



## Les troubles bipolaires de l'humeur

**J. BOUCHEZ**  
Hôpital Paul Guiraud Villejuif  
SHU, Hôpital Sainte Anne, Paris

Journée Hypersupers  
Mars 2010

1

## TDAH et Bipolarité : points communs et différences

- Trouble méconnu
- Discuté
- Diagnostic retardé
- Impact fonctionnel majeur
- Risques
- Forte comorbidité
- Héritabilité génétique
- Début précoce
- Pathologie adulte vs trouble de l'enfance
- Étiologies
- Cognition vs émotion
- Sévérité fonction temps
- Formes de sévérité variables
- Risques

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

2

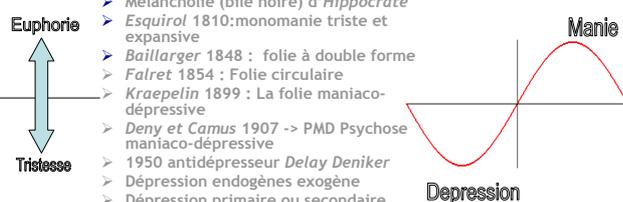
## Bipolarité deux versants de l'humeur ou de la thymie

- L'humeur :
  - **humeur** vient du latin *umor*, qui signifie liquide
  - *théorie des humeurs* jusqu'au 18<sup>e</sup> siècle : les troubles du comportement ou les tempéraments provenaient de certains fluides qui coulaient dans nos veines
  - Le langage courant, petit à petit, conduit à l'utiliser pour évoquer des émotions
  - Disposition de l'esprit ou état émotionnel, qui peut être spécifique ou oscillant. **L'humeur** fait référence au **sentiment subjectif interne**, au tempérament, qui se traduit par une **expression affective dominante dans le comportement du sujet**. L'humeur peut être gaie, optimiste, triste, irritable, colérique, mélancolique, abattue.
- -> **Thymostat** : centre(s) régulateur de l'humeur ?

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

3

## Bipolarité de l'humeur, deux dimensions



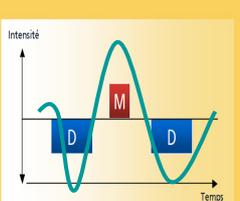
- Dépression du roi Saül
- Mélancholie (bile noire) d'*Hippocrate*
- *Esquirol* 1810: monomanie triste et expansive
- *Baillarger* 1848 : folie à double forme
- *Falret* 1854 : Folie circulaire
- *Kraepelin* 1899 : La folie maniaco-dépressive
- *Deny et Camus* 1907 -> PMD Psychose maniaco-dépressive
- 1950 antidépresseur *Delay Deniker*
- Dépression endogènes exogène
- Dépression primaire ou secondaire
- DSM épisode dépressif majeur
- Classification d'*Angst et Akiskal*

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

4

## Le trouble bipolaire de type I (BP I) de type II (BP II)

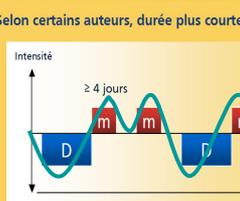
Présence d'au moins un **Épisode Maniaque** = Trouble Bipolaire de type I



DSM IV

Épisode dépressif majeur + **Épisodes hypomaniaques** spontanés ≥ 4 jours = Trouble Bipolaire de type II

Selon certains auteurs, durée plus courte < 4 jours <sup>(1)</sup>



DSM IV - (1) Angst 1998, Akiskal 2000, Bowden 2001

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

5

## REPÉRAGE DES BIPOLAIRES

- **Catégorie**
  - Diagnostic DSM, CIM,
  - Typologie, hypomanie, tempéraments
- **Questionnaire** -> dimensionnel
  - MDQ, note seuil,
  - Approche tempérament pathologique
  - Approche forme subsyndromique +++

