

Psychoéducation des troubles bipolaires

Le diagnostic des troubles bipolaires

Annecy, le 3 mars 2012

Dr Niculescu Dan
dr.niculescudan@gmail.com

Objectifs de la présentation

- **Pourquoi les patients devraient-ils connaître la démarche diagnostique?**
- **Apprendre à poser le diagnostic de TB.**
- **Connaître et apprendre à utiliser les outils diagnostiques pour les TB .**

Les erreurs diagnostiques

- En 1994, une étude de suivi auprès NDMDA trouvait:
 - un tiers des patients bipolaires suivis depuis 10 ans n'étaient pas bien diagnostiqués;
 - ...plus de moitié étaient déjà suivis par plus de trois médecins avant de parvenir au bon diagnostic (Hirschfeld, 2002);
 - En 2000 (la même étude) trouvait:
 - 69% des patients avaient un diagnostic erroné
 - seulement 20% des patients étaient correctement diagnostiqués dans leur première année de la maladie,
 - 35% des patients avec un retard de 10 ans.
-

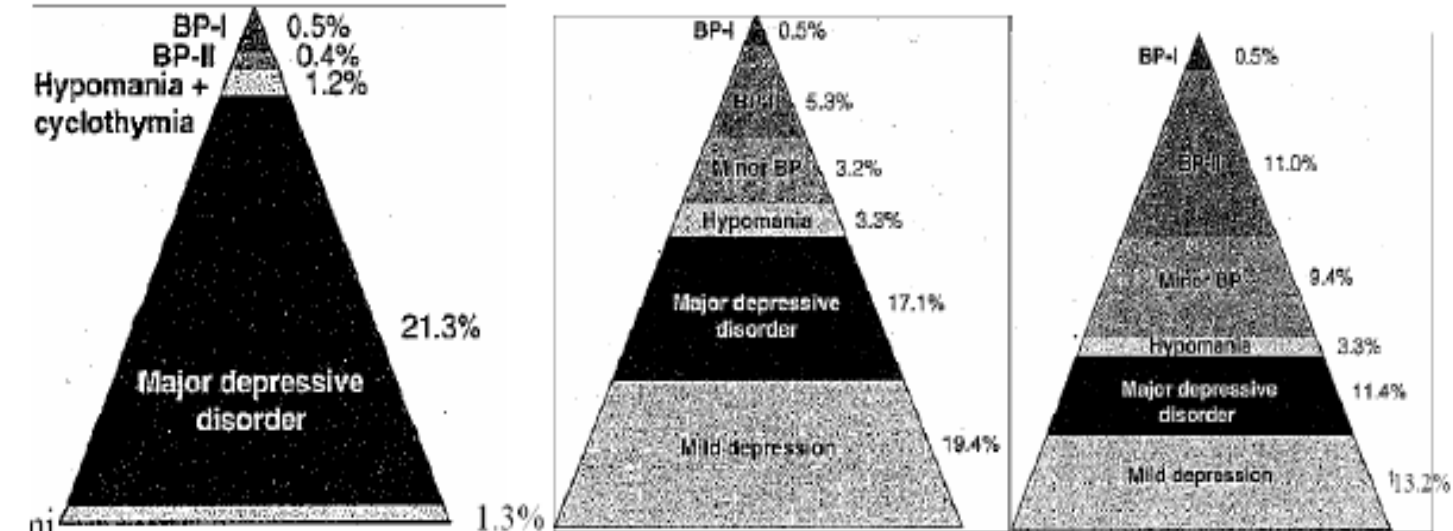
Sur le site de l'Association pour l'Information sur les Troubles Bipolaires (AITB)

- «Il faut en moyenne 8 ans et 4 psychiatres pour qu'un diagnostic soit posé;
- Il faut ensuite trouver un psychiatre qui sache bien soigner les troubles bipolaires .
- Et ils sont très peu nombreux. »
 - (<http://www.argos2001.org/indexNew.html>)

Les erreurs diagnostiques existent !

- Le plus souvent (43 à 68% de cas), les praticiens confondent la maladie bipolaire avec la dépression (NDMDA, 2001, p. 3) (Kaye, 2005, p. 271).
- 40% des patients diagnostiqués avec dépression unipolaire étaient en réalité des bipolaires, même si auparavant ils ont présenté plusieurs épisodes de manie ou d'hypomanie (Ghaemi, Sachs et col., 1999)

La prévalence des troubles bipolaires



DSM IV (Angst et Gamma 2002)

Prévalence de trouble bipolaire dans la population présentant un trouble de l'humeur = 24%
Ratio Dépression/Bipolarité selon DSM = 10,8

Les critères « hard » de Zurich

Prévalence de trouble bipolaire dans la population présentant un trouble de l'humeur = 48,8%
Ratio Dépression/Bipolarité selon les critères « hard » de Zurich = 3

