

# Les Journées de l'AFTAD

Association Française  
des Troubles Anxieux et de la Dépression

Anxiété < > Dépression  
**et régulation de l'humeur**

Les **6** et **7 novembre 2009**

**Hôtel Hilton Arc de Triomphe, Paris**



Les Journées  
de l'AFTAD

Association Française  
des Troubles Anxieux et de la Dépression



# TOUS BIPOLAIRES ?

*Jean-François ALLILAIRE*

CHU Pitié-Salpêtrière  
Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie.  
Université de PARIS.VI

Journées de l'AFTAD.6&7 novembre 2009

# Evolution historique du concept

- Premières descriptions grecques
- T. Willis (XVII<sup>e</sup>) aperçoit l'alternance
- Baillarger (1854): folie à double forme et
- Falret (1854): folie circulaire (MDM..)
- Kraepelin: 18 types de folie maniaco-dépressive
- Kleist & Leonhard: UP/BIP
- Angst, Perris, Winokur confirment d'où le DSM III
- Klerman, Akiskal, Hirschfeld (1981, 1999, 2003)  
conception élargie probablement adoptée pour  
le futur DSM V

## Les troubles de l'humeur de l'adulte (DSM IV)

---

- **Troubles Bipolaires**

- Troubles bipolaires de type I
- Troubles bipolaires de type II
- Troubles cyclothymiques
- Troubles bipolaires non spécifiés
- Cycle ultrarapide
- Episodes hypomaniaques récurrents
- Un épisode surajouté à un trouble psychotique
- Trouble BP dont le caractère primaire n'a pu être établi

- **Les autres troubles de l'humeur**

- Troubles dûs à une affection médicale
- Troubles induits par une substance (stimulants, stéroïdes, L-Dopa, antidépresseurs, sismothérapie, photothérapie...)

## Les troubles de l'humeur de l'adulte (ICD 10)

---

### • Troubles Bipolaires

- Troubles bipolaires
- Autres troubles bipolaires (Episodes maniaques récurrents, troubles bipolaires de type II du dsm)
- Troubles cyclothymiques
- Troubles bipolaires sans précision

### • Les autres troubles de l'humeur

- Troubles de l'humeur persistants (cyclothymie dysthymie, autres troubles de l'humeur persistants)
- Les autres troubles de l'humeur (épisode mixte, trouble dépressif récurrent bref).

KLERMAN (1981)

