TROUBLES DEPRESSIFS ET BIPOLAIRES

Pr TEFA**HI**Faculté de médecine -Batna

I- GENERALITES-HISTORIQUES:

- Les troubles bipolaires font partie des désordres thymiques et sont définis par la survenue d'accès maniaques et dépressifs; représentent environ 10% de l'ensemble des troubles de l'humeurs.
- Fairet (1851-1854) : isolait la« folie circulaire».
- Baillarger en 1854 : isolait la «folie à double forme».
- Leonhard décrit deux formes de psychoses endogènes: formes bipolaires et unipolaires.
- La «folie maniaco-depressive» fut individualisée par Kraepelin en 1899 comme une psychose endogène constitutionnelle.

- Dunner et Fieve en 1974 ont décrit «rapid cyclers»: TB à cycles rapides caractèrisés par la survenue d'au moins 4 episodes thymiques par an, répondant mal à la prevention par le lithium et difficile à traiter.
- En 1980, des etudes avaient montré que les anti-dépresseurs tricycliques induisaient les formes à cycles rapides.
- Les troubles bipolaires évoluent par accès: accès maniaque et accès dépressif, entre les deux une humeur normale: euthymie.

I-Clinique de l'accès maniaque

L'accès maniaque est un état de surexcitation des fonctions psychomotrices qui se caractérise par:

Forme typique: 1-altération de l'humeur:

- souvent une hyperthymie expansive, euphorie pathologique,.
- Irritabilité, accès de colère.
- Violence possible.
- Impulsivité.
- dysphorie (labilité de l'humeur)
- Hypersyntonie, définie par l'hyperréactivité à l'environnement se traduisant par une irritabilité et une intolérance à« la lenteur d'autrui » et par des colères importantes ou des remarques désagréables.

-Altérations cognitives:

- -tachypsychie qui se manifeste par :
- accélération du cours de la pensée, impression subjective que les idées vont plus vite que d'habitude, logorrhée...
- ☐ Fuite des idées et association d'idées par assonance, jeux de mots, afflux de souvenirs, voire fausses reconnaissances, saut du coq-à-l'âne, plaisanteries caustiques..
- -L'attention est superficielle, difficile a fixer.
- -distorsions cognitives affectant le raisonnement.
- -difficultés de concentration et de mémoire ou au contraire hypermnésie et amélioration des performances.
- -le recours au chant, aux vociférations, avec un déchainement idéique, donne à la manie une teinte d'incohérence.

3-Troubles moteurs:

- L'agitation motrice est la traduction, au niveau gestuel et moteur, de l'excitation psychique, on retrouve:
- Hyperactivité, le plus souvent désordonnée, mais il existe des formes cliniques où les performances sont améliorées.
- Infatigabilité.
- Agitation, dont la forme extrême est la fureur maniaque (mise en jeu du pronostic vital ou des conséquences médico-légales).
- -Hypergénésie (Exhibitionnisme+++, perversions, fétichisme..)
- **N.B.:** Un certain théâtralisme est parfois retrouvé, mais il diffère de l'histrionisme, car il existe en dehors de tout public.

4-Perturbations somatiques et instinctuelles:

- Insomnie : symptôme apparaissant précocement . Associé à une infatigabilité et souvent sans récupération diurne.
- Appétit : le plus souvent augmenté de façon excessive, mais parfois anorexie avec disparition de la sensation de faim.
- Augmentation de la libido avec désinhibition libidinale avec relâchement des censures éthiques, et promiscuité sexuelle.
- Déshydratation par: hyperactivité, hypersalivation et hypersudation.

5-Troubles du comportement

- Dépenses inconsidérées (Prodiabilité).
- Désinhibition : relations sexuelles multiples ; hypersexualité.
- Comportement provoquant, désinvolte, désagréable.
- Passage à l'acte médico-légal (secondaire aux troubles du jugement) : impulsivité,
- -conduite en état d'ivresse, excès de vitesse, vols.

6-Troubles du contenu de la pensée

- L'épisode maniaque peut être délirant ou non.

- Il existe le plus souvent une surestimation de soi-même.

-Si une symptomatologie délirante est présente, ses thèmes

sont congruents à l'humeur.

- Les thèmes les plus souvent présents au moment de l'état maniaque sont : mystiques, mégalomaniaques, d'influence ou de syndrome d'influence (synonyme d'hallucinations intrapsychiques).
- Le mécanisme est le plus souvent : intuitif, interprétatif, imaginatif, mais il peut y avoir des hallucinations auditives.
- -L'adhésion est totale.
- Le délire est plutôt bien organisé.