Les critères « soft » de Zurich

Prévalence de trouble bipolaire dans la population présentant un trouble de l'humeur = 48,8%
Ratio Dépression/Bipolarité selon les critères « hard » de Zurich = 1

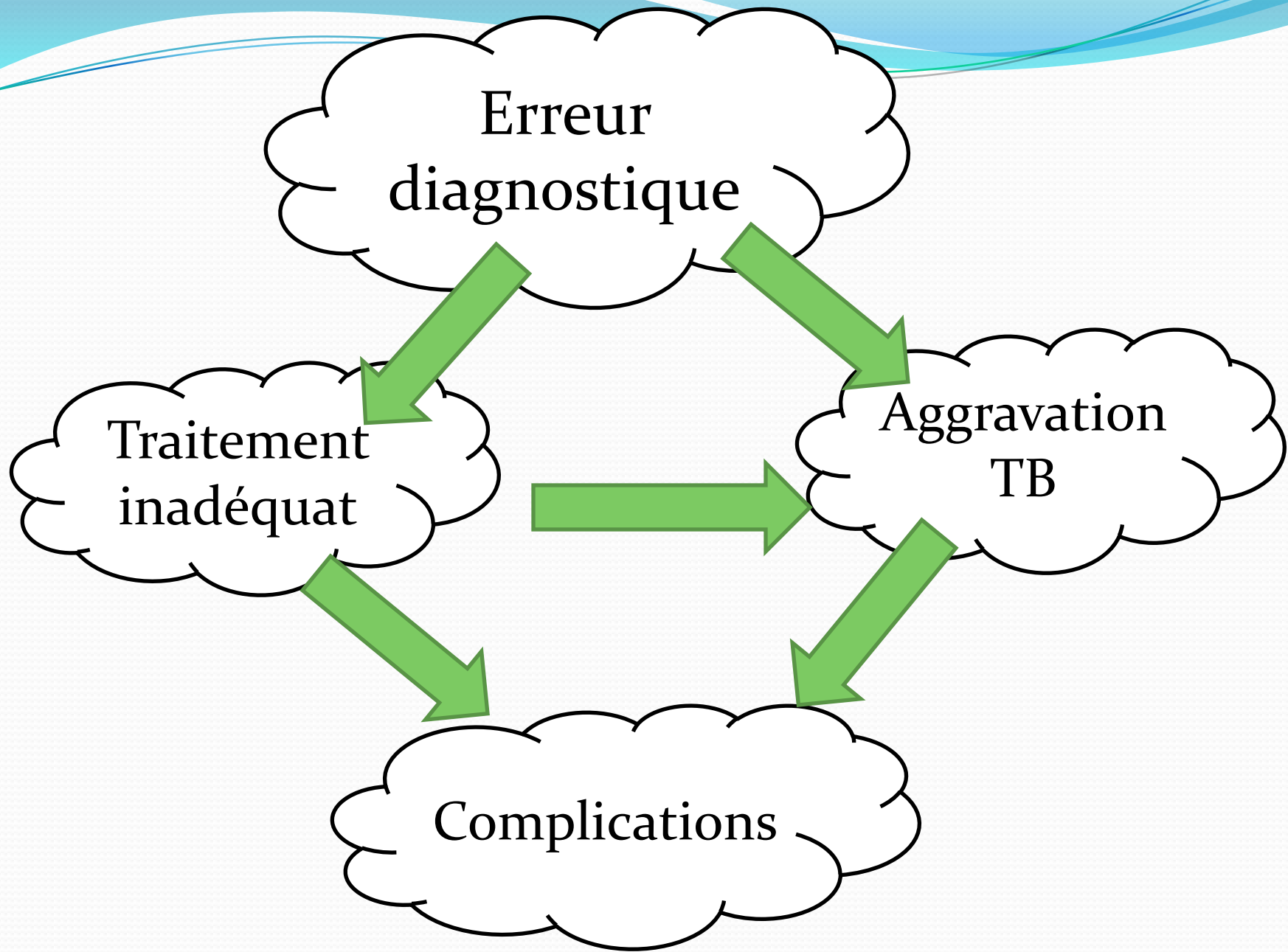
Tableau 2 : La bipolarité selon Angst et Gamma (2002)

Les conséquences d'un diagnostic incorrect

- Aggravation de la maladie:
 - l'évolution vers les cycles rapides (risque de suicide)
 - l'évolution vers les états mixtes (risque de suicide)
- Les complications :
 - la majoration des symptômes
 - les symptômes résiduels entre les épisodes
 - l'évolution chronique avec handicap et mortalité
 - l'augmentation de la fréquence et de la durée des épisodes...
 - les conduites impulsives, l'abus d'alcool ou de drogues, les épisodes délirants aigus, les actes médico-légaux, les achats compulsifs

Les conséquences d'un diagnostic incorrect

- Erreur diagnostique = aggravation des troubles
- Erreur diagnostique = traitement inadéquat
- Traitement inadéquat = sur-aggravation des troubles



Les conséquences d'un diagnostic incorrect

- Si la maladie n'est pas reconnue tôt dans son évolution (**erreur diagnostique**) et si elle n'est pas soignée adéquatement (**traitement inadéquat**) : 15 à 20% des bipolaires non soignés meurent par suicide et 40% font des tentatives de suicide (Bourgeois, 2007, p. 19).

