

## Item62-Trouble bipolaire de l'adolescent et de l'adulte.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un trouble bipolaire - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi à tous les stades de la maladie.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC <a href="#">HAS 07</a> - RPC <a href="#">ANAES 02</a> - Guides ALD HAS 09 . <a href="#">Trouble bipolaire</a> . <a href="#">Dépression récurrente</a> - Polycopié national: <a href="#">Troubles de l'humeur - Troubles bipolaires</a>	- <b>Dépression</b> : humeur triste - Ralentissement psycho-moteur - Retentissement somatique/psychique - Critères DSM-IV EDM: $\geq 5$ sur 15J - Mélancolie / délirante / stuporeuse - Imagerie cérébrale si 1er épisode - Guérison: > 4mois / chronicité: > 2ans - AD / attaque (6S) / entretien (1an) - Prévention de la levée d'inhibition - PsychoT: soutien / analytique / TCC - <b>Manie</b> : exaltation de l'humeur - Accélération psycho-motrice - Retentissement somatique/psychique - Critères DSM-IV manie: $\geq 3$ sur 7J - Thymorégulateur: lithium / valproate - Attaque / entretien / prévention - 1er épisode maniaque = TBP type I - Type II = hypomanie / III = virage	- Risque suicidaire +++ - Cause organique ou toxique - Surveillance: virage / levée - Education / sous lithium ++ - Sauvegarde de justice - EDM sur TBP: JAMAIS d'AD

### Définitions

#### Humeur

(= affect = thymie)

- Ressenti intérieur de l'individu sur le plan émotionnel et affectif
- !! Etat dynamique dont les variations sont physiologiques

#### Trouble de l'humeur

- Fixation persistante de l'humeur dans un état extrême
- **Dépression** = état de tristesse persistante
- **Manie** = état d'euphorie persistant

#### Trouble bipolaire

- Trouble chronique de l'humeur avec alternance de phases dépressives et maniaques
- Ancienne dénomination: « psychose maniaco-dépressive » (terme obsolète)

## A. SYNDROME DÉPRESSIF

### Généralités

#### Définition

- Trouble de l'humeur dominé par la tristesse et un ralentissement psychomoteur

#### Epidémiologie

- Prévalence = **5%** de la population générale / 10 à 20% sur une vie entière (!)
- Pathologie psychiatrique la plus fréquente au monde (120M) / 1ère cause de handicap
- Sex-ratio: F > H = x2 / pas de facteurs de risque ethniques, géographiques, etc.

## Etiologies

### Dépression primitive

- Trouble **multifactoriel**: nombreuses théories d'explication partielle dont:
- **Théorie psychanalytique**: culpabilité due au refoulement des pulsions agressives
- **Théorie cognitive**: biais négatif dans le traitement de l'information
- **Théorie neurobiologique**: dysfonctionnement des NT monoaminergiques, etc.

### Dépression secondaire

- **Etiologies psychiatriques (++)**
  - Troubles anxieux / troubles psychotiques
  - Autres: TCA, troubles du sommeil, etc.
- **Etiologies organiques**
  - **Par altération directe des bases de l'humeur**
    - Neurologique: maladie de Parkinson, SEP, démences, etc
    - Endocrinologique: **hypothyroïdie**, hypercorticisme, etc
  - **Par retentissement indirect sur l'humeur**
    - Toutes les maladies chroniques: cancers +++ / VIH, etc
    - Traumatismes médicaux aigus: infarctus, AVC, etc.
- **Etiologies iatrogènes et toxiques**
  - **Iatrogène**: corticoïdes / interféron / bêta-bloquants / L-Dopa
  - **Toxiques**: **alcool** +++ / drogues (cannabis, cocaïne..)