6 Catégories

-BIP I & II

-BIP III

induits par médicaments

-BIP IV

Trouble cyclothymique

-BIP V

Antécédents familiaux de BIP

-BIP VI

Récurrences maniaque

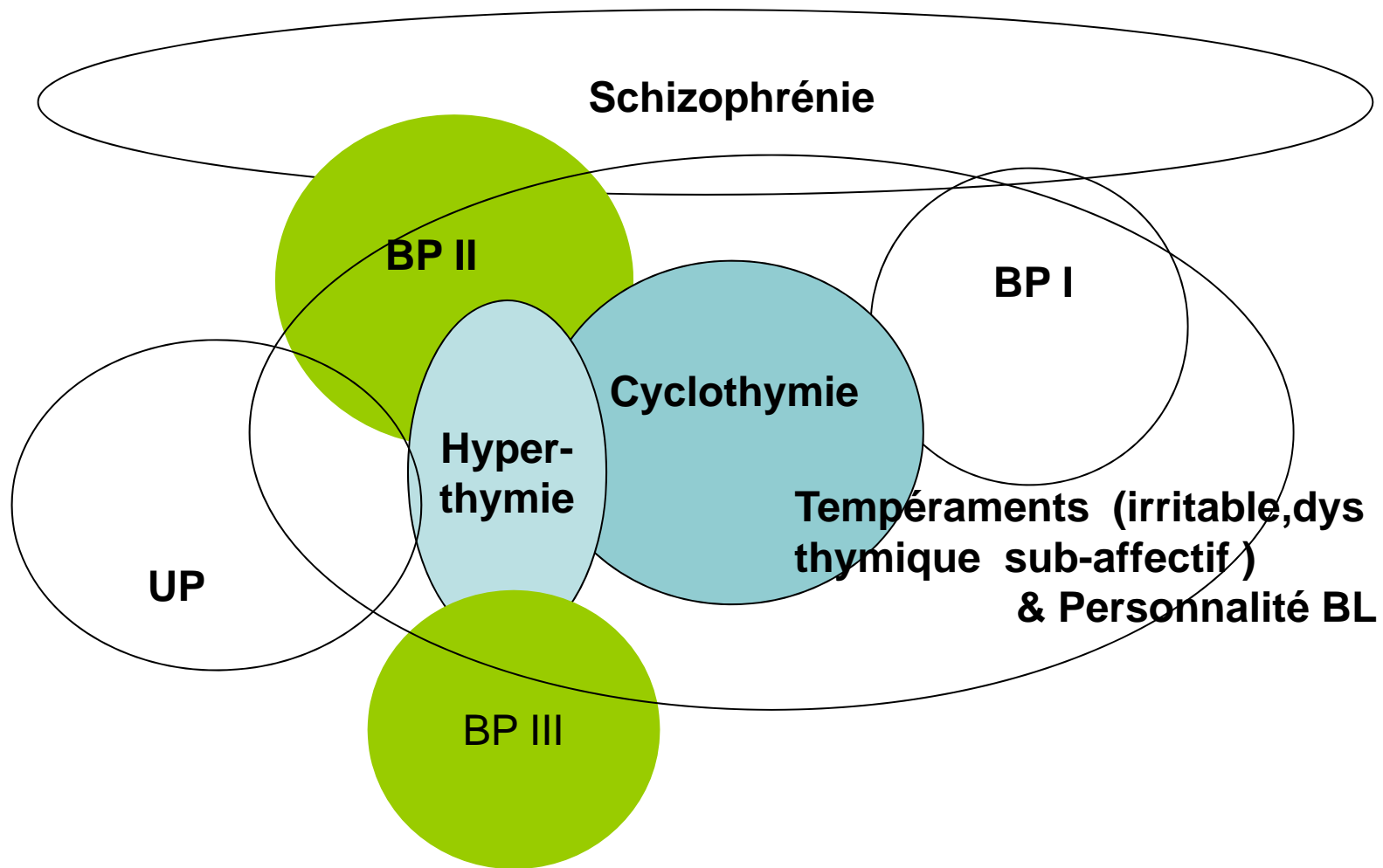
## AKISKAL et PINTO (1999) 8 catégories de BIP

- BIP ½ Trouble Schizo Bipolaire
- BIP I Maladie maniaco-dépressive
- BIP I ½ Dépression avec hypomanie prolongée
- BIP II Dépression + hypomanie spontanée discrète
- BIP II ½ Dépression + tempérament cyclothymique
- BIP III Dépression + hypomanie induite par médicaments
- BIP III ½ Oscillations marquées de l'humeur associées à addictions/abus d'alcool
- BIP IV Dépression + tempérament hyperthymique

## EN PROJET POUR LE DSM V

- BIP I
- BIP II
- BIP II  $\frac{1}{2}$  Trouble cyclothymique
- BIP III M ou/m/ induits par médicaments
- BIP IV Hyperthymies

**Conclusion** :Tendance à l' **Extension du concept qui regroupe sous la bipolarité différentes entités : troubles, personnalités et tempéraments.**



