

Les critères des troubles bipolaires

H. D'HAENEN ⁽¹⁾

À partir du DSM III, des critères ont été proposés pour, d'une part, les épisodes thymiques qu'ils soient dépressifs, maniaques, hypomaniaques ou mixtes, et d'autre part, pour les troubles bipolaires en tant que tels.

Le premier point à discuter concerne le critère de durée nécessaire pour poser le diagnostic d'épisode maniaque : la durée de la symptomatologie maniaque doit être au moins une semaine pour que l'on puisse poser le diagnostic d'épisode maniaque ; cette semaine n'est pas nécessaire si l'hospitalisation s'impose.

Autre point à discuter, le fait que l'on ne puisse pas poser le diagnostic de trouble bipolaire I en cas d'épisode maniaque déclenché par l'utilisation d'antidépresseurs. Ceci a été pris en compte dans des propositions de classifications plus récentes où a été introduit le concept de trouble bipolaire III dans le cas où les épisodes maniaques ont été déclenchés par les antidépresseurs. S'agit-il en effet d'un trouble différent du trouble bipolaire classique si l'épisode maniaque est déclenché par un traitement somatique que ce soit les antidépresseurs ou les électrochocs : c'est une question qui me semble valoir la peine d'être posée.

On pose le diagnostic d'épisode mixte régulièrement mais je ne suis pas certain que dans tous les cas la situation réponde aux critères minima d'un épisode maniaque et aux critères d'un épisode dépressif. C'est discutable de devoir remplir les 3 ou 4 critères d'un épisode maniaque et les 5 critères d'un épisode dépressif majeur, excepté évidemment la durée, pour parler d'un épisode mixte.

Dans le DSM IV, les critères d'un épisode hypomaniaque sont identiques aux critères d'un épisode maniaque si ce n'est que la sévérité en est moindre. Il est précisé que « l'épisode n'est pas suffisamment sévère pour entraîner des problèmes sociaux et occupationnels ». Ce critère peut paraître étrange dans la mesure où le dysfonctionnement social et occupationnel est à la base des diagnostics dans le système DSM. De plus, la durée

requis pour porter le diagnostic d'épisode hypomaniaque est de 4 jours. Cette durée requise a été discutée : ainsi Angst a proposé il y a quelque temps la durée d'un jour pour porter le diagnostic d'épisode hypomaniaque (4) ; la durée de deux jours a également été proposée.

Les critères d'épisode dépressif dans le DSM IV pourraient être discutés dans la mesure où il semblerait que la clinique des troubles dépressifs dans le cadre d'un trouble bipolaire soit différente avec notamment plus de dépressions atypiques et plus de dépressions psychotiques.

Les critères du trouble bipolaire I (trouble bipolaire I, épisode maniaque unique ; trouble bipolaire, épisode maniaque ou mixte ou dépressif le plus récent) ne semblent pas poser de problèmes particuliers.

Les critères du trouble bipolaire II ne posent également pas de problème, mais le diagnostic reste difficile puisque celui-ci repose principalement sur l'anamnèse et dépend donc essentiellement des informations fournies par le patient et son entourage avec toutes les limites que cela implique.

La définition et les critères pour le trouble cyclothymique proposés par le DSM IV posent quelques problèmes : il faut, et ce pendant une durée de 2 ans, non pas des épisodes hypomaniaques et des épisodes dépressifs, mais il faut des périodes avec des symptômes hypomaniaques et des périodes avec des symptômes dépressifs. Il me semble que la distinction sur la base de ces critères est particulièrement difficile.

Des auteurs tels Akiskal, Angst, Ghaemi ont suggéré l'existence d'un spectre de troubles bipolaires et certains de ces auteurs ont proposé des critères diagnostiques.

Tout d'abord, Akiskal (7) rappelle que le diagnostic de trouble bipolaire est souvent difficile, de sorte que pendant très longtemps il n'est pas posé. Souvent ce trouble se manifeste de manière insidieuse et le cours de la maladie

(1) Bruxelles, Belgique.

est irrégulier. Il ajoute que la difficulté du diagnostic tient également à l'existence de tableaux mixtes, à la présence non rare de symptômes psychotiques, et à la fréquence des comorbidités avec l'alcoolisme et l'abus de substances, à l'origine de présentations atypiques du trouble.

Ghaemi souligne que la dépression bipolaire est fréquemment diagnostiquée dépression unipolaire pour différentes raisons (5) : parce que les patients passent beaucoup plus de temps en état dépressif qu'en état hypomaniaque, notamment dans le trouble bipolaire II, et qu'ils demandent ainsi plus souvent de l'aide pour la dépression ; de plus, il souligne une « vue pharmacocentrique du monde » qui serait à l'origine de la fréquence actuelle du diagnostic de dépression au détriment du repérage et du diagnostic de trouble bipolaire, mais les choses pourraient actuellement changer ; un autre facteur de sous-évaluation du trouble bipolaire est relatif au manque d'insight des patients concernant leurs épisodes maniaques ou hypomaniaques ; un point vraisemblablement majeur tient au fait que les cliniciens ne repèrent pas suffisamment l'existence de symptômes maniaques ou hypomaniaques chez leurs patients.

