

Troubles bipolaires: diagnostic¹

Josef Hättenschwiler^a, Paul Höck^a, René Luther^a, Jiri Modestin^a, Erich Seifritz^b

^a Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich (ZADZ), Zürich, ^b Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich

Quintessence


- Les troubles bipolaires – autrefois états maniacodépressifs – sont des troubles récidivants souvent à vie avec une prévalence d'environ 1% pour les troubles bipolaires I et jusqu'à 6,5% pour l'ensemble du spectre.
- La caractéristique est une alternance d'épisodes de symptômes hypomaniaques/maniaques et dépressifs et de périodes de stabilité affective.
- La multiplicité de la présentation de ce syndrome et de son évolution est à la base du concept du spectre bipolaire.
- Les troubles bipolaires affectent l'humeur, l'élan vital, la pensée et certaines fonctions somatiques. En l'absence de traitement, le risque suicidaire est élevé et les troubles ont des répercussions sur les activités courantes et les relations sociales.
- La comorbidité avec d'autres troubles psychiques, y compris dépendances et troubles somatiques, est très importante.
- Les troubles bipolaires ne sont souvent pas diagnostiqués car ils commencent souvent par une dépression («dépression pseudo-unipolaire») et les hypomanies sont souvent prises comme phases normales de bien-être.
- Le diagnostic d'un trouble bipolaire et le plan de traitement doivent être faits directement ou indirectement par des médecins spécialistes.

Introduction

Les «maladies affectives» ont été décrites avec une précision étonnante dans l'Antiquité grecque déjà. Hippocrate a présenté une maladie caractérisée par des phases alternantes de mélancolie et de manie [1]. Plus de 2000 ans plus tard, Jean-Pierre Falret (1794–1870), Jules Baillarger (1809–1891) et Emil Kraepelin (1856–1926) ont présenté les troubles affectifs bipolaires comme une seule et même maladie mélancolique [1].

Les troubles bipolaires font partie des graves maladies psychiques et ont d'importantes conséquences personnelles, sociales et économiques. Ces patients ont également une morbidité et une mortalité par pathologies non psychiatriques – métaboliques et cardiovasculaires notamment – significativement plus élevées que la population normale [1, 2]. Le but de cet article est de présenter la situation actuelle du concept et du diagnostic des troubles bipolaires.

Définition

Sont typiques des troubles bipolaires des épisodes d'humeur maniaque et dépressive alternant avec des phases d'humeur (relativement) équilibrée. La séquence de ces phases est très variable, de même que leur fréquence. Pour le diagnostic, il est impératif qu'un épisode d'au moins 4 jours ou d'une semaine se manifeste. Un trouble bipolaire est également diagnostiqué si un patient ne présente que des épisodes maniaques (manie unipolaire). L'évolution de ces dernières années demande un élargissement du concept de la bipolarité vers le spectre bipolaire (fig. 1 )

Prévalence

La prévalence du trouble bipolaire au sens strict est traditionnellement donnée à 1%. Compte tenu des stades et évolutions très discrets, 3–6,5% de la population en seront atteints une fois au moins au cours de leur existence [3]. Ce trouble n'est souvent pas reconnu ou mal diagnostiqué: d'une part nombreux sont ceux qui ne considèrent pas leurs sautes d'humeur comme inhabituelles ou malades, et de l'autre le trouble bipolaire n'est pas correctement diagnostiqué chez 7 patients sur 10, car ils ne vont voir un médecin – s'ils le font – que pendant une phase dépressive et ne parlent que de leur symptômes dépressifs. Ce qui fait que dans pratiquement un tiers des troubles dépressifs il y a en réalité un trouble bipolaire [4]. En plus du début de la maladie à l'âge de jeune adulte, il y a – surtout chez les femmes – un second pic après 40 ans [3]. Contrairement aux dépressions unipolaires, les troubles bipolaires sont aussi fréquents dans un sexe que dans l'autre.

