

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^e) 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

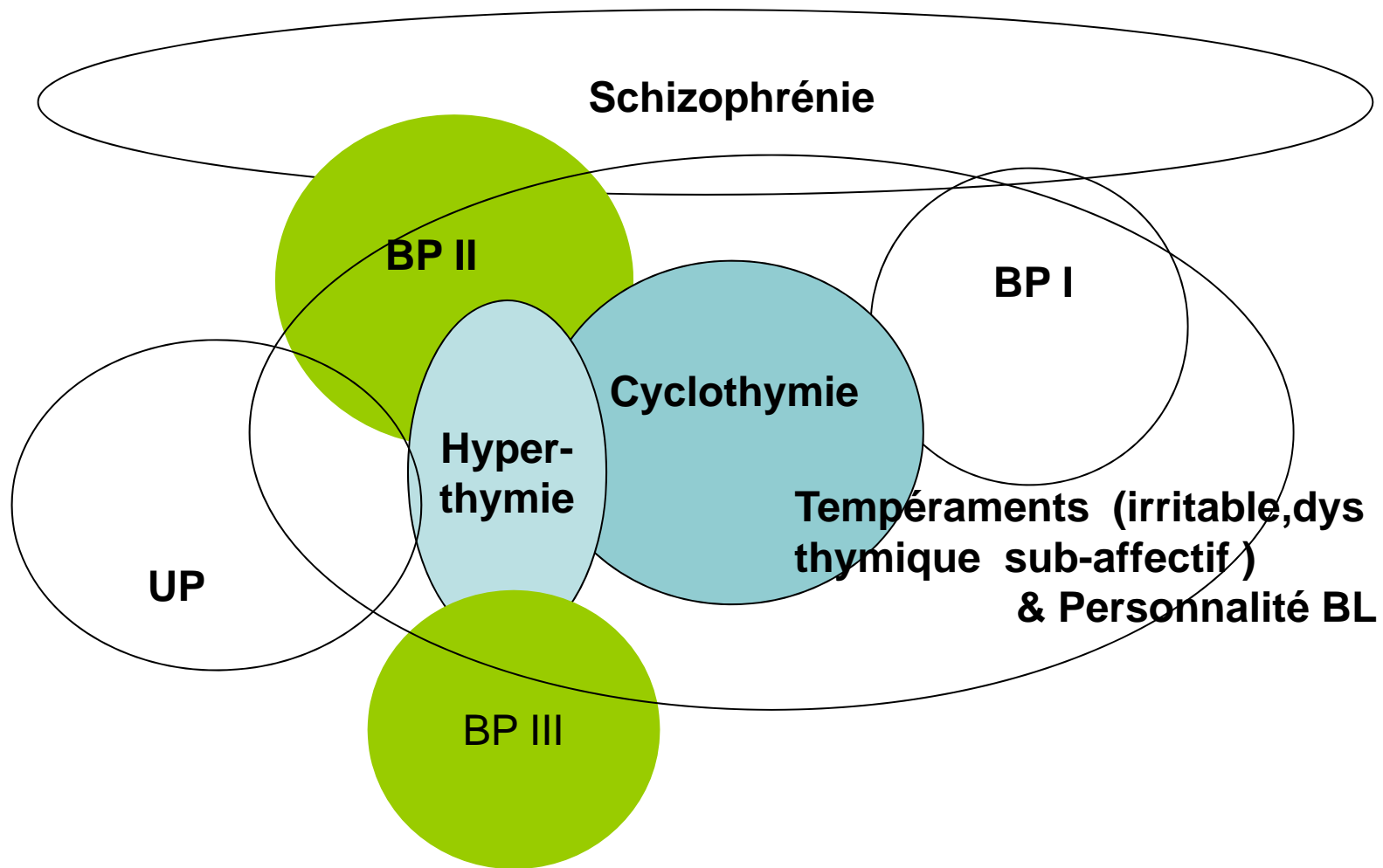
AKISKAL et PINTO (1999) 8 catégories de BIP

- 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)