## SPECTRE DES TROUBLES BIPOLAIRES

# Trouble Cyclothymique(md)

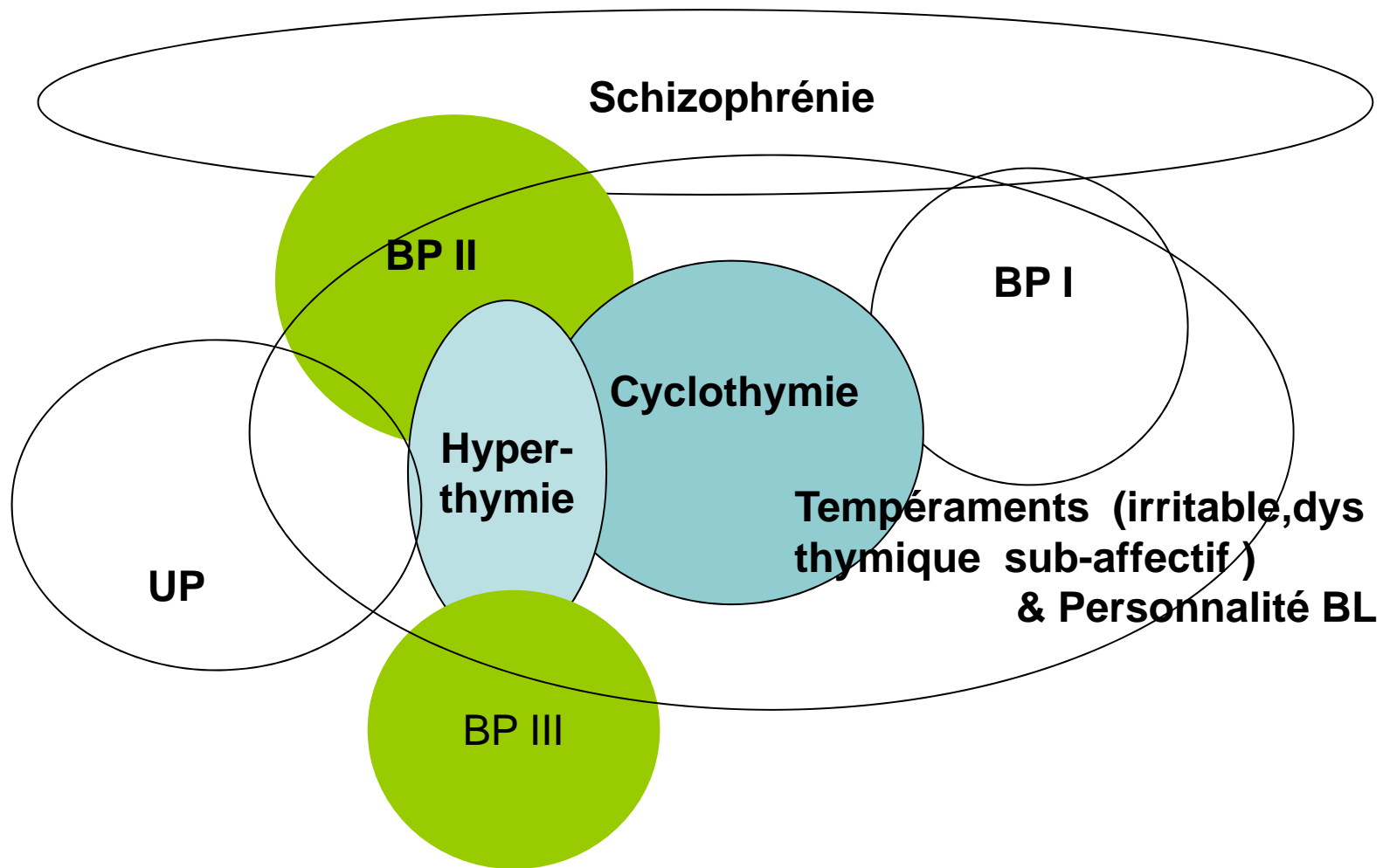
- Kahlbaum (1882)
- Durée minimale de 2 ans de m et d
- Environ 1% predominance feminine
- Début 15-25 ans
- État sub-syndromique
- Hypersensibilité au stress
- 1/3 évolution vers BP II