7-Evolution de l'accès maniaque:

- -La durée actuelle d'un accès maniaque varie de quelques jours à quelques semaines (évolution spontanée d'environ 4 ou 5 mois).
- -habituellement se fait vers la guérison ; Mais les récidives restent fréquentes.
- La mort est exceptionnelle et ne survient que dans les formes de manie confuse qui s'apparentent au « délire aigu ».

8-Risques évolutifs:

- Somatiques :
- déshydratation;
- dénutrition ;
- troubles ioniques ;
- coma hypothermique (errances pathologiques);
- hypoglycémie;
- épuisement ;
- décompensation de tares ;
- conséquences liées aux ruptures de traitements de fond de pathologies somatiques graves (diabète, cancer, endocrinopathies, épilepsie...);
- troubles liés à l'abus d'alcool ou de psychotropes (drogues ou médicaments);
- effets secondaires iatrogènes (neuroleptiques, thymorégulateurs).

- Médico-légaux :

- •agitation clastique avec risque de passage à l'acte hétéroagressif (surtout si appoint alcoolique ou drogues);
- •dépenses inconsidérées (chèques sans provision, achats effectués au nom d'une entreprise).
 - Conduite d'automobile à risque

- Autres comportements à risque :

- •sports dangereux sans respect des normes de sécurité ;
- perturbation de l'ordre publique ;
- fureur maniaque (forme clinique mettant en jeu le pronostic vital);
- résistance au traitement.

- Psychiatriques:

- •tentatives de suicide :le risque suicidaire est très important dans le cadre des manies dysphoriques du fait de l'instabilité émotionnelle et de la tension interne.
- virage de l'humeur (spontané ou iatrogène : secondaire au traitement neuroleptique);
- chronicisation : amélioration partielle avec persistance d'un état hypomaniaque, associant ;irritabilité, instabilité, troubles cognitifs ou évolution vers des cycles rapides.

9-Formes cliniques:

A-L'hypomanie:

appelée forme bénigne, atténuée, ou mineure caractérisée par :

- -une humeur fondamentale enjouée, euphorique.
- -L'exuberance de la pensée et du langage s'exprimant par une grande aisance dans les propos et surtout par une abondance excessive de la parole et des écrits. Mais cette loquacité reste cohérente, la mémoire demeure excellente.
- -Au degré le plus léger, le sujet passe pour Vif, spirituel, intelligent, brillant mais rapidement agressif, irritable, autoritaire, sarcastique.

B. Manie délirante et hallucinatoire

- -Une déstructuration plus profonde de la conscience
- -on observe des ≪ expériences délirantes ≫ dont les caractères sont : mobiles, changeantes, n'ayant qu'un minimum d'organisation ;
- -des thèmes de grandeur et de puissance, plus rarement de persécution. La plupart du temps il s'agit de fabulations inconsistantes
- -certains éléments du syndrome d'automatisme mental (hallucinations psychiques et psychomotrices).
- -Les sentiments d'influence et surtout d'inspiration prophétique se rencontrent assez souvent dans cette expérience délirante.

C- La manie suraiguë ou fureur maniaque

- une agitation avec obscurcissement marqué de la conscience.
- le refus d'aliments, des signes organiques graves d'épuisement: déshydratation, hyperthermie, etc.,
- à l'extrème , elle se confonde avec le tableau du ≪ délire aigu ≫.

D- États mixtes maniaco-dépressifs

- Des symptômes de la mélancolie s'intriquent parfois aux symptômes de la manie
- Kraepelin a décrit une série de formes d'états mixtes qui, allant des plus maniaques aux plus mélancoliques :
- la manie akinétique, la manie dépressive, la mélancolie agitée

10—FORMES ETIOLOGIQUES:

- 1. La manie de deuil
- 2. Accès maniaque sénile et présénile
- 3. Accès maniaque toxique
- -L'alcool, la cocaïne, les amphétamines, la cortisone, la cyclosérine, le haschich...
- -On peut rapprocher de ces accès les états maniaques déclenchés par les médicaments antidépressifs au cours des états mélancoliques réalisant la classique inversion de l'humeur.
- 4. Accès maniaque post traumatique
- 5. Dans les syndromes endocriniens : manies puerpérales, manies de la puberté et de la ménopause.

11-diagnostic différentiel:

- La confusion mentale agitée
- Les épisodes d'agitation des épileptiques
- L'agitation catatonique

II-Clinique de l'accès dépressif:

• L'état dépressif représente une rupture avec le fonctionnement antérieur du sujet entraînant une altération de son fonctionnement socioprofessionnel, une souffrance morale et comporte un risque de suicide majeur. Le syndrome dépressif se caractérise par :

1-troubles de l'humeur:

- -Humeur triste qui peut aller jusqu'à la douleur morale
- -Irritabilité, intolérance au bruit ..
- L'anhédonie.
- -L'aboulie.