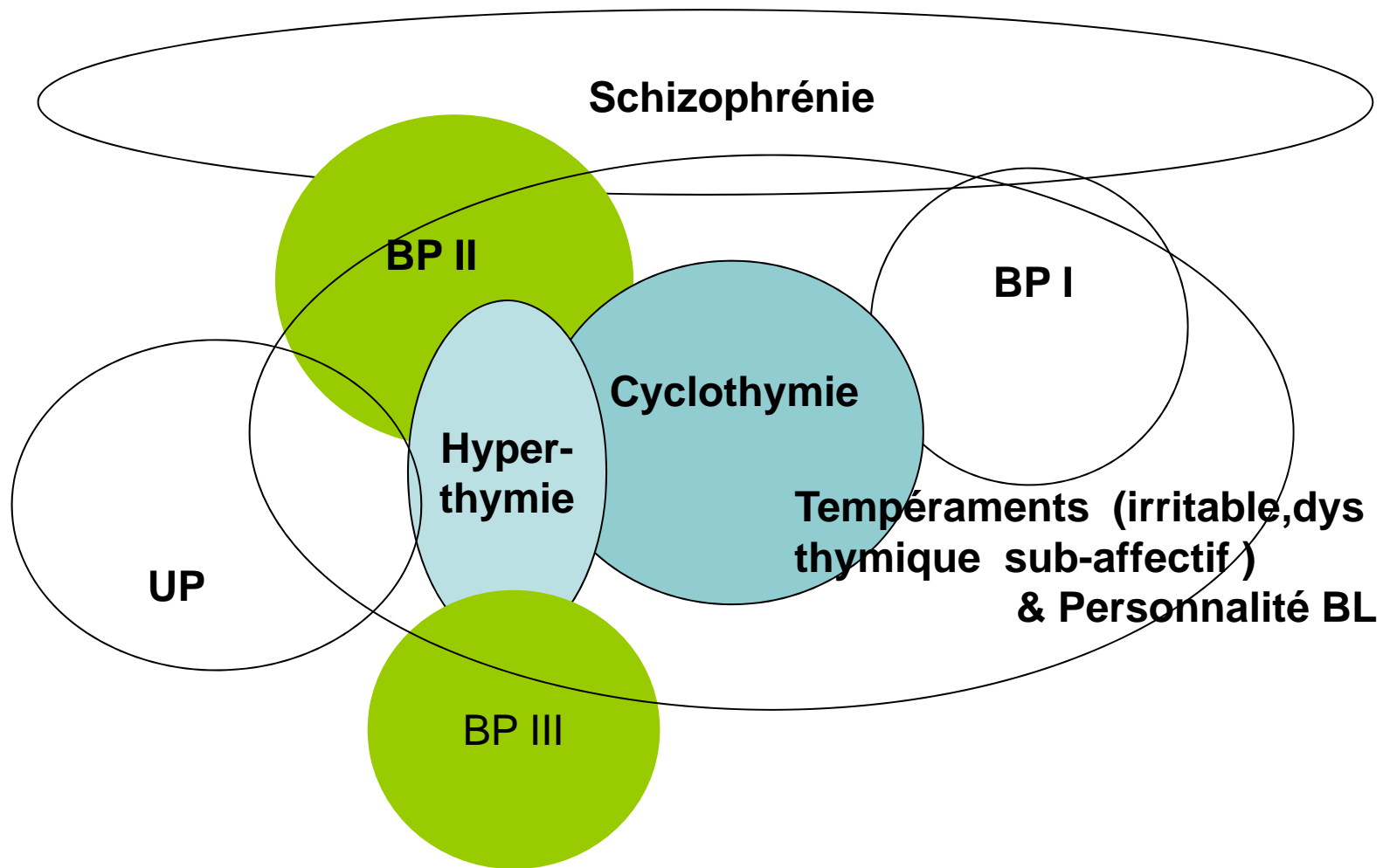
- Kahlbaum (1882)
- Durée minimale de 2 ans de m et d
- Environ 1% predominance feminine
- Début 15-25 ans
- État sub-syndromique
- Hypersensibilité au stress
- 1/3 évolution vers BP II

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