# Tempéraments(prémorbides?)

- cyclothymique:alternance repli/introversion avec desinhibition sociale;hypersomnie...
- Hyperthymique: « hypomanie constitut.. » exuberance,extraversion...
- Irritable:dysphorie,tendance à ruminer, humeur changeante,colères...
- Dysthymique:n'a pas sa place ici puisque permanence dépressive

# Comorbidité Bipolarité/BorderLine

- Diagnostic difficile/nécessité stabilisation thymique
- Caractéristiques cliniques communes
- Angoisse diffuse, dysphorie labile à dominante dépressive, symptômes névrot. labiles, impulsivité/instabilité relationnelle, tendance addictive, ennui, ...
- Pour certains les BLP sont des BIP



## SPECTRE DES TROUBLES BIPOLAIRES

# HETEROGENEITE DES TROUBLES BIPOLAIRES(1)

## - Variabilité de la symptomatologie

- Symptomatologie maniaque polymorphe (aigue, confuse, délirante)

- les symptômes les +frequents ne sont pas toujours les +typiques++++

## - 4 catégories de symptômes cliniques (Goodwin & Jamison)

- Thymiques	irritabilité	80%
	euphorie	71%
	dépressivité	72%
	Labilité	69%
	Expansivité	60%

- Cognitifs	Idées mégalo	78%
	Fuites des idées	71%
	Distractibilité	71%
	Confusion	25%

- Psychotiques	Idées délirantes	48%
	Idées de grandeur	47%
	Idées de persécution	15%
	Idées d'influence	15%
	Hallucinations	15%

## HETEROGENEITE DES TROUBLES BIPOLAIRES (2)

- Variabilité de la symptomatologie maniaque(suite)
- 4 catégories de symptômes cliniques (Goodwin & Jamison)
  - Thymiques
  - Cognitifs
  - Psychotiques
  - Comportements et Activités
    - Hyperactivité 87%
    - Réduction du sommeil 81%
    - Violence - agression 49%
    - Logorrhée 98%
    - Exhibition sexuelle 29%
    - Hypersexualité 57%
    - Extravagance 45%

## HETEROGENEITE DES TROUBLES BIPOLAIRES (3)

- Variabilité de l'état hypomaniaque
  - Mêmes symptômes que dans la manie, mais moins nombreux, moins intenses, moins invalidants
  - Le diagnostic peut se poser à partir de 4 jours de durée
  - Passe souvent inaperçu (manque un signe net)

## HETEROGENEITE DES TROUBLES BIPOLAIRES (4)

- variabilité de l'état mixte
  - Les états dysphoriques sont observés dans 20% des BIP I
  - Le concept a été élargi jusqu'aux dépressions agitées
  - Confusion possible avec manie mixte, dépression mixte, manie dysphorique, cycles rapides,
  - Diagnostic différentiel souvent difficile avec le trouble border-line marqué par la dysphorie d'autant que la comorbidité BIP-BL est fréquente.

## HETEROGENEITE DES TROUBLES BIPOLAIRES (5)

- variabilité des états sub syndromiques
  - Leur persistance entre les épisodes confinent parfois à la chronicité
  - Pour Angst (1995) jusqu'à 20% de la vie des patients
  - Certaines études de suivi vont jusqu'à 50% (Judd 2003)

## HETEROGENEITE DES TROUBLES BIPOLAIRES (6)

- Les Formes évolutives
  - La séquence MDI est la plus typique – répond aux sels de lithium
  - La séquence DMI répond moins bien au lithium
  - La séquence MDM sans I répondent mal aux thymorégulateurs et tendent à s'aggraver
  - Les cycles rapides – 4 épisodes par an, la femme si hypothyroïdie et alcoolisme.
  - Les formes à évaluation saisonnière sont à distinguer du trouble affectif saisonnier (SAD) avec sa symptomatologie souvent inversée.

