

Troubles bipolaires de l'adolescent et de l'adulte IC-64

- Connaître la définition d'un épisode maniaque
- Connaître la définition d'un épisode hypomaniaque
- Connaître la définition d'un épisode dépressif bipolaire
- Connaître la définition des troubles bipolaires I et II
- Connaître la prévalence
- Connaître les facteurs de risque, le pronostic et l'évolution, la morbi-mortalité psychiatrique et non psychiatrique
- Savoir que l'étiologie des troubles bipolaires est multifactorielle
- Connaître la sémilogie des syndromes maniaque et hypomaniaque
- Connaître la sémilogie du syndrome dépressif
- Connaître les caractéristiques évocatrices d'une dépression bipolaire
- Connaître les principaux diagnostics différentiels psychiatriques et non psychiatriques
- Connaître les principes généraux de la prise en charge
- Connaître les indications du traitement pharmacologique des épisodes aigus
- Connaître les indications du traitement pharmacologique au long cours
- Connaître les indications du traitement non pharmacologique au long cours
- Connaître la prise en charge des comorbidités non psychiatriques des patients souffrant de troubles bipolaires, le rôle du médecin généraliste

Connaître la définition d'un épisode maniaque OIC-064-01-A

Selon le DSM-5, période délimitée dans le temps durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 7 jours (ou n'importe quelle durée en cas d'hospitalisation), avec une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social ou la nécessité d'une hospitalisation ou des caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations).

Connaître la définition d'un épisode hypomaniaque OIC-064-02-A

Même définition que l'épisode maniaque avec des modifications de l'humeur et du fonctionnement perceptibles pendant une durée d'au moins 4 jours, mais la sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social ou une hospitalisation ou des caractéristiques psychotiques.

Connaître la définition d'un épisode dépressif bipolaire OIC-064-03-A

Episode dépressif caractérisé bipolaire : Un épisode dépressif peut survenir de manière isolée ou dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent ou d'un trouble bipolaire. Il associe une perte de l'élan vital (diminution globale des forces pulsionnelles, de l'activité motrice et des processus intellectuels : asthénie et ralentissement psychomoteur) et une humeur dépressive (vision pessimiste du monde et de soi-même). Le terme « caractérisé » signifie qu'il remplit l'ensemble des critères diagnostiques d'un épisode dépressif et « bipolaire » qu'il survient au cours d'un trouble bipolaire.

Connaître la définition des troubles bipolaires I et II OIC-064-04-B

Les troubles bipolaires sont des troubles psychiatriques chroniques, sévères, caractérisés par des épisodes récurrents correspondant à des élévations ou des réductions anormales de l'humeur, de l'activité et de l'énergie.

Les troubles bipolaires de type I sont définis par la survenue d'au moins un épisode maniaque au cours de la vie.

Les troubles bipolaires de type II correspondent à au moins un épisode hypomaniaque et au moins un épisode dépressif caractérisé (EDC) survenus au cours de la vie. Ce sont les troubles associés au plus haut risque suicidaire.

Connaître la prévalence OIC-064-05-A

1 à 4% de la population générale adulte

0,1% des enfants

>1% des adolescents

Connaître les facteurs de risque, le pronostic et l'évolution, la morbi-mortalité psychiatrique et non psychiatrique OIC-064-06-B

Pronostic et évolution :

Pathologies chroniques récurrentes.

Rémission symptomatique et fonctionnelle possible avec une prise en charge adaptée. Au fur et à mesure des épisodes, ils deviennent plus sévères, plus longs et plus difficiles à soigner; la rémission devient plus difficile à obtenir. Parfois, existence de symptômes résiduels persistant entre les épisodes, notamment dépressifs ou troubles cognitifs, avec un retentissement sur le fonctionnement socio-professionnel : handicap, précarité, isolement social, conséquences sur le maintien d'un emploi.

25 à 40% des patients présentent à un moment donné de l'évolution de leur trouble des cycles rapides (au moins 4 épisodes par an).

Le risque d'actes médico-légaux est multiplié par 2 à 3.

