

# TROUBLES DE L'HUMEUR

Dr.Y.SADOUKI  
Maitre-Assistante  
Université De Médecine De Sétif

# Généralités

- Troubles de l'humeur = troubles affectifs –Episodes dépressifs – Troubles dépressifs unipolaires –Etats maniaques et Troubles bipolaires

## Intérêt de la question:

- Prévalence vie entière des troubles dépressifs = 10 à20% !
- Difficulté d'accès aux soins (3 déprimés sur 4 consultent un médecin, mais seulement 1 sur 5 bénéficierait d'un traitement adéquat!)
- fréquence des rechutes/récidives, avec évolution devenant chronique

# Qu'est-ce que l'humeur ?

Humeur = «disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur» (J. Delay)

## On parle aussi de Thymie

L'humeur est soumise à des fluctuations modulées par :  
la satisfaction ou l'insatisfaction des besoins et des désirs  
et l'ambiance environnante.

Il existe de plus une disposition de base, qui incline l'humeur de chacun plutôt vers l'enthousiasme ou l'indifférence, la gaieté ou le chagrin.

On distingue :

➤ L'humeur dépressive

➤ L'humeur expansive

➤ Les déficits affectifs : émoussement affectif, athymormie, anhédonie

# ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES DE L'HUMEUR

- Troubles dépressifs
- Prévalence vie entière = 10 à 15%
- Sex ratio = 2 femmes/1 homme
- Début entre 25 et 30 ans
- Troubles bipolaires (1 et 2)
- Prévalence vie entière = 1,2%
- Sex ratio = 1
- Début plutôt vers 20 ans

# 1. L'ACCES DEPRESSIF



On retrouve 4 grands types de symptômes :

- Altérations dépressives de l'humeur et cognitions négatives
- Ralentissement psychomoteur
- Idées suicidaires et désir de mort
- Symptômes somatiques

Tableau extrêmement variable d'un individu à l'autre et selon l'âge , avec un mode de début variable.

souvent mêmes symptômes sont retrouvés lors des rechutes ,en début d'épisode quand récurrences dépressives.

# Altération de l'humeur et cognitions négatives

L'humeur:

3 composantes principales :

- Tristesse: extensive, disproportionnée, plus ou moins expressive, permanente ou quasi
- Anxiété: état d'inquiétude permanent +/-crises d'angoisse, anxiété fondamentale et injustifiée
- Irritabilité: camouflée, retenue, ou extériorisée avec irascibilité, accès de colère, récriminations.

La pensée

représentations négatives :

- Le sujet lui-même : ↓confiance et estime de soi, autodépréciation...culpabilité
- Son futur: pessimisme, perte d'espoir, avenir menaçant
- Le monde environnant : «tout est noir»ou désintérêt, isolement, abandon

Ces schémas cognitifs ont un caractère

- rigide,
- prévalent,
- et sans rapport avec la réalité



# Ralentissement = Inhibition Perte d'élan ou d'énergie

## Ralentissement moteur

- Mouvement lents, rares et de faible amplitude,
- Posture affaissée, démarche ralentie
- Perte de la mimique, des gestes spontanés
- Fatigabilité

## Ralentissement psychique

- Pensée: Bradypsychie, ruminations mentales, raisonnement laborieux, troubles de la concentration ... perception d'un temps ralenti
- Affects: Emoussement, monotonie, anhédonie, puis indifférence/anesthésie affective ...anesthésie douloureuse
- Volonté: Perte de la motivation, indécision, sentiment d'impuissance ...aboulie complète

# Désir de mort, idées suicidaires

- Evaluation SYSTEMATIQUE car risque élevé de passage à l'acte imminent
- De l'idée morbide, idée «noire» au scénario suicidaire :
  - TS comme moyen d'«oublier», ou «appel à l'aide»
  - Mort comme «ultime solution»