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

6

## Spectre Bipolaire

- **Bipolaire I** : PMD
- **Bipolaire II** : dépression + hypomanie
- **Cyclothymie**
- **Bipolaire III** : Hypomanie, instabilité thymique, virage de l'humeur sous antidépresseurs
- **Bipolaire IV** : Dépressions avec hyperthymie, survenue précoce, histoire familiale de BP
- Hypomanie sub syndromique

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

Angst, 1998.  
Lewinsohn, 1995.  
Szadockzky, 19987

## Bipolarité et TDAH

- **Definitions**
- **Diagnostic**
- **Evolution**
- **Retentissement fonctionnel**
- **Etiologie**
- **Prevalence et pronostic**
- **Traitement**

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

8

## Enjeux de la bipolarité parmi les jeunes

- Importance de diagnostic précoce
- Retard au diagnostic : 8 ans
- Taux de suicide 15%
- Difficile à identifier en pédiatrie :
  - Hétérogénéité clinique
  - Parfois dysregulation severe, avec agitation, agressivité
  - Formes plus durables chez l'enfant
  - Formes mixtes, réponse limitée aux traitements
  - Forte comorbidité au TDAH
  - Symptômes partagés par autres troubles (TDAH, dépression, anxiété de séparation, ....)

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

9

- Manie sévère
- Hypomanie
- normalité thymique
- Dépression modérée
- Dépression sévère



J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

10

## DSM Manie

- période d'une semaine au moins d'élévation de l'humeur, euphorie, irritabilité
- signes particuliers :
  - idées de grandeurs, excès de confiance
  - besoin de sommeil réduit
  - bavard, intarissable
  - fuites des idées
  - distrait, agité, recherche de plaisir

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

11

## diagnostic manie enfant

- Euphorie -> fou rire
- Irritabilité, réactions++ en classe, violence
- Idées de grandeur ex: se trouver capable d'aller sur les toits
- besoin de sommeil réduit ex: dort peu mais garde énergie dans la journée
- réponses au enseignants brutales et longues, bavardages, difficile à suivre dans son raisonnement
- distrait, joueur

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

12

- critères hypomanie
  - meme symptomes que manie
  - différences dans épisodes
    - moins longs
    - moins severes
    - souvent interprétés comme éléments de caractère plus que comme pathologie

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 13

### Manifestations de Hypomanie

Wicki W, Angst J. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1991;240:339-348.

**étendue 68% - 97% des Patients**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Augmenté</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité</li> <li>- Sentiment d'énergie</li> <li>- Idées et projets</li> <li>- Confiance en soi</li> <li>- Discours</li> <li>- Optimisme</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diminué</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sommeil</li> <li>- Inhibition</li> </ul> </li> </ul>
---	---

---

- **Diagnostic différentiel** : Cassano GB, J Affect Disord. 1999;54(3):319-328.
  - HADA, Tr Personnalité, Tr Conduites
  - Périodicité ?
  - Traits de personnalité
  - Tr Schizophréniques, BDA, Psychose puerpérale,

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 14

### Critères d'Episode Dépressif Majeur

- humeur dépressive
- diminution activités
- perte de poids ou gain
- insomnie ou hypersomnie
- agitation ou ralentissement
- fatigue ou perte d'énergie
- culpabilité, perte de valeur
- difficultés à penser ou à se concentrer
- idées de mort

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 15

### particularités chez l'enfant

- Dépression -> enfant fatigué, en retrait, grognon
- perte d'intérêt, s'ennuie
- perte d'appétit ou boulimie
- fatigué
- mauvaise image, peur de ne pas réussir
- mauvaise concentration
- perte d'espoir

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 16

### Autres particularités

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 17

### Reconnaître Etat mixte

**Importance des Symptomes Dépressifs**  
Swann. 1997  
Goldberg. 2000

- Peu diagnostiqué
- Rechercher les **symptomes dépressifs marqués pendant l'épisode maniaque**
- Ces symptômes ont valeur prédictive et orientent thérapie
- Pouvoir les mesurer