## Diagnostic

### Eléments du syndrome dépressif (3)

- **Humeur triste**
  - Douleur morale / tristesse
  - Anhédonie (perte de la sensation de plaisir)
  - Aboulie (perte d'envie) / athymhormie (perte de l'élan vital)
  - Anesthésie affective = hyporéactivité aux stimuli agréables
  - Hyperthymie douloureuse = crises de larmes inexplicables
- **Ralentissement psycho-moteur**
  - **Ralentissement psychique**
    - Bradypsychie / ruminations / indécision / perplexité
    - Troubles de l'attention / de la mémoire / de la concentration
    - Prosodie monocorde (pas d'intonation) / bradyphémie (discours lent)
  - **Ralentissement moteur**
    - **Asthénie**: typiquement majorée en début de journée / bradykinésie
    - Apragmatisme (ne prend plus d'initiative) / hypomimie +/- amimie
    - Clinophilie (reste au lit) / incurie (ne se lave plus / ne mange plus) / claustromanie / indignité
- **Retentissement psycho-somatique**
  - **Somatique: troubles des fonctions instinctuelles**
    - Troubles de l'alimentation: anorexie (+++) / boulimie
    - Insomnie à type de réveil précoce (+++) / hypersomnie
    - **Autres**: troubles de la libido / constipation / hypotension artérielle, etc.
  - **Psychique: troubles du contenu de la pensée**
    - Toujours rechercher des idées suicidaires +++ (**A savoir !**)
    - Anxiété +++ (avec symptomatologie somatique)
    - Délire: limité à l'épisode dépressif et de thème congruent
    - **Autres**: auto-dévalorisation / pessimisme / incurabilité / somatisation

### Examens complémentaires

- **Pour rechercher une cause somatique**
  - Bilan thyroïdien: **TSH** systématique (**A savoir !**)
  - **Imagerie** cérébrale (IRM/TDM): si pas d'antériorité (1er épisode ++)
  - Glycémie
  - Recherche de toxiques: seulement selon contexte clinique
- **Pour bilan pré-thérapeutique** (cf **Prescription et surveillance des psychotropes (voir item 326.)**)
  - **pré-IRS**: bilan clinique seulement
  - **pré-tricycliques**: atcd (GFA, RAU, etc) / **ECG** (**A savoir !**) / iono-créatinine / hCG

### Formes cliniques

- **Dépression dans le cadre d'un trouble bipolaire**

- !! Devant tout syndrome dépressif, rechercher un atcd d'épisode maniaque (**A savoir !**)
- → le traitement est totalement différent: thymorégulateur et pas antidépresseur seul
- **Forme typique: épisode dépressif majeur (EDM)**
  - Forme complète du syndrome dépressif (≠ épisode dépressif mineur)
  - !! Ne préjuge pas de la sévérité de l'épisode dépressif (cf infra)
  - **Critères diagnostiques DSM-IV-TR (5) +++**
    - A. Rupture de l'état antérieur avec **≥ 5** symptômes pendant **> 14 jours**
    - B. ne répondant pas aux critères d'un épisode mixte
    - C. altération du fonctionnement social et/ou professionnel
    - D. absence de cause organique ou toxique (**A savoir !**)
    - E. absence de deuil < 6 mois
- **EDM mélancolique**
  - **Critères diagnostiques DSM-IV-TR +++**
    - **Au moins 1 élément parmi**
      - Anhédonie généralisée
      - Aréactivité aux stimuli agréables (anesthésie affective)
    - **Au moins 3 éléments parmi**
      - Humeur dépressive marquée
      - Prédominance matinale
      - Réveil matinal précoce
      - Anorexie ou perte de poids
      - **Culpabilité** excessive ou inappropriée
- **Formes particulières de mélancolie**
  - **Dépression mélancolique stuporeuse**
    - Ralentissement psycho-moteur au 1er plan +++
    - Mutisme / amimie / clinophilie (! escarres) / incurie / aphagie
    - !! Risque vital par dénutrition / déshydratation / cachexie
  - **Dépression mélancolique délirante**
    - Impossibilité de critiquer ses idées mélancoliques
    - Production délirante à thèmes **congruents**: auto-accusation, hypochondrie..
    - **Syndrome de Cotard: dépression mélancolique délirante du sujet âgé**
      - Triple négation: d'organe / de temps (immortalité) / du monde
  - **Dépression mélancolique anxieuse**
    - Anxiété majeure au 1er plan → agitation paradoxale +++
- **Formes cliniques selon l'évolution**
  - **Trouble dépressif récurrent (trouble unipolaire): 2 EDM** avec **≥ 2** mois sans symptôme
  - **Dépression chronique:** EDM caractérisé durant **≥ 2 ans** (sans intervalle libre)
  - **Trouble saisonnier de l'humeur:** apparition en automne et disparition au printemps