Morbi-mortalité psychiatrique et non psychiatrique :

- comorbidités psychiatriques : addictions, troubles anxieux, troubles graves de la personnalité, troubles du sommeil, trouble déficit attentionnel avec hyperactivité, suicide (6-15%) et conduites suicidaires

- comorbidités non psychiatriques : cardio-vasculaires, métaboliques, inflammatoires, neuro-dégénératives, SAOS, hypothyroïdie

- 10 à 20 années de vie perdues en raison d'une mortalité précoce, principalement cardio-vasculaire et par suicide

Savoir que l'étiologie des troubles bipolaires est multifactorielle OIC-064-07-B

Facteurs de risque et étiologie

Les troubles bipolaires sont d'étiologie multifactorielle avec des interactions entre une vulnérabilité génétique (héritabilité de 60 à 70%) et des facteurs de risque environnementaux dont les traumatismes précoces (perte, séparation, violences, négligence...) et plus tardifs (événements de vie stressants, consommation de cannabis, psychostimulants, antidépresseurs...). Ils sont associés à des anomalies du fonctionnement cérébral.

Connaître la sémiologie des syndromes maniaque et hypomaniaque OIC-064-08-A

Sémiologie du syndrome maniaque

Installation brutale ou progressive

Perturbations affectives et émotionnelles

- Humeur élevée, expansive, exaltée, euphorique ou irritable
- Labilité émotionnelle
- Hyperesthésie
- Hypersyntonie
- Augmentation de l'estime de soi, idées de grandeur, sentiment de toute-puissance

Accélération psychomotrice

- Tachypsychie
- Fuite des idées, pensée diffluente, coq à l'âne
- Jeux de mots, ludisme, associations par assonance
- Hypervigilance, distractibilité, perturbations de l'attention et de la concentration
- Agitation, hyperactivité à but dirigé souvent improductive
- Augmentation de l'énergie
- Logorrhée
- Hypermimie, maniérisme
- Désinhibition, familiarité
- Conduites à risque : dépenses, consommation de substances...

Perturbations physiologiques

- Réduction du temps de sommeil ou insomnie sans fatigue souvent prodromique
- Anorexie ou hyperphagie, amaigrissement, déshydratation

- Augmentation du désir et de l'excitation sexuelle, hypersexualité

Dysfonctionnement socio-professionnel

Conscience du trouble absente ou faible

Urgence médicale qui nécessite souvent une hospitalisation

Signes pouvant être associés

- Symptômes psychotiques (idées délirantes ou hallucinations). Typiquement, les idées délirantes sont congruentes à l'humeur : mégalomanie, invulnérabilité
- Symptômes mixtes : au moins 3 symptômes dépressifs sont présents de manière inhabituelle et perceptible pour l'entourage
- Anxiété : tension interne, énervement, impatience, inquiétudes
- Symptômes catatoniques : symptômes psychomoteurs tels que la catalepsie, le négativisme, les stéréotypies, les impulsions, l'écholalie, l'échopraxie

Sémiologie du syndrome hypomaniaque

Même sémiologie que le syndrome maniaque, d'intensité et de retentissement moindres, ne nécessitant pas d'hospitalisation mais contrastant avec l'état habituel du patient.

Connaître la sémiologie du syndrome dépressif OIC-064-09-A

Sémiologie du syndrome dépressif

- Perturbations affectives et émotionnelles

- Humeur triste ou vide
- Douleur morale
- Anhédonie
- Anesthésie affective
- Idées dépressives : culpabilité, dévalorisation, sentiment d'incapacité, d'inutilité, d'indignité, d'incurabilité
- Idées de mort, idées suicidaires avec ou sans scénario

- Ralentissement psychomoteur

- Parfois en alternance avec une agitation
- Ralentissement des pensées, parfois ruminations ou monodéisme
- Perturbations de la concentration, de la mémoire, de l'attention
- Indécision
- Asthénie
- Bradykinésie, hypomimie voire amimie
- Réponses courtes et différées, aprosodie
- Clinophilie
- Incurie
- Aboulie

