

Chapitre 1

QU'EST-CE QUE LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

DESCRIPTION

Le propre de l'humeur est sa variabilité chez tout un chacun, en fonction des circonstances de la vie. Des événements de vie négatifs orientent tout naturellement l'humeur vers la tristesse, tandis que des événements heureux l'orientent normalement vers la gaieté. Ces variations n'excèdent cependant pas les limites d'une normalité thymique à l'intérieur de laquelle elles restent contenues.

Le franchissement de ces limites dans un sens expansif ou dépressif détermine le seuil de la pathologie. Nous allons donc parler de ce seuil et de ses différentes possibilités de débordements.

Le trouble bipolaire dans sa forme la plus typique (bipolarité dite de type I) est une affection chronique de l'humeur qui se manifeste par la succession à un rythme indéterminé d'états thymiques maniaques et/ou dépressifs. L'humeur hors normes est devenue comme indépendante du sujet qui n'en contrôle plus les conséquences existentielles.

Ainsi les troubles bipolaires associent aux états dépressifs des états inverses d'expansivité de l'humeur. Cette humeur euphorique, accompagnée d'agitation et souvent de pensées « de toute-puissance », porte le nom d'humeur maniaque qui n'a donc rien de commun avec son synonyme de la langue française désignant un comportement méticuleux et précis.

L'épisode maniaque

Il s'agit d'un état expansif ou irritable qui dure depuis une semaine au moins et dans lequel le sujet présente une hyperactivité inhabituelle, une multiplication des contacts sociaux, peu à peu une euphorie s'installe. Elle s'accompagne d'idées de grandeur, d'une toute-puissance, une accélération de la pensée, l'attention est éparpillée le sujet est distrait par la moindre stimulation, une insomnie sans fatigue, une logorrhée et une hyperactivité, voire une augmentation de la consommation de tabac, d'alcool, ou encore de conduites délictueuses. L'enthousiasme est constant, l'euphorie fréquente laissant alternativement place à l'irritabilité et à la causticité.

Le patient se présente le plus souvent comme enjoué, jovial, volubile, familier, voire extravagant. Il n'existe pas un unique tableau clinique de manie mais plusieurs types : aiguës, délirantes, stuporeuses, mixtes.

L'épisode dépressif

Il est défini chez des adultes par la présence pendant au moins deux semaines, soit d'une humeur triste, soit de la perte d'intérêt ou de plaisir dans toutes les activités.

Le ralentissement des gestes et de la pensée est quasi omniprésent.

La pensée est mono-idéique, centrée sur la tristesse et le désespoir, avec pour conséquences une aboulie, une impossibilité à prendre des décisions et une inaptitude à la concentration.

Les sentiments d'inutilité, de dévalorisation ou de culpabilité complètent ce tableau où des idées récurrentes de mort peuvent apparaître jusqu'à se concrétiser en une idéation suicidaire.

La vie sociale est accomplie à grand-peine et avec un découragement.

Les plaintes physiques sont constantes, polymorphes mais souvent orientées sur une grande fatigue. L'insomnie, classiquement définie par un réveil précoce, aggrave l'asthénie.

L'alternance de ces deux états détermine la maladie maniaco-dépressive ou trouble bipolaire de type I qui, dans ses deux versants, peut associer des éléments délirants de toute-puissance mégalomane pour l'un et de ruine culpabilisée pour l'autre (appelés alors signes psychotiques).

L'espace intercritique appelé souvent intervalle libre

En période intercritique, les sujets sont *a priori* indemnes de tout symptôme thymique ; on parle alors d'euthymie. Cette période laisse s'exprimer d'autres souffrances possibles du sujet : perturbations anxieuses, traits de personnalité particuliers... (descriptions réalisées d'après les classifications internationales (américaine pour le DSM-IV et de l'Organisation mondiale de la santé pour la CIM-10) (annexe 1)).

Les faux amis

Avant de poser un diagnostic de trouble de l'humeur devant un tableau clinique caractéristique, on ne doit pas négliger le fait que des pathologies somatiques, des abus de substances ou d'autres pathologies psychiatriques peuvent imiter le trouble. Un diagnostic différentiel se justifie donc avec :

- certaines pathologies somatiques pouvant induire une dépression ou « mimer » l'état maniaque :
 - troubles neurologiques (type maladie de Parkinson, sclérose en plaques),
 - infections microbiennes,
 - maladies endocriniennes et notamment thyroïdiennes,
 - prise de toxiques ou médicaments tels que corticoïdes, dérivés amphétaminiques...,
 - déficit vitaminique,
 - maladies chroniques ou douloureuses,
 - certaines tumeurs cérébrales ;
- la schizophrénie.

Le diagnostic différentiel souvent le plus difficile à faire est celui de la schizophrénie, maladie chronique envahissant tous les champs de l'expérience humaine : comportements, pensées, émotions, perceptions et entraînant des symptômes très variés.

Le polymorphisme de la schizophrénie, sa tendance à l'isolement social, ses périodes délirantes, son âge de début sont autant d'éléments de confusion potentiels, mais une exploration clinique minutieuse, suivie dans le temps sur plusieurs mois par le même clinicien permettent de différencier les deux affections. D'autant plus que, pour complexifier la démarche diagnostique, des signes psychotiques comme des idées délirantes, des hallucinations, des discours et comportements désorganisés... peuvent être présents tant dans la phase maniaque que dépressive du trouble bipolaire classique. Un praticien exercé à cette démarche diagnostique établira cette différenciation.

Aux côtés de ces diagnostics différentiels médicaux, il existe des pièges psychologiques habituels que nous avons rassemblés dans l'encadré ci-dessous.