#### Sévérité de l'épisode

- **EDM léger:** symptômes juste suffisant au diagnostic (5) / peu de retentissement global
- **EDM moyen:** plus de symptômes que nécessaire mais retentissement modéré
- **EDM sévère:** quasiment tous les symptômes / retentissement social majeur

#### Diagnostiques différentiels

- **Rechercher une dépression secondaire:** organique (**A savoir !**) / iatrogène / toxique (cf supra)
- **Deuil:** normal ou pathologique: cf définition même de l'EDM ! (cf **Deuil normal et pathologique**)
- **Syndrome démentiel:** syndrome dépressif fréquemment associé (cf **Confusion, démences**)
- **Schizophrénie:** épisode catatonique mimant une mélancolie stuporeuse (cf **Trouble délirant persistant.**)

## Evolution

### Histoire naturelle

- En moyenne: résolution spontanée d'un EDM en 6 mois à 1an
- **Complications d'un épisode dépressif**
  - **suicide +++ :** évaluer et prévenir le risque **suicidaire** (le risque vital +++ ) (**A savoir !**)
  - **évolutives:** chronicité / TBP / **rédictive** (50% au 1er épisode / 90% au 3ème)
  - **psychiatriques:** troubles anxieux / psychotiques / addictions (alcool / mdt)
  - **somatiques:** escarre (si clinophilie) / dénutrition (si anorexie), etc.
  - **iatrogènes:** ceux des tricycliques-IRS / levée d'inhibition et virage maniaque +++
  - **sociales:** isolement / perte d'emploi / rupture familiale, etc.

### Evolution sous traitement

- **Rémission (complète):** disparition du syndrome dépressif
- **Guérison:** rémission complète > **4 mois**

- **Rechute**: réapparition des symptômes avant la guérison (< 4 mois)
- **Récidive**: réapparition des symptômes après la guérison (> 4 mois)
- **Chronicité**: persistance de l'EDM plus de **2ans**
- **Résistance**: échec de 2 traitements (dont un imipranique) bien menés pendant **6S**
- **Virage**: apparition d'un syndrome maniaque sous AD (= trouble bipolaire type III, cf infra)

## Traitement

### Prise en charge

- **Ambulatoire si**: EDM léger ou modéré non compliqué
- **Hospitalisation**: en psychiatrie / sur secteur / en urgence / libre ou sous contrainte (SPDT) si
  - EDM sévère avec risque suicidaire élevé
  - EDM mélancolique (simple/dépressif/stuporeux)
  - Echec du traitement médicamenteux ambulatoire

### Bilan pré-thérapeutique (3) (A savoir !)

- Evaluation et prévention du **risque suicidaire** (inventaire / surveillance) (cf [Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge.](#))
- Rechercher une pathologie **somatique** et/ou toxique (TSH / glycémie / imagerie)
- Rechercher une contre-indication au traitement AD (interrogatoire / ECG) (cf [Prescription et surveillance des psychotropes \(voir item 326\).](#))

### Traitement médicamenteux = antidépresseur

- **Indications**
  - **EDM non sévère**: ISRS (paroxétine) ou IRSNa (venlafaxine) en 1ère intention
  - **EDM mélancolique**: tricyclique hors CI (clomipramine) ou IRSNa ou ECT
- **Modalités**
  - **Traitement d'attaque**
    - Augmentation posologique progressive par paliers jusqu'à rémission
    - Surveillance tolérance et efficacité: **≥ 6S semaines** avant remise en cause
  - **Traitement d'entretien**
    - Poursuivre le traitement après rémission pendant **≥ 4 mois** (en pratique **≥ 1an**)
    - Arrêt progressif par paliers avec surveillance rapprochée
  - **Traitement préventif**
    - Seulement si risque de récurrence élevé: 3ème EDM ou 2ème en < 5ans
    - Traitement efficace à posologie identique pendant 3 à 5ans
- **Prévention du passage à l'acte suicidaire**
  - Risque de passage à l'acte dû à la levée d'inhibition psychomotrice
  - Surveillance clinique (toujours) et sédation transitoire vers J8 (à discuter)
  - → BZD (pas systématiques !) ou neuroleptique sédatif (ex: Tercian®)
- **Si absence de réponse**
  - Vérifier la bonne observance et réévaluer la posologie
  - Si traitement bien conduit inefficace après **≥ 6S** (pas avant !): changer de classe d'AD
  - Si résistance à 2 classes d'AD: association / thymorégulateur / sismothérapie