- Perturbations physiologiques

- Insomnie : réveil précoce le plus souvent, réveils nocturnes, difficultés d'endormissement
- Anorexie (parfois hyperphagie)
- Amaigrissement (parfois prise de poids)
- Diminution du désir et de l'excitation sexuels

- Signes pouvant être associés

- Symptômes psychotiques (idées délirantes ou hallucinations). Le syndrome de Cotard est une forme de dépression dite mélancolique avec idées délirantes de négation d'organe, de négation du temps (idées d'immortalité) ou de négation du monde (plus rien n'existe)
- Symptômes mixtes : au moins 3 symptômes maniaques ou hypomaniaques présents de manière inhabituelle et perceptible pour l'entourage
- Anxiété
- Symptômes catatoniques : symptômes psychomoteurs tels que la catalepsie, le négativisme, les stéréotypies, les impulsions, l'écholalie, l'échopraxie

Connaître les caractéristiques évocatrices d'une dépression bipolaire OIC-064-10-A

- début précoce (avant 25 ans)
 - épisode du post-partum
 - épisode de début brutal
 - au moins 3 épisodes dépressifs caractérisés
 - antécédent familial de trouble de l'humeur
 - réponse inadéquate aux antidépresseurs : absence de réponse, aggravation, agitation, virage de l'humeur
 - intensité mélancolique
 - dépression saisonnière
 - caractéristiques mixtes
-

Connaître les principaux diagnostics différentiels psychiatriques et non psychiatriques OIC-064-11-B

Principaux diagnostics différentiels psychiatriques :

- Trouble dépressif récurrent
- Trouble de la personnalité
- Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Schizophrénie
- Trouble anxieux
- Trouble obsessionnel compulsif
- Trouble délirant persistant

Principaux diagnostics différentiels non psychiatriques :

- Substances psychoactives

- cannabis
- psychostimulants: cocaïne, amphétamines, ecstasy

- Neurologiques

- tumeur
- accident vasculaire
- maladie inflammatoire ou auto-immune ou infectieuse
- maladie neuro-dégénérative
- épilepsie focale

- Endocriniennes

- troubles thyroïdiens
- maladie de Cushing

- Métaboliques

- hypoglycémie
- dyscalcémies
- maladie de Wilson

- Iatrogène, effet indésirable d'un médicament

- corticoïde
 - antidépresseur
 - L-Dopa
 - isoniazide
 - interféron-alpha...
-

Connaître les principes généraux de la prise en charge OIC-064-12-A

1. Bilan étiologique, élimination d'une pathologie non psychiatrique

- Examen clinique complet

- Bilan paraclinique

- Bilan sanguin : Glycémie, ionogramme, calcémie, urée, créatinine, NFS, plaquettes, CRP, TSHus, bilan hépatique
- Bilan urinaire : toxicologie (cannabis, amphétamines, cocaïne)

- Imagerie cérébrale et EEG : si 1^{er} épisode ou point d'appel neurologique ou manifestation atypique

2. Bilan pré-thérapeutique en fonction du traitement envisagé

3. Hospitalisation en psychiatrie

- Episode maniaque : hospitalisation le plus souvent nécessaire, parfois sans consentement
- Episode dépressif : hospitalisation parfois nécessaire, parfois sans consentement
- Indications d'une hospitalisation en psychiatrie : risque suicidaire élevé, agitation et troubles du comportement délétères pour le patient ou pour l'entourage, risque hétéro-agressif, altération de l'état général

4. Prise en charge de l'épisode aigu

Manie

- Traitement de l'agitation
- Prévention du risque suicidaire
- Réhydratation, alimentation, correction des troubles hydro-électrolytiques
- Traitement des perturbations du sommeil : prescrire un anxiolytique/hypnotique
- Prévention des comportements à risques
- Arrêt du traitement antidépresseur le cas échéant
- Traitement de fond médicamenteux : thymorégulateur (sels de lithium, divalproate de sodium, carbamazépine) et/ou antipsychotique de seconde génération (olanzapine, rispéridone, quétiapine, aripiprazole)
- Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité et la tolérance du traitement
- Mesure de protection juridique : sauvegarde de justice