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 18

### Cycles rapides

*Wehr, et al. Am J Psychiatry. 1988;145:179-189.*

- Pouvant s'appliquer au Bip I et II
- Plus de quatre épisodes sur un an
- Ordre et succession des épisodes aléatoire
- Marqué par période de rémission
- Marqué par un changement d'humeur sur autre polarité

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 19

### Caracteristiques des cycles rapides

*Kukopulos. Pharmacopsychiatry. 1980;13:156.  
Dkuma. Neuropsychobiology. 1993;27:138.*

- Sex ratio : femme 70%
- Bipolaire II 82%
- Debut précoce, continu 23%
- Faible réponse au lithiumet/ou carbamazepine
  - *Dunner and Fieve* 18%
  - *Kukopulos* 16%

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 20

### Particularités chez adolescents

- **Cycles ultrarapides**
  - 5 -324 épisodes par an
  - Bref épisodes hypomanie durant quelques heures ou quelques jours mais moins de 4 jours
- **Cycles pluriquotidiens**
  - Épisodes durant quelques minutes ou heures
  - Hypomanie de base
  - Jusqu'à 365 épisodes/an

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 21

### Épidemiologie de la bipolarité

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 22

### Prevalence des troubles bipolaires

Angst J, 1999. J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 23

### Epidemiologie des troubles bipolaires chez adolescents (N= 1,709)

*Lewinsohn. J Am Child Adolesc Psychiatry. 1995;34:454-463.*

- 1.1% manie, mixte, ou hypomanie
- 1% : BP I, II, ou cyclothymie
- 5.7% periodes d'humeur irritable, expansive 44% suicide
- Durée moyenne des épisodes : 36 mois
- Age moyen de début : 12 ± 3 ans
- Premier épisode dépressif versus maniaque : 61% VS 5%

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 24

## Diagnostic parmi les jeunes

- Adultes
  - Épisodes qui durent 2-9 mois
  - Début et fin d'épisode nets et reconnaissables
  - Variations d'humeur significative par rapport à l'état de base
- Jeunes
  - Épisodes plus longs
  - Taux plus élevés de cycles rapides
  - Faibles rémission inter-critique

ACAP 2007

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

25

## Diagnostic parmi les jeunes

- Adultes
  - Manie incluse idées de grandeur, euphorie, irritabilité, agitation
- Adolescents
  - Manie souvent associée à éléments psychotiques, labilité de l'humeur, dépression
  - Pronostic plus grave que chez adulte

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

26

## Bipolarité à l'Adolescence

*Geller. Am J Psychiatry. 2001;158:125-127.*

- Diagnostic difficile
- Cycles rapides pour 80%
- Etat mixte pour 58%
- Fréquents épisodes de manie avec éléments psychotiques
- Comorbidité importante (ADHD et tr.conduites)
- Suicide dans 46%
- Handicap pour développement
- Dépression Prepubertaire

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

27

## Comorbidité

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

28

## Comorbidité dans bipolarité (1)

- **TDAH**
  - 8% TDAH peuvent présenter Bipol
  - 11 – 80 % Bipol peuvent présenter TDAH
- **Trouble oppositionnel**
  - 47-75%, prédominance garçons
- **Troubles des conduites**
  - 5-35%, prédominance garçons
- **Troubles anxieux**
  - 12- 56%

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

29

## Bipolarité et abus de substances (2)

- Bipolarité est associée à un risque plus élevé d'abus de substance pour :
  - Tout trouble lié à usage **8.68** [3.02 25.0], X2=16.06, p<0.001, df=1
  - Abus d'alcool **7.66** [2.20 26.7], X2=10.2, p=0.001, df=1
  - Abus de drogue **18.5** [2.46 139.10], X2=8.03, p=0.005, df=1
  - Dépendance drogue **12.1** [1.54 95.50], X2=5.61, p=0.02, df=1
  - **Nicotine** **12.3** [2.83 53.68], X2=11.2, p<0.001, df=1
  - *ajusté pour l'âge*
  - *Indépendamment de troubles associés (TDAH, anxiété, troubles conduites)*

Wiliens 2008

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

30

Reconnaitre TDAH de bipolarité ?