Dans pratiquement un tiers des troubles dépressifs, il y a en réalité un trouble bipolaire

Etiologie

Les troubles bipolaires sont multifactoriels et proviennent d'une interaction compliquée de facteurs biologiques et psychosociaux. La prévalence relativement uniforme dans différentes cultures, la tendance familiale et l'âge de leur déclenchement plus précoce que dans la dépression unipolaire (typiquement entre 15 et 30 ans)

1 La 2^e partie, «Troubles bipolaires: traitement», paraîtra dans le numéro 43 du 21.10.2009.



Josef Hättenschwiler

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

font penser à une forte composante génétique. Si l'un des parents souffre d'un trouble bipolaire, le risque qu'un de leurs enfants en soit atteint est d'environ 20%. Si le père *et* la mère sont maniacodépressifs, ce risque monte à 50–60%. La concordance chez les jumeaux univitellins est de 40–70%. La prédisposition génétique ou la vulnérabilité se manifeste par une plus grande probabilité de développer une dépression ou une manie dans des situations de stress [1, 5]. Alors que pour la première manifestation ce sont souvent des facteurs stressants extérieurs qui jouent un rôle important, ce rôle s'efface avec le nombre d'épisodes [2, 5].

Classification des troubles bipolaires selon l'ICD-10

La classification ICD-10 [6] est présentée dans le tableau 1. Pour le diagnostic et le traitement, il est judicieux de faire la distinction entre les différents types et évolutions [2, 4].

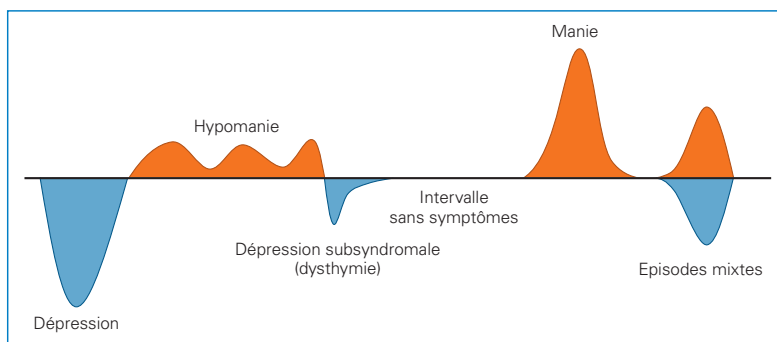


Figure 1
Le spectre des troubles bipolaires.

Symptomatologie

L'ancienne appellation des troubles bipolaires – maladie maniacodépressive – décrit les deux «pôles» opposés du spectre de l'humeur: dépression et manie. Le concept plus globalisant de maladies du spectre bipolaire s'impose de plus en plus de nos jours [2, 4]. Il englobe toute une série de troubles présentés dans le tableau 2, qui n'ont pas encore tous le statut de catégories officiellement reconnues.

Les troubles bipolaires I et II ont en commun des dépressions récidivantes, alternant avec une manie dans le trouble bipolaire I et une hypomanie dans le II, l'hypomanie étant une forme de manie moins marquée, socialement inoffensive. Les hypomaniaques sont souvent très performants, ils se sentent «en parfaite santé» et ne voient aucune raison de consulter un médecin. La distinction avec les autres sous-types (III et IV), telle que postulée par Akiskal et Pinto en 1999, n'a pas trouvé place dans les systèmes diagnostiques [1]. Les évolutions rares avec phases exclusivement maniaques figurent dans les troubles bipolaires: tout d'abord des phases dépressives se manifesteront tôt ou tard, et il y a entre troubles maniacodépressifs et unipolaires maniaques (contrairement aux unipolaires dépressifs) de nombreux points communs (par ex. âge de déclenchement, évolution de la maladie, etc.).

Symptômes de la dépression et de la manie (ICD-10: F31.3–.5 et F31.0–.2)


Plus de la moitié des troubles bipolaires commencent par une dépression [8]. Les symptômes sont présentés

Tableau 1. Classification des troubles bipolaires selon l'ICD-10.

