

Le trouble bipolaire : un diagnostic tardif aux lourdes conséquences ?

Bibliomed

Les Analyses du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC

Numéro 825 du 08 septembre 2016

Contexte

Pathologie psychiatrique chronique et récurrente, de présentation clinique et d'évolution très variables, débutant majoritairement chez l'adolescent et l'adulte jeune, le trouble bipolaire, anciennement psychose maniaco-dépressive, est l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères. Trouble de l'humeur alternant épisode(s) maniaque(s) ou hypomaniaque(s) (exaltation de l'humeur, agitation psychomotrice) et épisode(s) dépressif(s) avec des intervalles de rémission, il conduit fréquemment à des tentatives de suicide, avec de nombreuses comorbidités.

Pourtant les études pointent les errances diagnostiques encore fréquentes. Il s'écoule en moyenne 10 ans entre le début de la maladie et l'instauration d'un traitement adapté des patients atteints de troubles bipolaires aggravant ainsi leur vécu douloureux et celui de leur entourage. Un repérage diagnostique précoce et une prise en charge adaptée permettent d'améliorer le pronostic de la maladie, lié principalement au risque suicidaire et aux conséquences psychosociales pouvant conduire à la reconnaissance du statut de handicap psychique.

Quelle est la fréquence du trouble bipolaire ? Quand y penser ? Quel est le vécu des patients et des familles ? Plusieurs études récentes et recommandations apportent des éléments de réponse [1-6].

Les données de la littérature

Un problème de santé publique

Les troubles bipolaires concernent environ 2% de la population mondiale plus 2% présentant des formes infracliniques de la maladie. Même traités les rechutes sont fréquentes. Dans une étude de cohorte multicentrique sur 1469 patients (STEP-BD) [1] 58% des patients récupéraient mais 49% avaient une récurrence dans un délai de 2 ans, 2 fois plus sur le mode dépressif (humeur triste, perte d'intérêt, fatigue) que sur le mode maniaque (euphorie, grandiloquence, perte de sommeil). Après un premier épisode 90% des patients conservent des troubles dépressifs résiduels pendant au moins 1/3 de leur vie [2]. En 2009 les coûts directs et induits étaient estimés à 151 000 milliards de dollars

Des contours flous et un diagnostic tardif

Il n'y a aucun critère spécifique permettant de faire la distinction entre dépression unipolaire et bipolaire. Cette dernière est souvent atypique et précoce (avant 25 ans) avec un début et une fin abrupts, une hypersomnie, une hyperphagie, une inhibition psychomotrice marquée associée à une irritabilité. 20 % à 50 % des patients avec un diagnostic d'épisode de dépression peuvent se révéler avoir un trouble bipolaire sur le long cours. Le délai moyen entre le début de la maladie, un diagnostic clairement posé et l'instauration d'un traitement adapté est en moyenne de 5 à 10 ans. Avant le diagnostic une large majorité des patients disent avoir consulté au moins une fois leur médecin pour des signes annonciateurs de la maladie. Le diagnostic est souvent posé lors d'une hospitalisation [3].

Quand y penser ?

Il convient d'être attentif à certains changements de comportement rompant avec le fonctionnement habituel particulièrement chez l'adolescent (repli sur soi, décrochage scolaire, conduites à risques, prise de drogues...). Le recueil d'informations auprès de la famille, des personnels de santé scolaire, est essentiel pour évaluer leur retentissement.

Il y a très souvent une confusion entre manie et bouffée délirante. Les épisodes de manie dans le trouble bipolaire se manifestent par un état d'euphorie, une abondance de projets, des idées de grandeur, un comportement désinhibé, une agitation psychomotrice, des insomnies. Ces épisodes

durent plus d'une semaine et sont une urgence psychiatrique nécessitant une hospitalisation. L'anamnèse retrouve souvent des antécédents personnels hyperthymiques ou cyclothymiques et des antécédents familiaux de bipolarité.