Les erreurs diagnostiques

- Le **diagnostic** de trouble bipolaire est **confondu** le plus souvent avec celui d'épisode dépressif et
- Ces **médecins traitent** la dépression bipolaire avec des **antidépresseurs** (Figueira, 2002, p. 92, Bourgeois, 1997, p. 83).
- Malheureusement, ceux-ci sont pourvoyeurs de virages maniaques et pourraient aggraver l'évolution naturelle du trouble bipolaire (Tjuile et col., 2006, p.767, 772)...
- en termes de morbidité, mortalité, mauvais fonctionnement et suicide (Kaye, 2005, p. 271, 279).

Erreur diagnostique = traitement inadéquat

En théorie:

- La Haute Autorité de Santé suggère que si un antidépresseur doit être prescrit (dans la dépression bipolaire), il doit l'être en association avec un traitement thymorégulateur.

En pratique:

- L'étude de Baldessarini et col. (2010b) :
 - 50% des patients diagnostiqués comme bipolaires 1 et 2 ont reçu un traitement initial un antidépresseur en monothérapie
 - ce traitement durait environ 22 - 44 semaines.
- L'étude de Pacchiarotti et col., (2010) :
 - 64,2% des bipolaires ont reçu un antidépresseur en monothérapie pour leur premier épisode dépressif;
 - 68.8% des patients bipolaires utilisent habituellement des antidépresseurs.

Conclusions sur le diagnostic dans la pratique médicale

- Même les psychiatres ne parviennent pas dans un grand nombre de cas à poser le diagnostic de dépression bipolaire (Cassano et col., 2004, p. 1264), qui reste ainsi sous-diagnostiquée (Kaye, 2005, p. 271).
- Pour environ la moitié des patients bipolaires sous traitement, le bon diagnostic n'est pas toujours posé (Angst, 2009).
- Ces aspects de la réalité clinique devraient mobiliser les patients bipolaires dans l'adoption d'une position active dans la prise en charge avec les médecins.

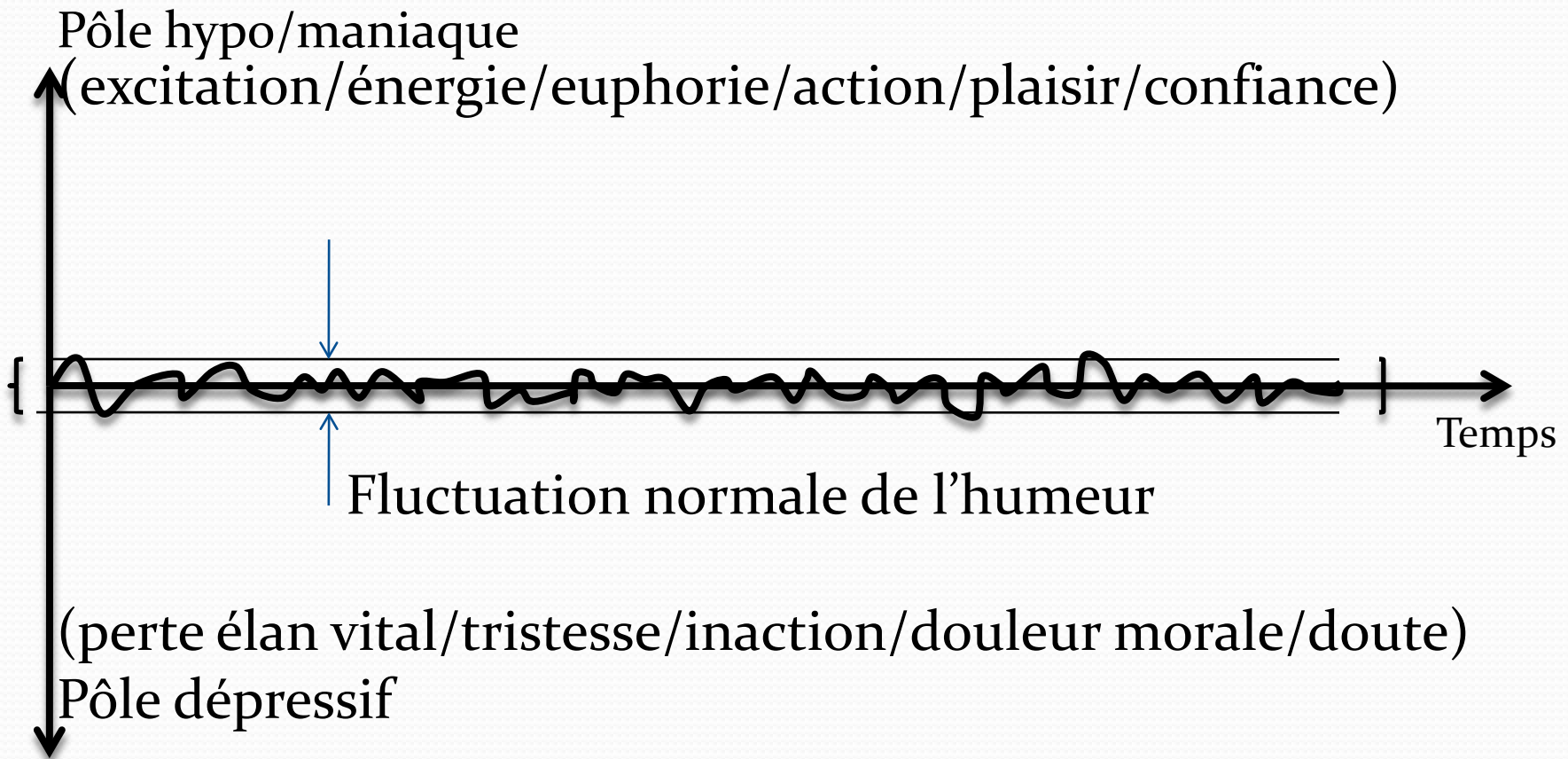
Stratégies diagnostiques des TB ?