Questions de diagnostic différentiel

Difficile chez l'enfant et l'adolescent

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 31

### DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL TDAH HYPOMANIE

HYPOMANIE+TDAH	HYPOMANIE	TDAH
Irritabilité	Euphorie durable	Labilité de l'humeur
Fuite des idées	Euphorie	Excitation
Discours accéléré	Déni du trouble	Conscience du trouble
Troubles du sommeil	Bonne estime de soi	Baisse estime de soi
Agitation psychomotrice	Libido augmentée	Pas de variation désir

**10 – 30 % Bipolaire + TDAH**  
Diagnostic difficile :  
déficit de l'attention dans cadre éléation humeur  
déficit attention intercritique

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 32

### DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL TDAH DEPRESSION

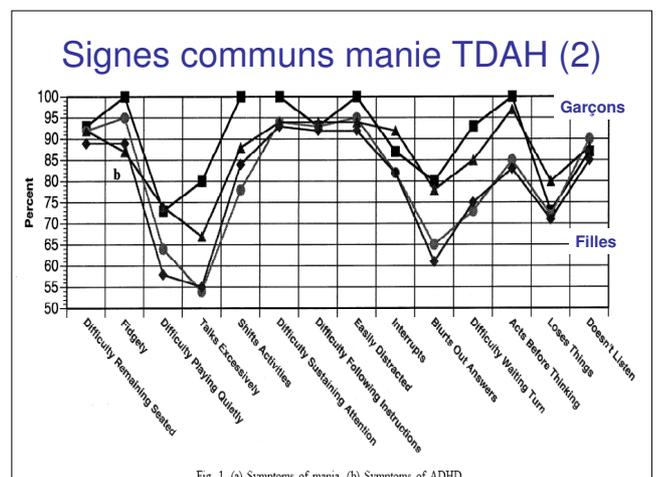
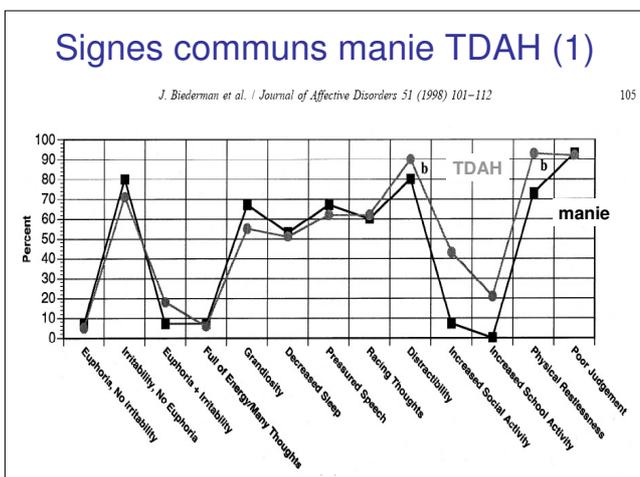
Tr DEPRESSIF + TDAH	Tr DEPRESSIF	TDAH
Episodes dépressifs	Durée moyenne, Indépendant de l'environnement	Durée brève (heures) Dépendant de l'environnement
Manque envie, d'énergie, de motivation	Début adolescence ou plus tardif	Début enfance
Baisse des performances	Anhédonie	Ennui
	Ruminations obsédantes, baisse estime	Trouble attentionnel (activités, pensées)
	Dysthymie ? Cyclothymie ?	