# HETEROGENEITE DES TROUBLES BIPOLAIRES (7)

- Multidéterminisme de la Bipolarité
  - Modèle bio psycho social et notion de vulnérabilité
  - La notion de vulnérabilité s'applique tant au plan génétique que celui de la personnalité.
  - Le rôle des facteurs environnementaux dans le déclenchement (événements précoces, deuil, carence affective)
  - Rôle des événements de vie, du stress, du surmenage et surtout de leur impact sur les rythmes sociaux (manque de sommeil, non respect des rythmes biologiques propres).

## HETEROGENEITE DES TROUBLES BIPOLAIRES (8)

- Fréquence des comorbidités
  - 20% des cas de BIP sont associés à un trouble anxieux
  - 60% pour les conduites addictives et les TCA
  - L'abus d'alcool favorise **un début précoce**  
**une fréquence plus élevée**  
**une durée prolongée des épisodes**  
**un retard aux rémissions des**  
**symptômes résiduels**
  - Fréquence des comorbidités avec les troubles de la personnalité en particulier BIP – Troubles Border Line (avec angoisse diffuse, dysphorie, labilité symptomatique, impulsivité, instabilité).

# Index de bipolarité

- Prend en compte toutes les caractéristiques de l'épisode et de l'évolution
- Permet d'évaluer le degré de « pureté » de la dimension bipolaire
- si  $>60$  =trouble caractérisé justifiant thymorégulateur
- Mais si indice faible on ne renonce pas au thymoregulateur (effets anti-impulsifs, anti-agressifs)
  
- *Sachs GS:Acta Scandinavica 2004;110:7-17*

## index

**Evaluation en 5 dimensions cotées de 0 à 20 pour un index de bipolarité variant de 0 à 100**

---

### **1. Caractéristiques de l'épisode (sur 20) Suite**

---

- 5 Episode dépressif unique avec manifestations psychotique ou signes atypiques : hypersomnie, hyperphagie, impression de jambes lourdes?
- 5 Dépression du posts-partum
- 2 Dépression unipolaire typique et récurrente
- 3 Histoire de manifestations psychotiques (délires, hallucinations, fabulations, pensée magique...)
- 0 Absence d'excitation, de dépression récurrente et de psychose

**TOTAL      /20**

---

## 2. Age de début [premier épisode ou syndrome] (sur 20)

---

20	15 à 19 ans
15	Avant 15 et entre 20 et 30
10	30 à 45
5	Après 45
0	Absence de troubles de l'humeur : (pas d'épisode, cyclothymie, trouble bipolaire)
TOTAL	/20

---

### 3. Evolution, troubles associés (sur 20)

---

- 20 Intervalle libre entre épisodes maniaques de très bonne qualité (récupération complète)
- 15 Intervalle libre entre épisodes hypomaniaques de très bonne qualité (récupération complète)
- 15 Intervalle libre entre épisodes maniaques de qualité moyenne (récupération partielle)
- 10 Abus de substance
- 10 Manifestations psychotiques durant les épisodes aigus
- 10 Antécédents judiciaires en rapport avec un épisode maniaque
- 5 Dépression récurrente avec trois épisodes ou plus de dépression majeure
- 5 Hypomanies récurrentes et intervalle libre de qualité moyenne (récupération partielle).
- 5 Mauvaise observance du traitement
- 5 Personnalité borderline, troubles anxieux, troubles des conduites alimentaires, hyperactivité avec déficit de l'attention
- 5 Comportements à risque qui posent un problème pour le patient, la famille et les amis
- 5 Aggravation des troubles de l'humeur au cours du cycle menstruel