- Devant toute dépression, il faut s'interroger sérieusement sur la possibilité d'un trouble bipolaire.
- L'élément cardinal de la maladie bipolaire est le registre des manifestations de l'hypo/manie

DONC

- Il faut chercher ces manifestations...

Rappel: l'humeur normale

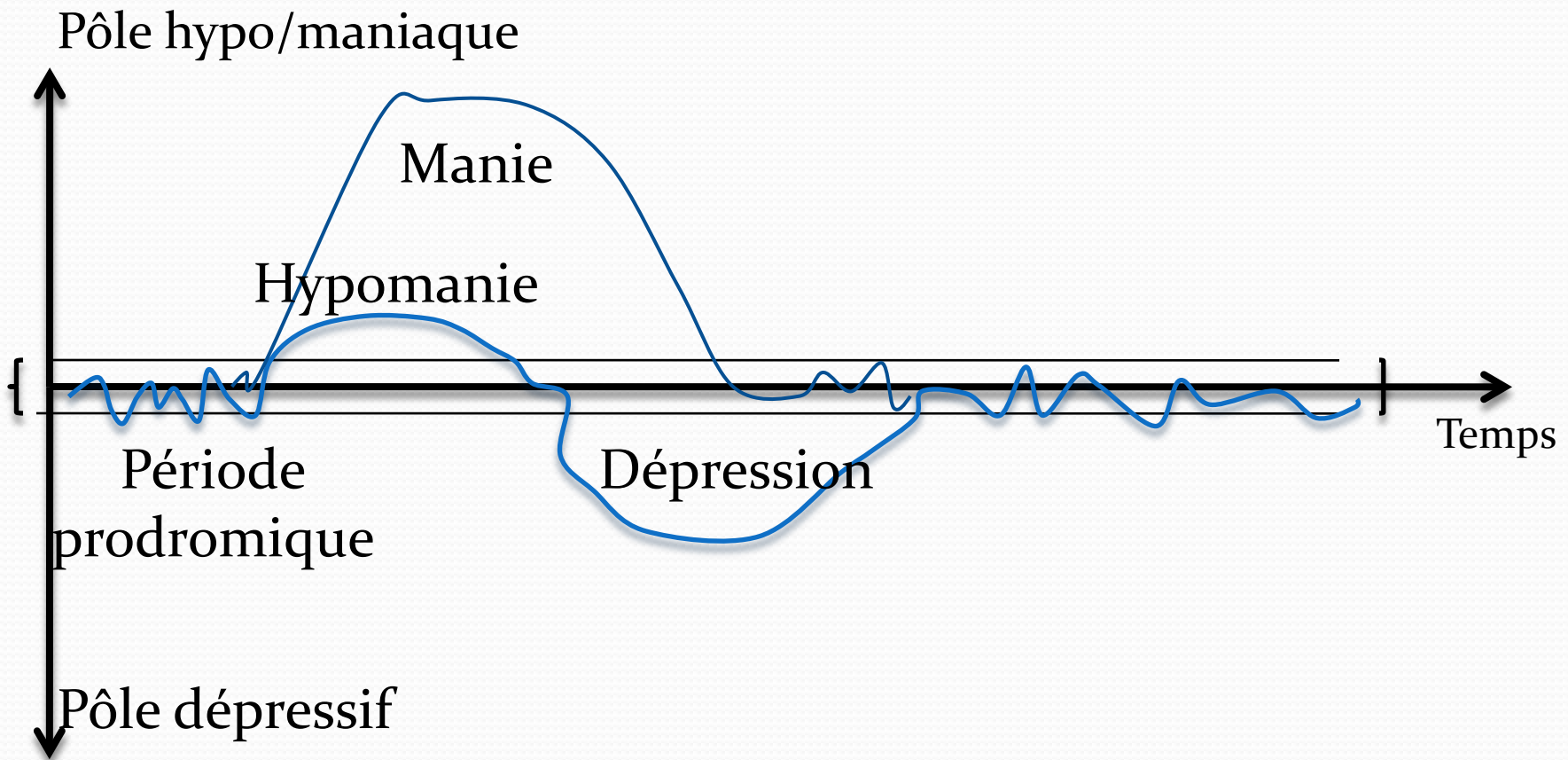


Les types de TB

selon Akiskal et Pinto (1999).

- trouble bipolaire 1/2 : trouble schizo-bipolaire;
- **trouble bipolaire I : épisode maniaque et dépressif;**
- trouble bipolaire I +1/2 : dépression avec hypomanie prolongée;
- **trouble bipolaire II : dépression associée à des phases hypomaniaques spontanées discrètes ;**
- trouble bipolaire II+1/2 : dépression sur fond de tempérament cyclothymique ;
- **trouble bipolaire III : dépression avec hypomanie induite par les antidépresseurs ou un autre traitement ;**
- **trouble bipolaire III +1/2 : oscillations marquées de l'humeur associées à un contexte addictif ou un abus d'alcool ;**
- trouble bipolaire IV : dépression sur fond de tempérament hyperthymique