### Traitement symptomatique

- Réhydratation / **renutrition** / soins locaux si escarres
- Hypnotique et/ou sédatif si insomnie / passage à l'acte
- **Si mélancolie délirante**
  - Associer antipsychotique: atypique (olanzapine PO)
  - Ne pas poursuivre: à arrêter après environ 3 mois

### Electroconvulsivothérapie (ECT)

- (= « sismothérapie » : terme obsolète) / crises généralisées provoquées sous AG
- **Indications = limitées**
  - Mélancolie à risque suicidaire élevé / stuporeuse / délirante / anxieuse
  - Echec du traitement médicamenteux (x2) +/- associé à un thymorégulateur
  - Contre-indication au traitement médicamenteux: grossesse / pathologie organique
  - Refus alimentaire avec risque de dénutrition / cachexie (anorexie / Cotard)

### Psychothérapie

- A proposer de façon systématique +++ / efficacité selon la motivation du patient..
- Psychothérapie de soutien / analytique / cognitivo-comportementale (cf [Différents types de techniques psychothérapeutiques.](#))

### Mesures associées

- **Education** du patient: délai d'action (2-3S) / contrat de soin
- **Alcool**: rechercher alcoolisme +/- prévention du DT (**A savoir !**)

- !! Pas de prise en charge à 100% si EDM isolé

#### Surveillance

- Clinique et paraclinique: cf [Prescription et surveillance des psychotropes](#) (voir item 326).
- En pratique, 3 éléments à toujours surveiller: (**A savoir !**)
  - risque suicidaire par **levée d'inhibition**
  - **virage de l'humeur** sous anti-dépresseur (TBP III)
  - régression de l'humeur dépressive / délire

## B. SYNDROME MANIAQUE

### Généralités

**Définition:** trouble de l'humeur dominé par l'euphorie et l'accélération psychomotrice

**Epidémiologie:** terrain typique: adulte jeune (20-30ans) mais possible à tout âge

### Etiologies

#### Manie primitive

- Trouble de l'humeur multifactoriel / le plus souvent dans un trouble bipolaire
- Explications partielles psychanalytiques, cognitives, etc. (idem dépression)

#### Manie secondaire

- **Etiologies organiques**
  - **Neurologiques:** syndrome frontal (« moria ») / épilepsie / SEP
  - **Endocrinologiques:** hyperthyroïdie / hypercorticisme / Wilson
  - **Métaboliques:** troubles hydroélectrolytiques
- **Etiologies iatrogènes et toxiques (+ +)**
  - **Iatrogènes:** corticoïdes / thyroxine / L-Dopa / Tricycliques / ISRS
  - **Toxiques:** amphétamine / cocaïne / cannabis

### Diagnostic

#### Eléments du syndrome maniaque (3)

- **Exaltation de l'humeur**
  - **Euphorie:** sensation de joie intense / hyperthymie
  - **Hypersyntonie:** « en résonance » avec les personnes et éléments
  - **Ludisme:** tendance aux devinettes / jeux de mots
  - Hyperhédonie: vécu intense de toutes les émotions
  - Hyperesthésie affective: hyper-réactivité émotionnelle
  - Labilité émotionnelle: variations brusques de l'humeur (« rire aux larmes »)
  - Expansivité de l'humeur / Elation de l'humeur
- **Accélération psycho-motrice**
  - **Accélération psychique**
    - Tachypsychie: pensée diffluite (« coq-à-l'âne ») / illogique
    - Logorrhée / tachyphémie (discours accéléré) / graphorrhée
    - Troubles de l'attention et de la concentration
  - **Accélération motrice**
    - **Hypersthénie:** absence de fatigue (et souvent manque de sommeil)
    - Hyperactivité non productive / présensation débrailée / hypermimie
    - Désinhibition comportementale / multiplication des initiatives
- **Retentissement psycho-somatique**
  - **Somatique: troubles des fonctions instinctuelles**
    - Insomnie sans fatigue
    - Hypersexualité / libido exacerbée
    - Hyperphagie et polydipsie
  - **Psychique: troubles du contenu de la pensée**
    - Projets grandioses / achats inconsidérés + + +
    - Comportements à risque + + + (usage de drogues / risques sexuels)
    - Surestimation de soi / sentiment de toute puissance
    - **Anosognosie** / déni du trouble / optimisme / insouciance