---

## 4. Réponse au traitement (sur 20)

---

- 20 Stabilisation avec 4 semaines de traitement par un régulateur de l'humeur
- 15 Stabilisation après 12 semaines de traitement par un thymorégulateur ou rechute dans les 12 semaines qui suivent l'arrêt d'un thymorégulateur
- 15 Virage vers une manie aiguë ou mixte dans les 12 semaines qui suivent le début d'un traitement par antidépresseur ou l'augmentation de sa posologie.
- 10 Aggravation d'un état dysphorique ou mixte durant un traitement par antidépresseur
- 10 Réponse partielle après 12 semaines de traitement par un ou deux thymorégulateurs
- 10 Cycle rapide induit ou aggravé par un antidépresseur
- 5 Résistance à un traitement par 3 antidépresseurs ou plus
- 5 Virage maniaque ou hypomaniaque après un arrêt brutal d'un traitement antidépresseur
- 2 Réponse pratiquement complète (en 1 semaine ou moins) à un traitement antidépresseur
- 0 Aucun de ces éléments ou aucun traitement.

---

## 5. Histoire familiale (sur 20)

---

- 20 Au moins 1 parent du 1er degré ayant un trouble bipolaire documenté
- 15 Un parent de second degré ayant un trouble bipolaire documenté
- 15 Un parent du 1er degré ayant un trouble unipolaire documenté et un comportement suggérant un trouble bipolaire
- 10 Un parent du 1er degré avec histoire documenté et un comportement suggérant un trouble bipolaire
- 5 Un parent de second degré avec une histoire documentée de dépendance à des toxiques
- 5 Un parent du 1er degré avec trouble bipolaire possible
- 2 Un parent du 1er degré avec trouble unipolaire possible
- 2 Un parent du 1er degré avec anxiété, trouble alimentaire, déficit de l'attention et hyperactivité possibles
- 0 Aucun de ces éléments ou aucun antécédent psychiatrique familial.

**TOTAL**

**/20**

**TOTAL**

# Index de bipolarité

- Prend en compte toutes les caractéristiques de l'épisode et de l'évolution
- Permet d'évaluer le degré de « pureté » de la dimension bipolaire
- si  $>60$  =trouble caractérisé justifiant thymorégulateur
- Mais si indice faible on ne renonce pas au thymoregulateur (effets anti-impulsifs, anti-agressifs)
- *Sachs GS:Acta Scandinavica 2004;110:7-17*

# Conclusion (1)

- On peut opposer 2 aspects au delà de l'hétérogénéité du trouble Bipolaire:
- **1) le syndrome Bipolaire nucléaire** (Bip.I&Bip.II) soit 1 à 2% avec index > 60, correspondant à des phénotypes cliniques homogènes accessibles à la recherche
- **2) le spectre élargi**, qui intègre tous les types, les tempéraments, les personnalités.

Souligne le risque de bipolarisation & de méconnaissance du trouble

1/3 à 1/2 des Dépressions en feraient partie

Sa fréquence oscillerait entre 3 et 6% voire bien plus

# Conclusion (2)

- Face à un trouble aux expressions multiples ,on doit s'interroger sur la validité des guide-lines
- Ils s'appliquent assez bien à la forme nucléaire et restrictive
- Ils ne peuvent en aucun cas s'appliquer à l'ensemble du spectre élargi
- Pour la pratique ,on s'astreindra toujours au delà du diagnostic à identifier et tenir compte du type de trouble,de la personnalité du patient,des modalités évolutives,des comorbidités associées en particulier avec une addiction mais aussi dans environ 1/5 cas des pathologies anxieuses

# Conclusion (3)

- Tous bipolaires apres 2010 ?
- oui si le DSM 5 le décide !
- Mais : Quels critères opérationnels ?
- et avec le risque d'une entité de plus
- en plus hétérogène!

# Les Journées de l'AFTAD

Association Française  
des Troubles Anxieux et de la Dépression

Anxiété < > Dépression  
**et régulation de l'humeur**

Les **6** et **7 novembre 2009**

**Hôtel Hilton Arc de Triomphe, Paris**