Les 4 périodes essentielles des TB



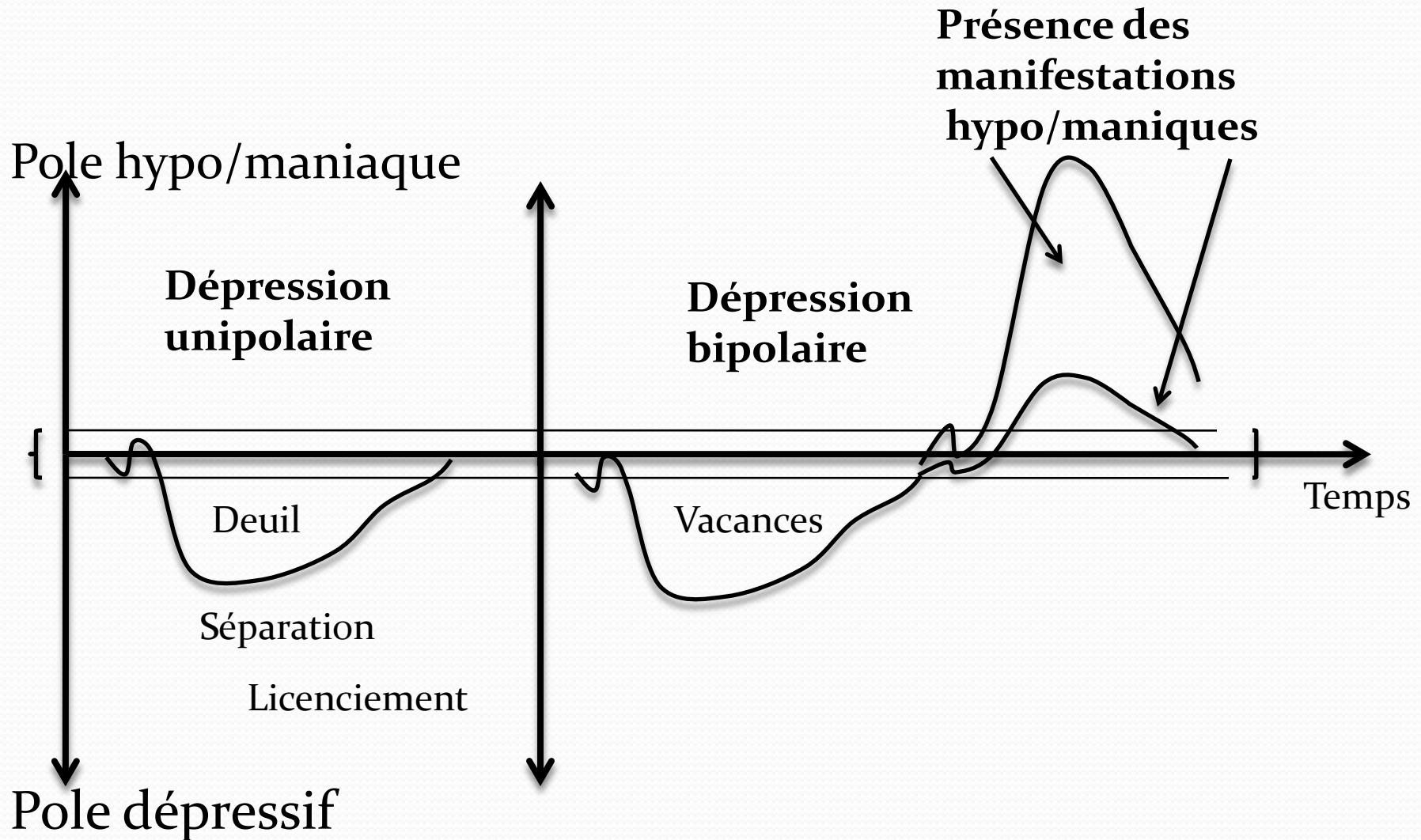
Poser le diagnostic de TB

1. Reconnaître la présence d'un état dépressif et
2. S'interroger sérieusement sur la possibilité d'un trouble bipolaire;
3. Rechercher les manifestations du registre hypo/maniaque.

Les outils de dépistage de TB devant un état dépressif

1. SQD-P,
2. Faire la différence entre la dépression unipolaire et celle bipolaire.

Dépression unipolaire vs bipolaire



Les outils de dépistage de TB devant un état dépressif

	0	1
Le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs	0	Un ou plusieurs
L'histoire familiale: membres au premier degré avec histoire d'épisode dépressif majeur ou manie	Négative	Positive
Présence d'idées délirantes, de quelque nature durant l'épisode actuel de dépression (de type de persécution, somatique, grandeur, religieux, nihiliste)	Absent	Présent

SAD-P (Solomon et col., 2006)

Un score supérieur à 2 suggère que l'épisode dépressif peut faire partie d'un trouble bipolaire

Caractéristiques de la dépression bipolaire versus la dépression unipolaire

Caractéristiques	Dépression bipolaire	Dépression unipolaire
Antécédents Manie/hypomanie	Oui	Non
Sex ratio	1	F > H
Age ratio	Adolescence – 20-30 ans	30-50 ans
Episode post-partum	Plus commun	Moins commun
Début épisode	Souvent brutal	Plus insidieux
Nombre d'épisode	↑	↓
Durée épisodes	3-6 mois	3-12 mois
Sommeil	Hypersomnie > Insomnie	Insomnie > Hypersomnie
Antécédents familiaux BP	↑	↓
Antécédents familiaux UP	↑	↑