- Idées délirante congruentes à l'humeur (mégalomaniques)

#### Formes cliniques

- **Forme typique: épisode maniaque**
  - Critères DSM-IV-TR d'un épisode maniaque +++
    - A. humeur élevée, rompant avec l'état antérieur pendant > **7 jours**
    - B. avec  $\geq 3$  symptômes (4 si irritabilité isolée) (liste)
    - C. Ne répondant pas aux critères d'un épisode mixte
    - D. Altération marquée du fonctionnement social ou professionnel
    - E. Absence de cause toxique ou organique
- **Episode hypomaniaque: critères DSM-IV-TR**
  - A. humeur élevée, rompant avec l'état antérieur pendant  $\geq 4$  jours
  - B. idem épisode maniaque
  - C. Modification patente du fonctionnement
  - D. Symptômes manifestes pour l'entourage
  - E. Sévérité non suffisante: pas d'altération professionnelle ou sociale (+++)
  - F. Absence de cause toxique ou organique
  - En pratique: hyperactivité présente mais elle reste productive ++
- **Episode maniaque délirant**
  - !! Si délire: épisode forcément maniaque sévère (pas d'hypomanie délirante)
  - Thèmes congruents à l'humeur: mégalomaniac, érotomaniac, mystique..
- **Etat mixte**
  - Association d'éléments dépressifs et maniaques dans un même épisode > 7]
  - Labilité émotionnelle importante / !! risque suicidaire élevé
- **Furie maniaque**
  - Forme rare avec agitation extrême / hétéro-agressivité / paranoïa
  - !! Urgence thérapeutique absolue: sédation et sismothérapie

#### Examens complémentaires

- **Pour rechercher une manie secondaire / organique**
  - **TSH** +++ / NFS-CRP / EEG
  - **Imagerie** cérébrale: IRM (TDM à défaut): systématique ( $\neq$  EDM)
  - Alcoolémie et dosage des **toxiques** sanguins et urinaires
- **Pour rechercher une complication**
  - **Bilan IST**: sérologies VIH / VDRL-TPHA / VHC-VHB
- **Pour bilan pré-thérapeutique** (pré-lithium ou pré-neuroleptique)
  - **ECG** et **hCG** (**A savoir !**) / NFS-P / TP-TCA (cf IM) / BHC
  - Glycémie et EAL (NL) / iono-urée-**créatinine** et **TSH** (Lithium) / BU

#### Diagnostiques différentiels

- **Manie secondaire**: organique / iatrogène / toxique (cf supra)
- **Autres**: Episode psychotique / Sd confusionnel / manifestation hystérique

## Evolution

#### Histoire naturelle

- En général: résolution spontanée d'un épisode maniaque sous 6-8 mois
- **Complications d'un épisode maniaque**
  - **suicide**: à toujours surveiller en psychiatrie
  - **psychiatriques**: addictions / ceux du trouble bipolaire
  - **somatiques**: conduites à risques sexuelles: IST +++
  - **iatrogènes**: ceux du lithium (poids-tremblements-néphrotoxicité..): cf [Prescription et surveillance des psychotropes \(voir item 326\)](#).
  - **évolutives**: !! un 1er épisode maniaque est déjà un TBP de type 1: récurrence-EDM
  - **sociales**: désinsertion professionnelle +++ / dilapidation financière

#### Evolution sous traitement

- Disparition du syndrome maniaque en quelques semaines sous thymorégulateur
- **Idem dépression**: rémission (4M) / récurrence (après guérison) / rechute (avant guérison)
- **Virage dépressif**: apparition d'un syndrome dépressif sous traitement