# Symptômes somatiques

## Troubles des conduites instinctuelles

- Troubles du sommeil :
  - Insomnie, souvent mixte :  
d'endormissement / réveils nocturnes/ réveil matinal précoce
  - hypersomnie
- Troubles de l'appétit :
  - Anorexie le plus souvent, avec perte de poids
  - Plus rarement hyperphagie (grignotage)
- Troubles sexuels : –↓libido – Impuissance / frigidité

## Symptômes physiques

- Asthénie
- Troubles neurovégétatifs : digestifs, urinaires, cardiovasculaires, neuromusculaires...
- Douleurs

# Formes cliniques de l'accès dépressif

Selon la symptomatologie :

- Forme habituelle = d'intensité modérée
- Dépression masquée
- Dépression «atypique»
- Dépression mélancolique : = URGENCE THERAPEUTIQUE
- Douleur morale intense
- Idées suicidaires prégnantes
- Culpabilité, Incurabilité...idées délirantes : ruine, catastrophe, damnation, indignité, transformation corporelle (Sd de Cotard)

## Selon l'âge:

- Chez l'adolescent :

irritabilité et troubles du comportement au premier plan.  
Fréquence des idées délirantes et des formes  
confusionnelles

- Chez le sujet âgé:

troubles du caractère, plaintes somatiques, régression,  
anxiété au premier plan.

Problème du diagnostic différentiel de démence. Fréquence  
des idées délirantes. Risque suicidaire élevé.

## 2. LE SYNDROME MANIAQUE



Sur le plan sémiologique c'est l'inverse exact du syndrome dépressif

État d'excitation avec :

Exaltation de l'humeur et altérations cognitives

Accélération psychomotrice

Perturbations somatiques

- Mode de début variable
- Symptômes-sigaux en cas de récurrence

# Altérations thymiques et cognitives

## Hyperthymie expansive

- euphorie, sentiment de vivre intensément, d'être «au meilleur de sa forme»
- Présentation excitée voire débraillée, contact facile voire familier, jeux de mot et remarques parfois acerbes
- Surestimation de soi, idées mégalomaniaques, optimisme débordant, projets grandioses et irréalistes : troubles du jugement
- Humeur cependant versatile, avec brefs accès d'anxiété ou de tristesse, et irritabilité, troubles du caractère. Hyperesthésie affective

## Altérations cognitives

- Tachypsychie, imagination débordante, associations multiples, hypermnésie
- Troubles du cours de la pensée, fuite des idées, coq à l'âne
- Distractibilité
- Logorrhée, graphorrhée



# Accélération psychomotrice

- Hyperactivité motrice, en écho à l'excitation psychique
- Désinhibition
- Hypermimie joyeuse, pas de danse, rires ...gestes agressifs, propos non retenus
- Multiplication de lettres, démarches, d'appels téléphoniques, voire d'achats inconsidérés. Hyperactivité stérile
- Impression d'une énergie décuplée et inépuisable

# Perturbations somatiques

## Troubles des conduites instinctuelles

### ➤ Troubles du sommeil :

- Insomnie
- sans fatigue

### ➤ Troubles alimentaires

- Consommation de grandes quantités d'eau et/ou d'alcool(s)
- Hyperorexie inconstante

### ➤ Troubles sexuels :

- Hyperéveil sexuel
- désinhibition

## Symptômes somatiques

- Sensation de chaleur, sudation
- Possible aménorrhée
- Amaigrissement fréquent

# Formes cliniques du syndrome maniaque

- Accès hypomaniaque = hypomanie : forme mineure d'accès maniaque, qui peut rester compatible avec une adaptation sociale
- Manie délirante : la moitié des manies. Thématique mégalomaniaque, congruente à l'humeur. Davantage mythomanie fabulatoire que délire construit. Possibles thèmes mystiques, érotomaniaques, messianiques
- Manie furieuse : aiguë, dimension agressive, idées de persécution ... urgence extrême, conséquences médico-légales
- Manie atypique : au cours d'une schizophrénie
- Etats mixtes

# CLASSIFICATION DES TROUBLES DE L'HUMEUR

- Seule entité morbide bien individualisée : trouble bipolaire = maladie maniaco-dépressive
- Existence d'un syndrome maniaque = maladie maniacodépressive
- Plus difficile concernant les dépressions...