Afin de pouvoir mieux distinguer les dépressions bipolaires des dépressions unipolaires, Akiskal en 2005 a précisé les symptômes cliniques caractéristiques de chacune de ces deux formes de dépression (*tableau I*) (1).

La sous-évaluation du trouble bipolaire serait également liée aux critères nécessaires pour poser le diagnostic d'épisode maniaque. En effet si le patient est irritable, davantage de critères d'épisode maniaque sont requis pour poser le diagnostic que si le patient est euphorique entraîne le risque de ne pas porter le diagnostic d'épisode maniaque et de trouble bipolaire. Il faut également tenir compte du fait que la dépression dans le cadre du trouble bipolaire est souvent une dépression atypique et psychotique : ceci n'est pas suffisamment reconnu. L'importance des antécédents familiaux de trouble bipolaire

devrait aussi être prise en compte beaucoup plus systématiquement.

En ce qui concerne le spectre bipolaire, Akiskal (2) propose de retenir la manie, les dépressions récurrentes avec hypomanie, ou avec des épisodes hypomaniaques pharmacologiquement induits, les dépressions récurrentes associées à des tempéraments hyperthymiques ou cyclothymiques et les dépressions récurrentes avec antécédents familiaux de troubles bipolaires. Enfin il inclut dans le spectre bipolaire les dépressions cycliques répondant au lithium. Il évalue ainsi la fréquence des troubles faisant partie du spectre bipolaire à 4-5 % de la population générale.

Ghaemi (6) a publié récemment des critères diagnostiques pour le spectre bipolaire :

- A. Au moins un épisode dépressif majeur.
- B. Pas d'épisode hypomaniaque ou maniaque spontané.
- C. Un critère suivant et au moins deux critères D ou les deux critères suivants et un critère D
 1. des antécédents familiaux de trouble bipolaire chez les parents de premier degré
 2. Manie ou hypomanie pharmaco-induite.
- D. Si absence de critères C, 6/9
 1. Personnalité hyperthymique
 2. Dépressions récurrentes (> 3)
 3. Épisode dépressif majeur bref (< 3 mois)
 4. Symptômes dépressifs atypiques
 5. Épisodes dépressifs majeurs psychotiques
 6. Début des épisodes dépressifs majeurs à un âge précoce (avant 25 ans)
 7. Dépression du post-partum
 8. Épuisement de l'efficacité antidépressive des antidépresseurs
 9. Absence de réponse à au moins 3 traitements antidépresseurs.

TABLEAU I. — *Formes de dépression.*

Dépression	Bipolaire	Unipolaire
Antécédent de manie/hypomanie	Oui	Non
Sex ratio	Égal	Femmes > hommes
Âge de début	Adolescence, troisième et quatrième décades	Quatrième, cinquième et sixième décades
Épisodes du post-partum	Plus fréquents	Moins fréquents
Début de l'épisode	Souvent brutal	Plus insidieux
Nombre d'épisodes	Nombreux	Moindres
Durée des épisodes	3-6 mois	3-12 mois
Activité psychomotrice	Ralentissement > agitation	Agitation > ralentissement
Sommeil	Hypersomnie > insomnie	Insomnie > hypersomnie
Antécédents familiaux de trouble bipolaire	Élevé	Faible
Antécédents familiaux de trouble unipolaire	Élevé	Élevé
Réponse aux antidépresseurs	Virage maniaque/hypomaniaque	Virage rare
Lithium	Efficacité antidépressive	Généralement sans efficacité

D'après Akiskal (1, 3).

Références

1. AKISKAL HS. The dark side of bipolarity : detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. *J Affect Disord* 2005 ; 84 (2-3) : 107-15.
2. AKISKAL HS, BOURGEOIS ML *et al.* Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000 ; 59 (Suppl 1) : S5-30.
3. AKISKAL KK, AKISKAL HS. The theoretical underpinnings of affective temperaments : implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *J Affect Disord* 2005 ; 85 (1-2) : 231-9.
4. ANGST J, GAMMA A *et al.* Diagnostic issues in bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003 ; 13 (Suppl 2) : S43-50.
5. GHAEMI SN, BOIMAN EE *et al.* Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants : a naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 2000 ; 61 (10) : 804-8.
6. GHAEMI SN, KO JY *et al.* « Cade's disease » and beyond : misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry* 2002 ; 47 (2) : 125-34.
7. JUDD L L, AKISKAL HS *et al.* The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002 ; 59 (6) : 530-7.