Prise d'antidépresseurs	Manie/hypomanie induite	Hypomanie induite (manie- rare)
Traitement par Li	Effet aigu antidépresseur	Inefficace en général

Les caractéristiques des syndromes dépressifs, probabilité de la dépression bipolaire versus la dépression unipolaire (KAYE, 2005, p. 275)

Caractéristiques de symptômes dépressifs	Probabilité de dépression bipolaire	Probabilité de dépression unipolaire
Abus de substance	Très grande	Moyenne
Histoire familiale	Habituellement	Parfois
Saisonnière	Commune	Occasionnelle
Premier épisode avant 25 ans	Très commune	Parfois
Épisode post-partum	Très commune	Parfois
Symptômes psychotiques	Hautement prédictif	Non spécifique
Forme atypique	Commune	Occasionnelle
Changement rapide de l'humeur	Typique	Inhabituelle
Récurrence plus de 3 épisodes	Commune	Inhabituelle
Virage hypo/maniaque	Prédictive	Inhabituelle
Épisode dépressif majeur inférieur à 3 mois	Suggestive	Inhabituelle (plus de 3 mois)
Inefficacité des traitements antidépresseurs	Suggestive	Inhabituelle
Allure mixte de l'épisode (symptômes hypomaniaques et dépressifs simultanément)	Prédictive	Rare

Les outils de dépistage diagnostique des manifestations du registre de l'hypo/manie

- **Les critères DSM et CIM 10**
- Le test MDQ (Hirschfeld et col., 2000) ;
- L'index de bipolarité de Sachs (Sachs, 2004) ;
- Le questionnaire de *screening pour le spectre bipolaire (de Goldberg)* ;
- L'auto-questionnaire d'Angst à 20 items
- HCL 32 (hypomanie check-list) ;
- MAS (Mania Rating Scale);
- L'inventaire des manifestations du registre hypo/maniaque .