2- Ralentissement psychomoteur:

- -Asthénie générale matinale qui s'aggrave dans la journée.
- -Asthénie intellectuelle=ralentissement de la créativité et de l'idéation.
- -dans les formes grave le malade devient silencieux,immobile.

3-Troubles instinctuels:

- -Sommeil: -perturbé, diminué, au début on a une insomnie d'endormissement dans les formes légères, dans les formes graves on l'insomnie du petit matin qui s'accompagne d'une angoisse importante à l'origine des passages à l'acte suicidaire.
 - -parfois on a une hypersomnie : refuge évitant au malade les ruminations anxiogénes.
- -l'appétit:-anorexie constante.
 - dans les dépressions grave on peut assister à un refus alimentaire(équivalent suicidaire).
- -sexualité:-perte de tout désir sexuel ce qui renforce le sentiment de dévalorisation et de culpabilité.

4-Troubles associés:

- phénomènes végétatifs: bouche sèche, constipation, hypotension, anxiété, troubles du caractère...

5- Forme clinique:

- -Dépression stuporeuse: confusionnelles(risque suicidaire++)
- Dépression mélancolique: dépression grave (risque suicidaire++)
- Dépression délirante :délire de culpabilité, de possession, de damnation.
- Dépression hallucinatoire : hallucinations injurieuses, obscènes...
- Dépression masquée :plaintes somatiques++
- -Équivalents dépressifs: refus alimentaire..

6-Diagnostic différentiel:

- Tristesse normale.
- Troubles anxieux.
- Réactions dépressives ou troubles de l'adaptation.
- Trouble dépressif conséquence d'une affection médicale.
- Troubles de l'humeur induit par une substance.
- Troubles psychotiques.

III- ASPECTS NOSOGRAPHIQUES

- 1- la forme bipolaire type I: associe des accès maniaques et dépressifs francs ou des accès maniaques isolés.
- 2- La forme bipolaire type II: épisodes dépressifs caractérisés et des accès hypomaniaques.
- 3- La forme bipolaire III: deux sous types:
 - type IIIa: dépression caractérisée et antécédents familiaux de TB.
 - type IIIb: dépression caractérisée et accès maniaque ou hypomaniaque induit par un médicament.
- 4- La forme unipolaire avec des épisodes dépressifs qui peuvent secondairement être modifier en F B type II voir I.

- 5- Troubles cyclothymiques: troubles modérés de l'humeurs pendant au moins deux ans sans jamais atteindre la dépression ou la manie.
- 6- Le trouble hyperthymique monopolaire qui n'atteint jamais l'intensité maniaque.
- 7- Formes intermittentes et persistantes: La chronicisation des T B est possible.
- 8- Dépressions saisonnières: un cycle par an.
- 9- Formes à cycles rapides.
- 10- Trouble bipolaire selon l'âge: chez le sujet âgé: rare après 60 ans.

IV- PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

1- prise en charge psychologique:

- information détaillée sur la maladie et les traitements.
- séances de groupe sur des thèmes comme la reconnaissance des signes avant coureurs des virages maniaques, la gestion du quotidien, l'observance et le contrôle des situations de stress.

2- traitement médicamenteux:

- traitement de l'accès maniaque: urgence psychiatrique nécessitant une hospitalisation.

En théorie, le lithium est le traitement de première intention.

Neuroleptique: ZYPREXA++

Thymorégulateurs: carbamazépine et le divalproate.

- traitement de l'état dépressif:

Les américains proposent des stratégies pour le traitement des dépressions en phases aigues:

* état dépressif modéré où un traitement antidépresseur a induit un épisode maniaque: thymorégulateur seul (carbamazépine, divalproate).

- * si la dépression est sévère, adjoindre un antidépresseur (ISRS par exple), à faible dose et de courte durée.
- * neuroleptiques dans les formes délirantes;
- * sismothérapie.
- femme enceinte: anti-psychotiques de première génération (largactil), de seconde génération (olanzapine, rispéridone), anti-dépresseurs type ISRS, tymorégulateurs (carbamazépine).
- traitement préventif: évite la récurrence d'un nouvel accès, après 2 à 3 épisodes aigus, pendant des années.

V-ETAT MIXTE

Intrication de symptômes mélancoliques et de symptômes d'excitation psychique.