidique, bilan hépatique à 3, 6 mois et annuellement ; prolactinémie au besoin

Tableau II : médication la plus fréquemment prescrite

Médication	Dose initiale (mg)	Marge posologique (mg/j)	Effets secondaires plus fréquents	Rôle dans le traitement
Aripiprazole (abilify)	15	15-30	Étourdissement, insomnie, acathisie, activation, nausée, vomissements, hypotension orthostatique, constipation, céphalée, asthénie, sédation	Traitement aigu de la manie, de maintien, adjuvant pour la dépression
Divalproex (épival)	250 TID	750-1750	Somnolence, gain de poids, tremblement, effets gastro-intestinaux, inflammation hépatique/pancréatique, dyscrasies sanguines dont la thrombocytopénie, rash, tératogène	Traitement aigu de la manie, prophylaxie dans le trouble bipolaire classique, épisodes mixtes, cycles rapides
Carbamazépine (tégrétole)	100 BID	600-1200	Somnolence, effets gastro-intestinaux, inflammation hépatique, anémie aplasique, rash, tératogène	Traitement aigu de la manie, prophylaxie dans les épisodes mixtes
Gabapentin (neurontin)	300 die augmenter par pallier de 300 selon l'état clinique	900-1800	Somnolence, étourdissements, ataxie, fatigue nystagmus, tremblements, diplopie	Adjuvant si trouble anxieux, insomnie, sevrage ROH

Lamotrigine (lamictal)	Sem 1 : 25 id Sem 3 : 50 id Sem 5: 100 id Sem 6: 200 id Si prend épival: S1: 25 mg 1 jour sur 2, S3 : 25 die, S5 : 50 die, S6 : 100 die Consulter monographie pour ajustement selon interactions	100-500	Rash, Stevens-Johnson, céphalées, étourdissements, ataxie, fatigue, nystagmus, tremblements, diplopie	Dépression bipolaire
Lithium (eskalith, duralith)	300 B-TID	900-1800	Gain de poids, tremblement, nausée, pollakiurie, hypothyroïdie, insuffisance rénale	Traitement aigu de la manie, dépression bipolaire, traitement d'entretien
Latuda (lurasidone)	20	20-60 (max 120)	Sédation, acathisie, nausée, hyperprolactinémie, diabète, dyslipidémie, dyskinésie tardive	Traitement aigu de la dépression, adjuvant pour maintien
Olanzapine (zyprexa)	Manie aiguë : débiter à 10 mg et augmenter par pallier de 5 mg selon l'état clinique	Manie aiguë 10-30 mg Maintien/adjuvant : 5-20 mg	Étourdissements, somnolence, constipations, élévation des transaminases hépatiques, gain de poids, hyperglycémie, symptômes extrapyramidaux, hypotension orthostatique	Traitement aigu de la manie ; traitement d'entretien ; traitement adjuvant de la dépression bipolaire
Quetiapine (seroquel)	Manie aiguë : Débuter à 100 mg et augmenter de 100 mg par jour	Manie aiguë : 400-800 mg Maintien/adjuvant : 50-300	Somnolence, étourdissements, sécheresse buccale, hypotension orthostatique, élévation des transaminases hépatiques, gain de poids, constipation	Traitement aigu de la manie ; de la dépression et de maintien
Risperidone (risperdal)	Manie aiguë : 2 ou 3 mg puis augmenter par pallier de 1 mg selon état clinique	Manie aiguë : 1-4 mg Maintien : 0.5-3 mg	Insomnie, agitation, symptômes extrapyramidaux, hyperprolactinémie, anxiété, céphalées, gain de poids	
Topiramate (topamax)	25 BID puis augmenter par pallier de 25 par semaine jusqu'à 100 et par pallier de 50 jusqu'à 200	50-500	Somnolence, étourdissements, ataxie, troubles de la parole, nystagmus, paresthésie, glaucome, lithiases rénales, effets cognitifs	Traitement adjuvant du trouble bipolaire (ex. prise de poids)