Les manifestations de l'épisode maniaque (DSM IV-TR)

Période durant au minimum une semaine (ou toute autre durée si l'hospitalisation est nécessaire) où l'humeur est anormalement élevée de façon persistante. Cette élévation de l'humeur doit être accompagnée d'au moins trois des sept symptômes suivants :

- 1. idées de grandeur ;
- 2. réduction du besoin de sommeil ;
- 3. plus grande communicabilité que d'habitude ;
- 4. fuite des idées ;
- 5. distractibilité ;
- 6. augmentation de l'activité orientée vers un but (ou agitation psychomotrice) ;
- 7. engagement excessif dans des activités agréables, mais à potentiel élevé de conséquences dommageables.

Les manifestations de l'épisode maniaque(CIM 10)

- Les mêmes critères que DSM-IV-TR, + deux autres symptômes :
 - la levée des inhibitions sociales normales entraînant des conduites imprudentes, déraisonnables, inappropriées ou déplacées
 - et
 - l'augmentation marquée de l'énergie sexuelle.

Les manifestations de l'hypomanie (DSM IV-TR)

- Les critères de l'épisode maniaque mais:
 - durée plus courte (quatre jours) et
 - un fonctionnement modifié mais pas sévèrement altéré

Les manifestations de l'hypomanie (CIM 10)

- L'élévation légère et persistante
 - de l'humeur,
 - de l'énergie et
 - de l'activité,
- Réduction du besoin de sommeil,
- Désir de parler,
- Sentiment intense de bien-être et d'efficacité,
- Sociabilité accrue,
- Augmentation de l'énergie sexuelle.

Inventaire des symptômes du registre hypo/maniaque

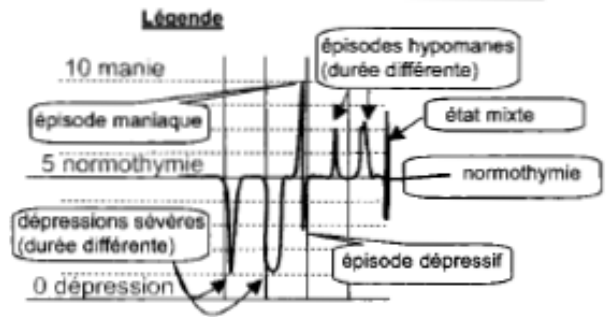
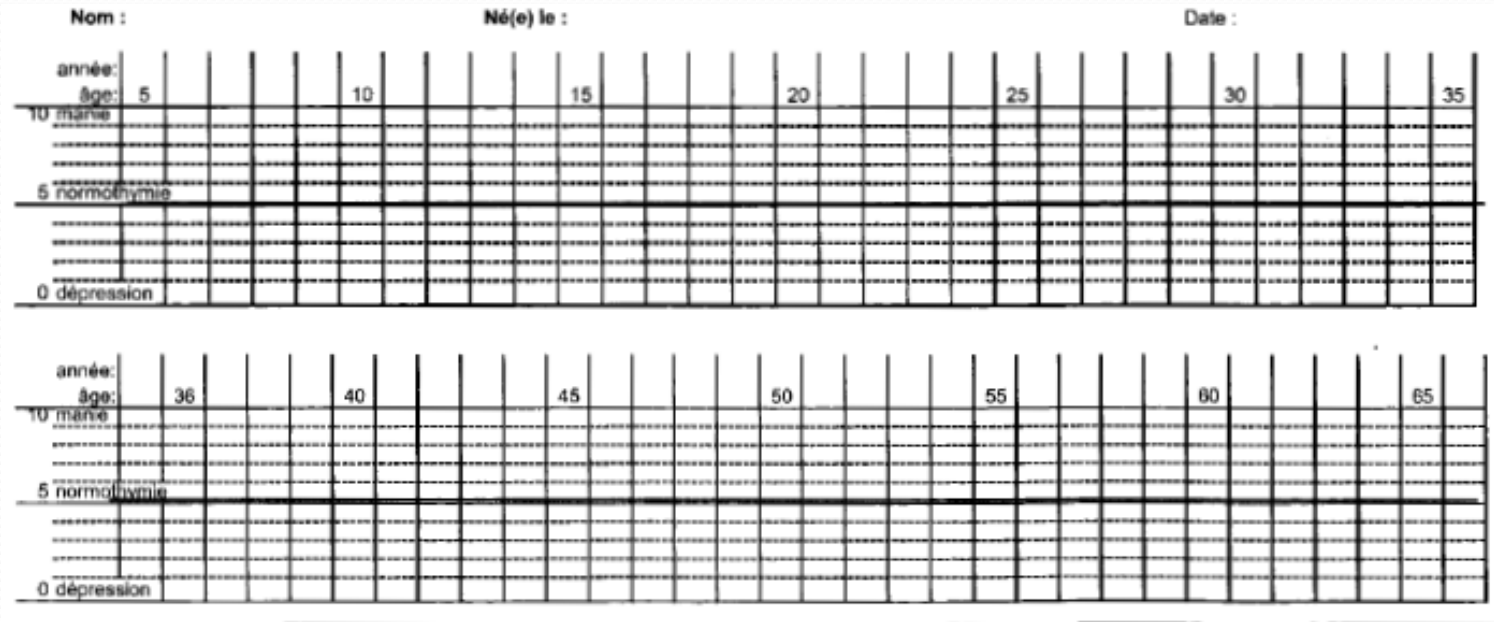
- Représente l'ensemble des manifestations recherchées par les outils de dépistage diagnostique appartenant au registre hypo/maniaque
 - (distribué en salle et sur Internet).