## Traitement

#### Prise en charge

- **Hospitalisation**: systématique devant tout épisode maniaque +++

- Sous contrainte (cf anosognosie): **SPDT** / en psychiatrie / sur secteur

#### Bilan pré-thérapeutique (A savoir !)

- Evaluation et prévention du **risque suicidaire**: inventaire / chambre non seule
- Rechercher une pathologie somatique et/ou toxique: TSH / toxiques urinaires..
- Bilan pré-lithium: ECG / iono-urée-créatinine / NFS / hCG plasmatiques

#### Traitement médicamenteux = thymorégulateur

- **Indications**
  - **Episode maniaque modéré**: **sel de lithium** (référence) / valproate (Dépakote®)
  - **Episode maniaque agité et/ou délirant**: ajouter olanzapine (neuroleptique atypique)
- **Modalités**
  - **Traitement d'attaque**
    - Doser la lithémie à J4 / objectif = 0.8 à 1.2 mM / adaptation posologique / augmentation progressive fonction lithémie
    - Efficacité rapide: résolution de l'épisode maniaque (1 semaine sous lithium)
  - **Traitement d'entretien (de consolidation)**
    - Systématique devant tout épisode maniaque
    - Poursuivre à dose minimale efficace 2-5 ans/ **au long cours** en général

#### Traitement symptomatique

- Traitement sédatif = BZD ou neuroleptique sédatif (cyamémazine) / PO ou IM si refus
- Traitement hypnotique si insomnie (fréquent): zolpidem: Stilnox® PO
- !! NPO: renutrition / réhydratation / nursing si besoin
- **Si manie délirante**
  - Traitement anti-psychotique: neuroleptique atypique: olanzapine PO par exemple
  - A arrêter dès que possible: en général après environ 3 mois (≠ BDA)

#### Electroconvulsivothérapie (ECT)

- **Indications = limitées**
  - D'emblée: manie délirante grave / furie maniaque / CI absolue
  - En 2<sup>nd</sup>e intention: si résistance au traitement médicamenteux

#### Psychothérapie

- Psychothérapie de soutien / analytique / cognitivo-comportementale

#### Mesures associées / sociothérapie

- Protection des biens = **sauvegarde de justice** +/- curatelle
  - **Contraception** efficace si femme jeune (**A savoir !**)
  - Prise en charge à **100%** possible dès 1<sup>er</sup> épisode puisque définit un TBP de type 1
  - Proposer adhésion à une association de patients

#### Education du patient +++

- Information sur la maladie-traitement / **psychoéducation** / signes annonciateurs de rechutes
- Mesures hygiéno-diététiques (**MHD**): éviter excitants et automédication / sommeil régulier / éviter médicaments maniacogènes
- Education sous **Lithium**: observance / régime / carnet / interactions (cf [Prescription et surveillance des psychotropes \(voir item 326\).](#))

#### Surveillance

- **Clinique**
  - Efficacité: disparition du syndrome maniaque / critique des idées délirantes
  - Tolérance: **poids** / signes de surdosage / **virage** dépressif de l'humeur / **observance**
- **Paraclinique**
  - Dosage de la **lithémie** régulier (5 jours après modification puis 1x/3M)
  - Tolérance: ionogramme-créatinine 1x/6M et TSH annuelle

## C. TROUBLES BIPOLAIRES

### Généralités

#### Définition

- Trouble bipolaire (TBP) = alternance d'épisodes dépressifs et maniaques/hypomaniaques
- Ex- »psychose maniaco-dépressive « (!! mais trouble bipolaire ≠ psychoses)

#### Epidémiologie

- Prévalence = 1-2% de la population générale (TBP I) / 4-6% pour TBP de type II
- Adulte jeune: 15-30ans (mais formes tardives et retard diagnostique +++ ) / Sex Ratio = 1

**Remarque: trouble unipolaire = trouble dépressif récurrent**

- Trouble unipolaire = récurrence d'EDM sans épisodes maniaques ou hypomaniaques
- Définition DSM-IV = à partir du 2e EDM / en pratique, thymorégulateur ≥ 3ème EDM