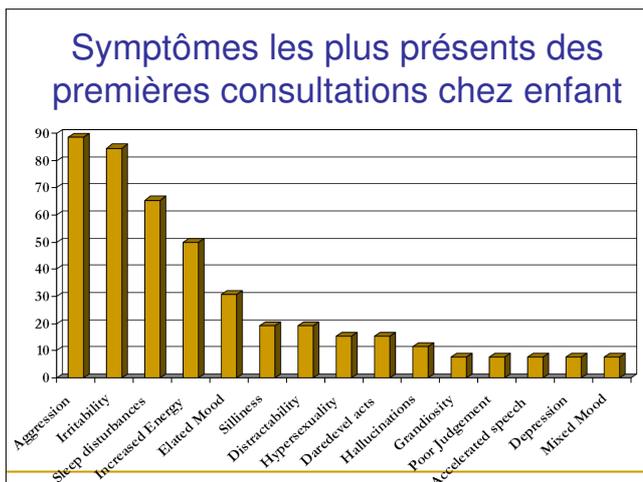
J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 33

## BIPOLARITE et TDAH

- Difficultés et retard diagnostiques
- Association possible
- Liens entre troubles ?
- Aggravation et sévérité du retentissement fonctionnel
- **Signes communs nécessitant temps d'évaluation +++**

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 34





- ### Elements d'orientation diagnostique chez les jeunes
1. Troubles du sommeil
  2. Symptômes de TDAH
  3. Agressivité, réactivité aux frustrations
  4. Colères
  5. Opposition
  6. Phobie sociale, retrait
  7. Hypersexualité
  8. Crises de rire
  9. Dépression et tristesse durable
  10. Hyper-réactivité
  11. Grignotages sucrés
  12. Plaintes somatiques
- ACAP 2005
- J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 38

- ### Etiologies
- Génétiques
    - Concordance études jumeaux élevée
    - Agrégats familiaux
    - Héritabilité élevée
    - Facteurs environnements limités
  - Nombreuses études
    - Gènes candidats des neurotransmetteurs
    - Gènes marqueurs
    - Polygénisme
- J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 39

- ### Etiologie
- Anomalies lobe frontal
  - Amygdale réduite
  - Volume Hippocampe réduit
- 
- J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 40

- Cortex frontal dorsolatéral (réduction volume)
  - Ganglions de la base (volume augmentés)  
Circuits système limbique
- 
- J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 41

### Pronostic et évolution

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010 42

## Pronostic et évolution

- Variations évolutives selon début des troubles

	Bipolar Disorder Onset	
	Childhood	Adolescent
Male Gender	67.5%	48.2%
Chronic Course	57.5%	23.3%
Episodic Course	42.5%	76.8%
Attention-deficit/Hyperactivity Disorder	38.7%	8.9%
Oppositional Defiant Disorder	35.9%	10.7%

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

Masi et al. (2006)

## Evolution

- Rémission
  - À 2-7 semaines sans critères DSM
- Guérison
  - À 8 semaines sans critères DSM
  - 40-100% guérison à 1-2 ans
- Rechute
  - À 2 semaines
  - 60-70% rechutes après guérison à 1 an
- Chronicité
  - Durées des troubles plus de deux ans

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

44

## Traitement

Algorithme  
Classes  
Facteurs de réponse

J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

45

## Approches thérapeutiques

- Traitements préventifs
    - Thymorégulateurs
      - Lithium
      - Valproate
  - Traitements curatifs
    - Antipsychotiques
    - Antidépresseurs
  - Psychothérapies
    - Information, Education Patients et Familles
    - Accompagnement
    - Groupes et association d'entraide
    - Favoriser observance
- > un traitement  
+ une éducation  
+ une prévention

## Conclusion

Bipolarité reste:

- Fréquente
- Sous estimée
- Précoce
- Avec des formes particulières précoces
- Avec forte comorbidité pour formes précoces
- Difficile à diagnostiquer
- Un enjeu diagnostic et thérapeutique



J Bouchez, Hypersuper, mars 2010

47