Trouble affectif bipolaire F31.0–31.7	Autres troubles affectifs bipolaires F31.8	Trouble affectif bipolaire, sans précision F31.9	Cyclothymie F34.0
Actuel: – Episode hypomaniaque – Episode maniaque – Episode dépressif – Episode mixte – Rémission	– Trouble bipolaire II – Episodes maniaques récidivants		Instabilité d'humeur persistante avec nombreux épisodes de dépression légère et humeur légèrement euphorique; critères d'épisodes dépressifs et/ou maniaques complets pas remplis

Tableau 2. Caractéristiques diagnostiques des troubles du spectre bipolaire [2, 6, 7].

Trouble bipolaire I	Au moins un épisode maniaque; un épisode dépressif peut s'être manifesté ou pas.
Trouble bipolaire II	Au moins un épisode hypomaniaque en plus de l'épisode dépressif.
Trouble bipolaire III	Comme trouble bipolaire II, mais épisode hypomaniaque provoqué par le traitement antidépresseur.
Trouble bipolaire IV (provisoire)	Episodes dépressifs dans la cyclothymie ou l'hyperthymie.
Rapid cycling	Au moins 4 phases par an.
Ultra rapid cycling	Alternance des phases en quelques jours.
Ultra-ultra rapid cycling	Alternance des phases en quelques heures.
Troubles bipolaires mixtes	Symptômes hypomaniaques, maniaques et dépressifs apparaissant simultanément ou en alternance très rapide.
Trouble cyclothymique	A long terme symptômes dépressifs et hypomaniaques. Critères d'épisodes dépressifs ou (hypo-)maniaques non remplis.
Tempérament hyperthymique	Personnalité extravertie, expansive.

dans le tableau 3 . L'ICD-10 donne humeur abaissée, manque d'intérêt et perte d'élan vital comme grands symptômes dépressifs, et humeur euphorique et excitabilité comme symptômes maniaques. La dépression bipolaire, avec souffrance profonde, risque suicidaire accru, et le fait que les patients bipolaires passent en moyenne beaucoup plus de temps en épisodes dépressifs que maniaques (bipolaires I 31%, II jusqu'à 51% de leur existence), posent de grands défis aussi bien au médecin qu'au patient [4].

Dans la *dépression atypique*, des événements positifs (bonnes nouvelles, visite, contacts, discussion) peuvent rehausser momentanément l'humeur. Dans cette forme, qui totalise 30–40% des cas [1], les patients ont un besoin de sommeil exagérément augmenté, sont fatigués malgré un sommeil suffisant et rapidement épuisés. Leur appétit est augmenté (surtout pour les douceurs, fringale d'hydrates de carbone), ils prennent du poids et réagissent de manière hypersensible au rejet [7].

Les symptômes maniaques tels que surestime de soi, hyperactivité et désinhibition peuvent acculer les patients à la ruine personnelle et/ou financière et fortement perturber leur entourage. L'humeur est typiquement euphorique, souvent dysphorique («irritable mania»). Les symptômes psychotiques, sous forme de délires, sont présents pendant jusqu'à 20% des phases dépressives (délire de péché, de responsabilité, d'appauvrissement et hypochondriaque) et 50% environ des phases maniaques (folie des grandeurs) [9]. Ces délires sont synthymiques à la phase correspondante de la maladie. Jusqu'à 60% des patients bipolaires aggravent encore leur situation par la consommation d'alcool et de drogues [10].

Dans une hypomanie ou au début d'une phase maniaque, les patients ont souvent l'impression d'avoir vaincu leur vague à l'âme et interrompent leur traitement. Les nouveaux symptômes n'apparaissent que plus tard, ce qui fait que la relation causale entre arrêt des médicaments et récurrence n'est souvent pas établie.

Troubles bipolaires chez les adolescents

La maladie bipolaire commence avant la 20^e année chez 40–60% des patients, et même avant la 12^e chez 10–20%. En moyenne, les premiers symptômes se manifestent à 15 ans environ. La pose du diagnostic est souvent compliquée chez les adolescents du fait que leurs variations d'humeur sont considérées comme normales à la puberté. C'est la raison pour laquelle dix années en moyenne s'écoulent avant que cette maladie soit reconnue et qu'un traitement adéquat soit mis en route [1, 2].