CE QUE N'EST PAS LE TROUBLE BIPOLAIRE

- Un comportement excentrique, ni hystérique du fait de phases différentes dans l'année.
- Une labilité émotionnelle, l'humeur variant plusieurs fois en quelques heures.
- Un trouble du comportement secondaire à la prise de toxiques.
- Une réaction d'opposition développée en regard de l'autre.

Comment le dépister ?

Certains auteurs se sont intéressés à la possibilité d'un dépistage du trouble bipolaire, notamment aux États-Unis.

Ce dépistage s'effectue par l'intermédiaire d'entretiens psychologiques structurés qui identifient les symptômes, mais ils sont longs, demandent beaucoup trop de temps pour être réalisés à grande échelle (Zimmerman, 2004), et nécessitent, en outre, d'être réalisés par des médecins, psychologues, ou chercheurs rompus à leur utilisation et restent donc du domaine de la recherche médicale.

En pratique de consultation, la question du dépistage du trouble bipolaire, au sein de la population de patients consultant pour dépression, se pose. La *Food and Drug Administration* (FDA), aux États-Unis, recommande avant toute prescription de médicaments antidépresseurs (Pelps *et al.*, 2006) une recherche de bipolarité.

Suspecter le trouble bipolaire :

- dans les troubles dépressifs à début précoce (préadolescence) ;
- devant des épisodes dépressifs récurrents ;
- devant un diagnostic de troubles anxieux ;
- devant un diagnostic de trouble addictif ;
- devant une irritabilité manifeste s'accompagnant d'une impulsivité ;
- devant des « hauts et des bas » renouvelés ;
- devant une hyperréactivité émotionnelle ;
- devant une histoire familiale de troubles bipolaires ;
- devant des antécédents de dépressions voire de suicides.

C'est pourquoi d'autres outils de dépistage tentent d'être mis en forme, parmi eux, les auto-questionnaires remplis par le patient. Ils sont au nombre de trois, mais un seul connaît une traduction française.

Le *Mood Disorder Questionnaire* ou MDQ a été développé par Hirschfeld *et al.* (2000). Son but est d'améliorer le dépistage du trouble bipolaire de type I et II ; il peut être rempli par le patient sur un questionnaire. Cet auto-questionnaire rapide comprend treize items balayant les symptômes dont les réponses proposées sont fermées en oui ou non. Quatre items complémentaires portant sur la simultanéité des symptômes, et sur le retentissement psychosocial de la souffrance.

D'après Hirschfeld *et al.* (2000), cet outil a une bonne sensibilité (73 %) et une très bonne spécificité (90 %) sur les patients ambulatoires suivis en psychiatrie. Une autre équipe (Miller *et al.*, 2004) trouve des résultats plus nuancés, en termes de performance, en situation de face à face. La sensibilité globale du MDQ est alors de 58 % ; avec de meilleurs résultats en ce qui concerne le trouble bipolaire de type I (70 %).

Pour sa version en langue française, toute récente, les qualités métrologiques du MDQ pour des patients suivis pour trouble de l'humeur montrent d'excellents résultats avec une sensibilité de 73 % et une spécificité de 90 % (Rouget *et al.*, 2005).

Il est validé sur une population ambulatoire présentant un trouble de l'humeur en Suisse. Les patients étaient suivis dans un centre spécialisé dans les troubles de l'humeur. Les qualités métrologiques retrouvées sont similaires à celle de l'équipe de Hirschfeld. D'autres questionnaires sont également utilisés comme le DIGFAST notamment (ou RAPIDE en français) de Ghaemi *et al.*, (1999), basé sur sept éléments cliniques permettant un diagnostic rapide de bipolarité.

La *check-list* d'hypomanie de Angst est bien connue et largement diffusée. Il s'agit d'un auto-questionnaire en vingt items (1998) qui a été traduit et validé en population française au cours de l'étude « Edipe ». Un score strictement supérieur à 10 évoque le diagnostic de trouble bipolaire.

Les limites bien sûr de ces auto-questionnaires tiennent en partie à la conscience des troubles par l'individu. En général, il est admis par la plupart des auteurs qu'un défaut de prise de conscience de la maladie est responsable d'une sous-évaluation par les échelles d'auto-évaluation (Ghaemi, 2005). Selon certains auteurs, le trouble bipolaire de type II serait plus concerné par ce défaut d'appréciation que le trouble bipolaire de type I (Pallanti, 1999), car l'épisode hypomaniaque est difficilement repéré comme pathologique par le sujet.

Les enjeux actuels

Ce trouble de l'humeur périodique, intermittent, variant dans sa forme, son intensité, est source d'importantes difficultés diagnostiques. Ces difficultés ont été objectivées par plusieurs études. Goldberg (2003) retrouve un délai moyen de dix ans entre l'apparition des premiers symptômes évocateurs de trouble bipolaire et l'instauration d'un traitement adapté.

Les études réalisées par la Depressive and Manic-Depressive Association aux États-Unis (Lish en 1994 et Hirschfeld en 2003) confirment ce retard diagnostic d'une dizaine d'années. Par ailleurs, Hirschfeld montre que 69 % des patients bipolaires avaient un premier diagnostic erroné. On avait évoqué chez ces patients une moyenne de 3,5 diagnostics différents et ils avaient vu en moyenne quatre médecins avant de recevoir un diagnostic correct. Le trouble bipolaire était le plus souvent confondu avec un état dépressif majeur (60 % des cas), un trouble anxieux (26 %), une schizophrénie (18 %), une personnalité borderline (17 %).

Un des enjeux actuels est de dépister plus précocement les troubles bipolaires afin de pouvoir instaurer un traitement efficace pour améliorer le devenir personnel et social de l'individu.