Le trouble bipolaire peut prendre aussi la forme d'épisodes mixtes (coexistence de symptômes maniaques et dépressifs souvent prédominants) avec un risque suicidaire majeur. Un patient bipolaire sur deux fera au moins une tentative de suicide dans sa vie et 15 % décèderont par suicide. Des comorbidités psychiatriques sont fréquentes : addictions, prises de substances psychoactives, troubles anxieux, conduites à risque, fugues, transgressions notamment sexuelles [3].

Il faut donc l'évoquer chez un adolescent ou un adulte jeune devant tout épisode dépressif, certaines pathologies psychiatriques (addictions, trouble des conduites, troubles anxieux), tout passage à l'acte suicidaire [3].

Aucun examen biologique ou d'imagerie en l'absence de point d'appel clinique n'est, à l'heure actuelle, utile pour porter un diagnostic. Les études génétiques encore expérimentales pourraient ouvrir la voie à des améliorations majeures dans la gestion clinique des troubles bipolaires [4].

Le questionnaire « Trouble de l'humeur » (Mood Disorder Questionnaire) conçu dans le cadre du repérage en premier recours des hypomanies a une faible valeur prédictive [5].

Un vécu général de rejet

La bipolarité a nécessairement un retentissement sur le fonctionnement social, professionnel et familial des patients, et ce, dès lors qu'existent des symptômes thymiques, qu'ils soient dépressifs ou maniaques. Dans l'enquête ECHO [6] sur 300 patients (âge moyen 40 ans, 67 % de femmes, 50% en couple, 74% ayant une activité professionnelle et 54% un niveau d'étude supérieure) 87% et 92% considèrent respectivement que le trouble bipolaire est une maladie grave et gâchant la vie de ceux qui en sont atteints. Le retentissement est important sur l'estime de soi (72%), le bonheur et l'évolution professionnelle (73%), les relations avec la famille et les amis (54%), les relations sexuelles (50%), les difficultés à se projeter dans l'avenir (65%). L'impact sur la qualité de vie est quantifié en moyenne à 6,4 sur une échelle de 10.

De manière générale les patients s'estiment victimes de la tyrannie de leur vécu émotionnel avec un sentiment d'isolement de stigmatisation de leur maladie mentale. Les conflits conjugaux entraînent séparation ou divorce pour 4 patients sur 5 bien que les personnalités des bipolaires soient souvent généreuses, créatives, et sensibles [6].

Pour la pratique

Un repérage précoce des patients atteints de trouble bipolaire est primordial pour réduire le risque de complications, de suicide, de désinsertion socioprofessionnelle et familiale, de comportements à risque et pour soulager le vécu douloureux de son entourage.

Le diagnostic est clinique. Aucun examen complémentaire n'est validé pour porter un diagnostic de trouble bipolaire.

Devant tout épisode dépressif, il faut rechercher des arguments en faveur d'un trouble bipolaire. L'association d'un épisode dépressif caractérisé avec un antécédent connu d'au moins un épisode de manie ou d'hypomanie permet de poser le diagnostic de trouble bipolaire. Quelle prise en charge ? Peut-on prédire et prévenir au long cours les risques de récurrence ? Nous y reviendrons.

Références.

1. Geddes JR, Miklowitz DJ. Treatment of bipolar disorder. Lancet. 2013;381(9878). doi:10.1016/S0140-6736(13)60857-0.
2. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Am J Psychiatry. 2006;163(2):217-24.
3. HAS. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. 2015.
4. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. Lancet. 2013;381(9878):1654-62.
5. Weber Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry J-M. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). J Affect Disord. 2005;88(1):103-8.
6. Courtet P, Guillaume S. Enquête sur le vécu des patients bipolaires. L'Encéphale. 2011;37(4):18-22.

Mots clés : trouble bipolaire ; maniaque-dépression ; psychose maniacodépressive [*bipolar disorder ; bipolar depression*].

Par qui et comment est écrit Bibliomed ?

Bibliomed est une revue d'analyse critique de la SFDRMG et du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC. Cette publication est disponible uniquement sur abonnement. La diffusion se fait par courrier électronique.

Bibliomed <http://www.mbp-unaformec.net/unaformec-2015/index.php?page=le-nouveau-bibliomed>

Pour contacter les auteurs et pour toute suggestion : sfdrmg@unaformec.org