Formes particulières

Troubles bipolaires mixtes (épisodes mixtes [F31.6])

Dans un «épisode mixte», il y a en même temps des symptômes maniaques et dépressifs. Un épisode dépressif s'accompagne d'hyperactivité, de logorrhée et d'irritabilité, et un maniaque de perte d'élan vital, de sentiments de responsabilité et de tendances suicidaires [6]. Dans les épisodes mixtes les symptômes maniaques et dépressifs peuvent alterner en quelques minutes ou heures. Pratiquement un tiers des patients bipolaires présente un tel état fort gênant et difficile à traiter, le pronostic est plus mauvais et le risque suicidaire plus grand [11].

Evolution «rapid cycling»

Environ 5–20% des patients bipolaires [10, 12] développent en l'espace d'un an quatre épisodes ou plus de manie ou de dépression; il est alors question de «rapid cycling» [7]. Un tel rapid cycling est plus fréquent chez les femmes, surtout au stade évolutif tardif de la maladie où la fréquence des épisodes augmente sans cesse. Un rapid cycling est de mauvais pronostic [1]. Si l'alternance des phases se fait en quelques jours, nous parlons d'«ultra rapid cycling», et en quelques heures d'«ultra-ultra rapid cycling».


Tableau 3. Comparaison entre syndrome dépressif et maniaque typique.

	Syndrome dépressif	Syndrome maniaque
Humeur de base	Tristesse Evt tristesse vitale Pessimisme	Euphorie Evt dysphorie Optimisme
Idéation	Idées d'appauvrissement Sentiment d'infériorité Idées de péché/culpabilité Idées hypochondriaques	Idées expansives Folie des grandeurs
Elan/psychomotricité	Inhibition/ralentissement Incapacité de décision	Augmentation/accélération Esprit d'initiative
Plus rarement	Agitation, inquiétude, anxiété	Perte de l'élan vital
Pensées	Inhibition, limitations de la pensée	Fuite des idées (plein d'idées), distractibilité
Symptômes somatiques	Manque d'appétit, perte pondérale Constipation Perte de libido Syndromes algiques Malaise général	Evt augmentation de l'appétit Augmentation de la libido Bien-être augmenté
Troubles du rythme circadien	Variations circadiennes Insomnies	Besoin de sommeil réduit
Tendance suicidaire	Oui	Non

Diagnostic

Alors que le diagnostic de trouble bipolaire est facile à poser en présence d'une manie, la situation est plus complexe dans une dépression. Environ 25% des dépressifs diagnostiqués comme unipolaires développent dans les neuf ans qui suivent une phase hypomaniaque ou maniaque [8]. Comme la dépression bipolaire est en

Dans les épisodes mixtes, les symptômes maniaques et dépressifs peuvent alterner en quelques minutes ou heures

principe traitée différemment de l'unipolaire, le bon diagnostic est capital. Il n'y a malheureusement aucun critère bien établi permettant de faire la distinction entre dépression unipolaire et bipolaire – le syndrome dépressif est pratiquement le même dans les deux. Seuls quelques «soft bipolar signs» peuvent orienter vers une dépression bipolaire («pseudo-uni-polaire»): manifestation précoce de la première dépression (<25 ans), tempérament hyperthymique ou cyclothymique, anamnèse familiale positive de troubles bipolaires, induction d'un hypomanie par les antidépresseurs, épisodes dépressifs avec début et fin abrupts et dépression atypique avec hypersomnie, augmentation de l'appétit et inhibition psychomotrice marquée [4, 10]. Le diagnostic est habituellement posé sur la base d'une anamnèse détaillée incluant également les proches (il n'y a aucun diagnostic de laboratoire ni par appareils). Si les symptômes cliniques vont dans la direction d'un trouble bipolaire, il faut l'étayer par les critères diagnostiques standardisés des systèmes de classification reconnus (ICD-10, DSM-IV-TR) [6, 7]. Les symptômes hypomaniaques surtout ne sont pas spontanément signalés et doivent donc être soigneusement recherchés à l'anamnèse (tab. 4 .