Les prodromes

- Discussions sur le sens et la définition des prodromes.

Graphique de l'humeur sur la vie

(Ferrero et Aubry, 2009, p. 62)



- H** = hospitalisation
- ⚡** = tentative de suicide **sans** hospitalisation
- ⚡** = tentative de suicide **avec** hospitalisation

- = symptômes psychotiques
- = attaques de panique

Agenda hebdomadaire de l'humeur

(Ferrero et Aubry, 2009, p. 245)

		Jour de la semaine Heure		Lundi				Mardi				Mercredi				Jeudi				Vendredi				Samedi				Dimanche			
				8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20
Irritabilité	sévère																														
	modérée																														
Manie	extrême	10																													
	sévère	9																													
	marquée	8																													
	moyenne	7																													
	légère	6																													
Humeur normale		5																													
	légère	4																													
	moyenne	3																													
	marquée	2																													
	sévère	1																													
Dépression	extrême	0																													
Nb de changement d'humeur / jour																															

		Jour de la semaine		Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi		Dimanche	
insomnie		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
anxiété																	

EVENEMENTS :

Devoirs

- Remplir le graphique de l'humeur sur la vie;
- Remplir la fiche hebdomadaire d'auto observation;
- Reconnaître et entourer les symptômes identifiés sur l'inventaire du registre hypo/maniaque;
- Faire une liste de 5 prodromes.

Bibliographie

- **ANGST J., GAMMA A., 2002, Prevalence of Bipolar Disorders: Traditional and Novel Approaches, *Clinical Approaches in Bipolar Disorders*, 1: 10-14;**
- **ANGST J., Psychiatry NOS (not otherwise specified), *Salud Mental*, 2009;32:1-2;**
- **BALDESSARINI et col., 2010, Bipolar depression: overview and commentary, *Harvard Rev. Psychiatry* 18, 143-157;**
- **CASSANO G. et col., The Mood Spectrum in Unipolar and Bipolar Disorder: Arguments for a Unitary Approach, *American Journal of Psychiatry*, July 2004, 161:7;**
- **BECH dans AKISKAL Hagop, MAJ Mario et col., 2002, p. 89), MAS (Mania Rating Scale);**
- **BOURGEOIS M., 2007, *Manie et dépression : Comprendre et soigner les troubles bipolaires*, Odile Jacob, Paris;**
- **FERRERO Francois et Jean-Michel AUBRY, *Traitements psychologiques des troubles bipolaires*, © 2009 Elsevier Masson SAS.**
- **FIGUEIRA M., The Relevance of a Clinical Approach Towards an Earlier Diagnosis of the Bipolar Spectrum, dans *Bipolar Disorder*, AKISKAL Hagop, MAJ Mario et col, John Wiley & Sons, Ltd.;**
- **GHAEMI N., SACHS G. et col., 1999, Is bipolar disorder still underdiagnosed ? Are antidepressants overutilized ?, *Journal of Affect Disorder*, 52:135- 44;**
- **HAS (Haute Autorité de Santé de France), 2009, Guide du médecin dans le Trouble Bipolaire ;**
- **HIRSCHFELD R. et col., 2000, Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire, *American Journal of Psychiatry*; 157(11):1873-5;**
- **HIRSCHFELD R., 2002, How Prevalent is the Bipolar Spectrum?, dans *Bipolar Disorder*, AKISKAL Hagop, MAJ Mario et col, John Wiley & Sons, Ltd.;**
- **KAYE N., 2005, Is Your Depressed Patient Bipolar?, *The Journal of the American Board of Family Medicine*, Stanford, July-August, Vol. 18 No. 4;**
- **PACCHIAROTTI I. et col., 2010, Differential outcome of bipolar patients receiving antidepressant monotherapy versus combination with an antimanic drug, *Journal of Affect. Disorder*;**
- **SACHS G., 2004, Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management, *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 110 (Suppl. 422): 7-17;**
- **SOLOMON D., LEON A., MASSER J. et col., 2006, Distinguishing bipolar major depression from unipolar major depression with the screening assessment of depression-polarity (SAD-P), *Journal of Clinical Psychiatry*; 67(3):434-442;**
- **THUILE J. et col, 2006, Traitement pharmacologique des dépressions bipolaires, *L'Encéphale*, 32, cahier 1;**

- 
- Je vous remercie pour votre attention !