Episode dépressif caractérisé

- Traitement de l'agitation
- Prévention du risque suicidaire
- Réhydratation, alimentation, correction des troubles hydro-électrolytiques
- Traitement des perturbations du sommeil : prescrire un anxiolytique/hypnotique
- Traitement de fond médicamenteux : thymorégulateur (sels de lithium ou lamotrigine) ou antipsychotique de seconde génération (quétiapine LP)
- Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité et la tolérance du traitement

Place de l'électroconvulsivothérapie (ECT)

Elle peut être également utilisée dans la phase aiguë, maniaque ou dépressive, lorsque la symptomatologie est sévère, engageant le pronostic vital à court terme, ou en cas de résistance médicamenteuse (inefficacité ou effets indésirables non acceptables).

Connaître les indications du traitement pharmacologique des épisodes aigus OIC-064-13-A

Les épisodes aigus thymiques bipolaires doivent être traités avec des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques. Les thymorégulateurs sont la clé de voûte du traitement à court terme (traitement curatif), moyen (maintien de la réponse thérapeutique, prévention d'une rechute de l'épisode) et long termes (prévention d'un nouvel épisode ou récurrence). Au cours de la phase aiguë, le traitement thymorégulateur peut être associé à un traitement anxiolytique/ sédatif pour gérer anxiété et sommeil et/ou à un traitement antipsychotique de seconde génération pour traiter agitation et caractéristiques psychotiques.

Connaître les indications du traitement pharmacologique au long cours OIC-064-14-B

Prise en charge pharmacologique au long cours

Le traitement comprend 3 phases :

- **Épisode aigu (6-8 semaines) : traitement thymorégulateur et/ou antipsychotique de seconde génération dans l'objectif d'obtenir une rémission symptomatique**
- **Consolidation (4-6 mois) : maintien du traitement utilisé dans l'épisode aigu avec arrêt progressif des traitements associés au thymorégulateur, dans l'objectif de prévenir une rechute de l'épisode et d'obtenir une rémission fonctionnelle**
- **Prévention (au moins 2 ans si épisode unique, au moins 5 ans si plusieurs épisodes) : poursuite du traitement thymorégulateur afin d'éviter une récurrence, c.-à-d. un nouvel épisode**

Il sera important de surveiller pour chaque phase l'efficacité, la tolérance et l'observance thérapeutique : consultation de suivi et traitement de fond d'un patient souffrant d'un trouble psychiatrique chronique

Connaître les indications du traitement non pharmacologique au long cours OIC-064-15-B

Prise en charge non pharmacologique au long cours

- Psychothérapie de soutien
- Psychothérapie structurée, type TCC ou thérapie interpersonnelle (but curatif et préventif)
- Education thérapeutique du patient qui a montré une excellente efficacité préventive : améliorer les connaissances sur les troubles bipolaires et leurs traitements, la détection des prodromes des récurrences, modifications thérapeutiques du mode de vie (hygiène de vie et régularité des rythmes de vie, la gestion du stress)
- Réhabilitation psychosociale : consultation et suivi d'un patient ayant des troubles cognitifs : remédiation cognitive afin d'améliorer les fonctions cognitives (attention, mémoire...) et réadaptation psychosociale et professionnelle en cas de handicap
- Déclaration affection de longue durée (ALD 30) pour une exonération du ticket modérateur pour les soins concernant ce trouble
- Accompagnement global d'un aidant

Connaître la prise en charge des comorbidités non psychiatriques des patients souffrant de troubles bipolaires, le rôle du médecin généraliste OIC-064-16-B

Prise en charge curative et préventive des comorbidités non psychiatriques dans le cadre d'une prise en charge globale par son médecin généraliste

- Consultation de suivi d'un patient polymorbide
- Consultation de suivi d'un patient polymédiqué
- Prévention du surpoids et de l'obésité