Alors que le diagnostic de trouble bipolaire est facile à poser en présence d'une manie, la situation est plus complexe dans une dépression

Diagnostic différentiel

De grandes études épidémiologiques ont montré qu'il n'y a pratiquement aucun patient bipolaire qui n'ait pas de trouble comorbide [3]. Il s'agit le plus souvent de troubles anxieux, d'abus d'alcool et de drogues avec dépendance, de déficits de l'attention, d'un syndrome d'hyperactivité (ADHS), de troubles du comportement alimentaire et de la personnalité. Les symptômes hypomaniaques sont souvent pris pour ceux d'un ADHS

chez les enfants et adolescents, car il y a ici un grand recoupement. Pour la manie parlent l'évolution par épisodes et une folie des grandeurs, une surestime de soi et un comportement sans égards [4, 10, 12]. Les symptômes psychotiques font souvent poser le faux diagnostic de schizophrénie [9]. Ceux qui se manifestent dans le cadre de troubles affectifs sont synthymes (= congruents/correspondant à l'humeur et déductibles d'elle), ce qui n'est la plupart du temps pas le cas dans la schizophrénie.

Pour pouvoir poser le diagnostic de trouble bipolaire, il faut tout d'abord exclure des causes organiques telles que tumeur cérébrale, épilepsie, carence en vitamine B₁₂, infection à VIH ou sclérose en plaques. Est typique des formes organiques la progression des symptômes résultant de la problématique physique. Alcool et drogues, de même que leur sevrage, ou certains médicaments peuvent provoquer un état maniaque ou dépressif, ou l'imiter. Ecstasy, cocaïne, LSD ou hormones (dont corticostéroïdes) peuvent jouer un rôle dans une manie, antihypertenseurs et analgésiques dans une dépression. Un dépistage dans ce sens doit donc être entrepris en cas de suspicion.

Examens médicaux

L'examen d'un trouble bipolaire comprend une anamnèse somatique soigneuse, un status physique et neurologique, un examen d'urine et les paramètres chimiques et hématologiques de routine (formule sanguine, VS, CRP, glucose, tests hépatiques et rénaux, ferritine, calcium, TSH, FT₄). Il est important de rechercher tous les médicaments pris (même non prescrits par un médecin) et les drogues. Même si les tumeurs et autres lésions cérébrales sont de rares étiologies de troubles bipolaires, un scanner ou une IRM du cerveau doit être demandé lors de la première manifestation [4].

Evolution et pronostic de la maladie bipolaire

L'évolution de cette maladie est très variable. La durée des épisodes varie de quelques jours à plusieurs mois et même années. Les épisodes maniaques commencent la plupart du temps abruptement et durent 3–4 mois, et les dépressifs six mois environ [1, 6]. Episodes maniaques et dépressifs peuvent être imbriqués. Il y a souvent une cyclothymie avant le premier épisode maniacodépressif, à savoir un changement d'humeur durant depuis au moins deux ans avec alternance d'épisodes dépressifs et hypomaniaques discrets, n'atteignant jamais le stade d'une dépression ni d'une manie.

Les récurrences, sous forme de phases dépressives, maniaques ou mixtes, avec des intervalles avec ou sans symptômes résiduels, sont fréquentes [1]. La fréquence des épisodes augmente avec la progression de la maladie bipolaire, et la durée des intervalles asymptomatiques diminue. Un cycle part du début d'un épisode et va jusqu'à la manifestation du suivant,

Tableau 4. Anamnèse des symptômes hypomaniaques/maniaques (selon l'ICD-10).