## Diagnostic

### Classification des troubles bipolaires

- !! l'EDM n'est pas nécessaire au diagnostic de TBP: un seul épisode maniaque suffit
- **TBP de type I:** ≥ 1 épisode **maniaque** alternant ou non avec des EDM (mélancolique ++)
- **TBP de type II:** ≥ 1 épisode **hypomaniaque** alternant ou non avec des EDM
- **TBP de type III:** survenue d'un épisode maniaque ou hypomaniaque sous AD (virage)
- **Cyclothymie:** épisodes de type II (hypomaniaques) répétés pendant ≥ 2ans

### Forme clinique

- **TBP à cycles rapides:** ≥ 4 accès (EDM ou EM/EHM) **par an**

### Diagnostics différentiels

- Ceux de l'EDM ou du syndrome maniaque lors d'un épisode
- Trouble schizo-affectif: épisodes dépressifs et maniaques accompagnant les poussées psychotiques (cf [Trouble schizophrénique de l'adolescent et de l'adulte.](#))

## Evolution

### Complications

- **suicide:** !! 15% des patients atteints de TBP
- **psychiatriques:** addictions ++ / dépendance aux psychotropes
- **somatiques:** conduites à risque si manie / dénutrition si dépression..
- **iatrogènes:** ceux du lithium (poids-tremblements-néphrotoxicité..): cf [Prescription et surveillance des psychotropes \(voir item 326\)](#).
- **évolutives:** décompensations / passage en TBP à cycles rapides
- **sociales:** désinsertion professionnelle ++

### Evolution sous traitement

- TBP = maladie chronique incurable → l'objectif est de stabiliser le patient +++
- Si bonne observance: pronostic globalement bon sous thymorégulateurs

## Traitement

### Traitement curatif des décompensations

- **Traitement d'un épisode dépressif**
  - !! **JAMAIS d'antidépresseur seul** +++ (**A savoir !**)
  - Réintroduire le lithium si rupture de traitement ou optimiser la posologie
  - **Associer** anti-dépresseur (IRS ++) en cas d'échec ou d'épisode sévère
  - En général, arrêter l'AD rapidement: lithium seul à poursuivre au long cours
- **Traitement d'un épisode maniaque**
  - Reprendre (si arrêt) ou optimiser la posologie du thymorégulateur
- **Si délire (manie ou mélancolie délirante)**
  - Associer anti-psychotique mais pour une durée la plus courte possible

### Traitement prophylactique des récurrences

- **Indications**
  - Indiqué dès le 1er épisode maniaque +++ (pose le TBP)
  - Indiqué si 2ème EDM ou identification d'épisodes maniaques à l'interro
- **Modalités**
  - **En 1ère intention: lithium** (Téralithe®) / lithiémie = 0.8-1.2mM
  - **En 2nde intention:** anti-épileptiques: carbamazépine / valproate
  - **Durée: A VIE** le plus souvent (parfois arrêt progressif si contrôle > 2ans)

### Psychothérapie

- De soutien / d'inspiration analytique / TCC ; pour patient et entourage

### Education du patient (3) +++

- **Information sur la maladie: psychoéducation** / signes annonciateurs de rechutes
- **Mesures hygiéno-diététiques:** éviter excitants et automédication / sommeil régulier
- **Education sous Lithium:** carnet / observance / régime salé / interactions (cf [Prescription et surveillance des psychotropes \(voir item 326\)](#).)

#### Mesures associées

- Prise en charge **sociale**: adaptation socio-professionnelle
- Prise en charge à **100% (ALD)**
- Proposer adhésion à une association de patients
- **Contraception** efficace si femme jeune (**A savoir !**)

#### Surveillance

- **Clinique**: au long cours / observance du traitement / rechutes ou récurrences / **poids**
- **Paraclinique**: doser la **lithémie** / **TSH** / **iono**-créatinine

## Synthèse pour questions fermées

1 traitement de la mélancolie délirante ?

- Electroconvulsivothérapie ++

Le traitement d'un épisode dépressif chez un patient ayant un TBP de type 1 ?

- Thymorégulateur (Lithium) doses à adapter +++
- Si pas d'amélioration AD (IRS) prudent

6 complications d'un TBP de type 1 non traité ?

- Suicide
- Passage TBP cycles rapides
- Désinsertion socioprofessionnelle
- Actes médico-légaux
- Comorbidités psychiatriques
- Comorbidités cardiovasculaires