# Classification des dépressions

Historiquement, on distinguait :

- Dépressions endogènes = autonomes = psychotiques
- Dépressions exogènes = réactionnelles = névrotiques

Actuellement:

- Episode dépressif majeur= caractérisé(au moins 15 jours) :
- D'intensité légère, modérée, ou sévère
- Avec ou sans symptômes psychotiques
- Dysthymie = dépression chronique (  $\geq 2$  ans) et de faible intensité.
- Dépressions récurrentes brèves (3 jours, 1 à 2 fois par mois). Risque élevé de TS
- Dépressions saisonnières

On observe aussi des dépressions secondaires :

- Maladies somatiques :
- Réaction psychologique à une maladie chronique, douloureuse, invalidante, ou au pronostic sombre
- Dépression organique : démence, AVC, tumeur cérébrale, atteinte cérébrale liée au SIDA, Parkinson, SEP, épilepsie...ou biologique : hypothyroïdie, Cushing, Addison
- Dépression iatrogène : bêtabloquants, traitements hormonaux, interférons...
- Psychoses chroniques : notamment schizophrénie, soit en début, soit émaillant l'évolution
- Addictions : alcoolisme, toxicomanies, troubles du comportement alimentaire
- Troubles de la personnalité: concerneraient 50 % des patients traités pour dépression

# Maladie maniaco-dépressive

moitié du XIX : «folie circulaire», «folie à double forme», «folie maniaco-dépressive»

Puis : Psychose maniaco-dépressive = PMD

Années 60 : psychoses bipolaires et psychoses unipolaires

Actuellement, on distingue :

- Troubles bipolaires
- Dépressions récurrentes

# Classification des troubles bipolaires

Trouble bipolaire de type 1 = existence d'au moins 1 accès maniaque (anciennement PMD)

Trouble bipolaire de type 2: = alternance d'états hypomaniaques et d'états dépressifs

Trouble bipolaire de type 3= Dépressions récurrentes ...

- Accès maniaques symptomatiques :
  - D'une pathologie cérébrale organique (SEP, lésion tumorale ou infectieuse
  - D'une pathologie cancéreuse ou endocrinienne
  - D'une prise médicamenteuse ou toxique



# EVOLUTION

## ➤ Accès dépressifs :

Evolution le plus souvent vers une rémission

Evolution favorable plus rapide sous traitement ATD

Résolution non complète dans 1/3.

1 dépression sur 5 évoluerait sur un mode chronique (>2 ans)

## ➤ Accès maniaques :

Début et fin souvent plus abrupts

Evolution plus brève

# Evolution des troubles dépressifs

On distingue :

- Rechute = réapparition symptomatique après rémission au cours d'un même épisode
- Récidive = survenue d'un nouvel épisode, après guérison du précédent

50 % des patients dépressifs présenteraient une rechute ou une récurrence dans les 2 ans.

Risque maximal dans les 4 à 6 premiers mois → traitement d'entretien d'au moins 6 mois

# Evolution des troubles bipolaires

Les patients bipolaires présentent plus d'épisodes que les unipolaires : 8 à 10 contre 4 à 5

Le traitement thymorégulateur permet de réduire l'intensité et/ou la fréquence des accès

En revanche, persistance fréquente de symptômes «discrets» entre les épisodes

Fréquence des conduites addictives associées

# Mortalité

Surmortalité des patients souffrant de trouble de l'humeur :

- Par suicide chez les dépressifs
- Par suicide puis par maladies cardiovasculaires chez les bipolaires

# TRAITEMENTS DES TROUBLES DE L'HUMEUR

On distingue deux moments du traitement :