Vous souvenez-vous d'une période pendant laquelle vous ...
... étiez plus euphorique ou irritable que d'habitude?
... étiez anormalement actif et possédiez un besoin d'activité?
... étiez plus bavard que d'habitude?
... aviez une meilleure estime de vous que d'habitude?
... aviez nettement plus de pensées qui vous traversaient l'esprit?
... dormiez moins et pensiez avoir besoin de moins de sommeil que d'habitude?
... aviez plus de plaisir à avoir des contacts et/ou d'intérêt au sexe que d'habitude?
... avez dépensé beaucoup plus d'argent que d'habitude?

et comprend donc l'intervalle asymptomatique, qui n'est cependant pas toujours présent [2]. Plus du tiers des patients bipolaires font au moins une tentative de

Plus du tiers des patients bipolaires font au moins une tentative de suicide, fatale pour 10–15% de tous les malades

suicide, fatale pour 10–15% de tous les malades [11]. Les troubles bipolaires mixtes sont particulièrement à risque. Les dépressions bipolaires ont tendance à la chronicisation et à la résistance aux traitements. Des troubles cognitifs apparaissent souvent dans l'évolution des troubles bipolaires – troubles de l'attention prolongée, des fonctions mnésiques et exécutives (flexibilité cognitive et résolution des problèmes) – qui viennent compliquer les activités courantes et les performances professionnelles [1, 10]. Le pronostic de la maladie bipolaire est meilleur si elle est diagnostiquée et traitée tôt. Son traitement, dont il sera

question en détail dans l'article suivant, permet d'en atténuer ou stabiliser la symptomatologie et l'évolution.

Remerciements

Nous remercions cordialement le Prof. Max Stäubli, Médecine interne FMH, Ebmatingen, et le Dr Stefan Rennhard, Médecine générale FMH, Niederhasli, pour leurs suggestions et corrections constructives.

Correspondance:

Dr Josef Hättenschwiler
Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich (ZADZ)
Dufourstrasse 161
CH-8008 Zürich
jhaettenschwiler@zadz.ch
www.zadz.ch

Références recommandées

- Maneros A. Das Neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag; 2004.
- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:543–52.

- Oswald P, Souery D, Kasper S, Lecrubier Y, Montgomery S, Wyckaert S, Zohar J, Mendlewicz J. Current issues in bipolar disorder: a critical review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2007;17(11):687–95.

Vous trouverez la liste complète et numérotée des références dans la version en ligne de cet article sous www.medicalforum.ch.

Bipolare Störungen, Teil 1: Diagnostik / Troubles bipolaires, 1^{re} partie: diagnostic

Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

- 1 Maneros A. Das Neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag; 2004.
- 2 Kasper S, Kapfhammer HP, et al. Bipolare Störungen – State of the Art 2008. *Clinicum Neuropsych*, Sonderausgabe, Mai 2008.
- 3 Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:543–52.
- 4 Goodwin GM, Anderson I, Arango C, Bowden CL, Henry C, Mitchell PB, Nolen WA, et al. ECNP consensus meeting. Bipolar depression. Nice, March 2007. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2008;18(7):535–49.
- 5 Bauer M. Weissbuch Bipolare Störungen in Deutschland. Stand des Wissens – Defizite – Was ist zu tun? 2. überarbeitete Auflage, 2006, Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. www.dgbs.de
- 6 Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Richtlinien. WHO 1991.
- 7 Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV; 4. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag; 1996.
- 8 Angst J, Sellaro R, Stassen HH, Gamma A. Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: results of a long-term prospective study of hospital admissions. *J Affect Disord*. 2005;149–57.
- 9 Meyer F, Meyer TD. The misdiagnosis of bipolar disorder as a psychotic disorder: Some of its causes and their influence on therapy. *J Affect Disord*. 2009;112(1-3):174–83.
- 10 Oswald P, Souery D, Kasper S, Lecrubier Y, Montgomery S, Wyckaert S, Zohar J, Mendlewicz J. Current issues in bipolar disorder: a critical review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2007;17(11):687–95.
- 11 Angst J, Stassen HH, Clayton PJ, et al. Mortality of patients with mood disorders: Follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord*. 2002;68:167–81.
- 12 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Bipolar Disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents in primary and secondary care. London, July 2006.