- 1) traitement curatif de l'épisode, avec consolidation
- 2) Prévention des récurrences en cas de trouble récurrent (uni ou bipolaire)

# Traitement curatif des épisodes dépressifs

Objectif du traitement =

- Réduire le risque suicidaire
- Réduire la durée de l'accès

Ambulatoire ou hospitalier, Per os le plus souvent, parfois en intraveineuse (milieu hospitalier)

Pendant au moins 6 mois à dose efficace, puis réduction et arrêt progressif

Associé à la psychothérapie

- En général ISRS : PROZAC<sup>®</sup>, SEROPRAM<sup>®</sup>, DEROXAT<sup>®</sup>, ZOLOFT<sup>®</sup>...Parfois ANAFRANIL<sup>®</sup>, LAROXYL<sup>®</sup>,ATHYMIL<sup>®</sup>...

RISQUE SUICIDAIRE en début de traitement (levée d'inhibition) aux DELAIS D'EFFICACITE : La réponse apparaît dans les 10 à15 jours, La rémission partielle dans le mois,

# L'électroconvulsivothérapie (ECT) ou Sismothérapie

Induction d'une crise d'épilepsie, sous anesthésie et curarisant, pendant 6 à 12 séances (à raison de 3 séances par semaine)

Traitement de choix :

- des dépressions résistantes
- en cas d'urgence thérapeutique avec risque suicidaire ou physique
- des dépressions délirantes

Efficacité dans 70 à 80% des cas!

Effets secondaires :

- Liés à l'anesthésie
- Troubles de mémoire

# Traitement curatif des accès maniaques

Hospitalisation indispensable, souvent sous contrainte

souvent IM au départ, puis PO (formes orodispersibles)

- Antipsychotiques (LOXAPAC<sup>®</sup>, ZYPREXA<sup>®</sup>, HALDOL<sup>®</sup>, RISPERDAL<sup>®</sup>) et/ou thymorégulateurs ( TEGRETOL<sup>®</sup>, DEPAKOTE<sup>®</sup>)
- risque de virage dépressif!
- Traitement d'«attaque» puis diminution de la posologie pour atteindre la minimale efficace, qui sera maintenue 3 à 4 mois.
- Après se pose la question du traitement au long cours...



# Traitement prophylactique Des troubles bipolaires

4 médicaments principaux :

- LITHIUM®
- TEGRETOL®
- ZYPREXA®
- DEPAMIDE® DEPAKOTE®

Traitement à vie...

Persistance fréquente de symptômes dépressifs, nécessitant parfois l'ajout d'un ATD

des mesures d'éducation thérapeutique importante

de l'implication de l'entourage dans le traitement et la compréhension de la maladie

# Traitement prophylactique des troubles dépressifs récurrents

à partir du 3<sup>ème</sup> épisode en 5 ans

Antidépresseurs au long cours, à dose efficace

Dans certains cas : Lithium

Parfois : ECT d'entretien. 1 séance toutes les 3 à 4 semaines, pendant 1 à 2 ans

# Psychothérapie

- En phase aiguë, l'état mental du sujet ne lui donne pas forcément accès à la psychothérapie...
- Donc on ne propose de psychothérapie :
  - d'emblée que dans les dépressions légères à modérées
  - Et seulement au décours de l'accès dans les formes plus sévères
- Toutes les psychothérapies sont possibles :
  - Psychothérapies d'inspiration analytique (dépressions névrotiques, dysthymies, dépression sur trouble de la personnalité)
  - TCC : efficaces dans la prévention des récurrences
  - Thérapies familiales : théories systémiques
  - Hypnose et thérapies brèves : en développement...

# Psychoéducation

- Fondamentale dans les troubles récurrents, surtout bipolaires
- Information sur la pathologie
- Repérage des symptômes-signaux
- Aménagement de la vie quotidienne
- Mesures hygiénodiététiques
- Précautions médicamenteuses
- Intérêt des groupes psychoéducatifs

***MERCI***