

Questions

ITEM 62 : Trouble bipolaire de l'adolescent et de l'adulte

[2007 Dossier 6 - 2014 Dossier 7]

QCM 1 : Quel(s) signe(s) parmi les suivants sont en faveur d'un épisode dépressif majeur ?

- A. Anhédonie
- B. Aboulie
- C. Différence
- D. Clinophilie
- E. Insomnie sans fatigue

QCM 2 : Combien de temps doivent durer au minimum les signes pour parler d'épisode dépressif majeur ?

- A. Il n'y a pas de seuil temporel
- B. 7 jours
- C. 15 jours
- D. 30 jours
- E. 90 jours

QCM 3 : Parmi les médicaments suivants, lequel ou lesquels pouvez-vous initier en 1^{ère} intention devant un épisode dépressif majeur modéré ?

- A. Clomipramine
- B. Carbamazépine
- C. Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- D. Sels de lithium
- E. Risperidone

QCM 4 : Vous traitez une patiente pour un épisode dépressif majeur en Février 2015. Après une régression initiale totale des symptômes, elle consulte de nouveau avec tous les signes d'un épisode dépressif majeur en Juin 2015. Comment qualifiez-vous son atteinte ?

- A. Il s'agit d'une dépression récurrente
- B. Il s'agit d'une dépression en rechute
- C. Il s'agit d'une dépression chronique
- D. Il s'agit d'un trouble bipolaire de type 1
- E. Aucune de ces propositions n'est exacte

QCM 5 : Le trouble bipolaire de type 1 :

- A. Associe des épisodes maniaques et des épisodes dépressifs
- B. Associe des épisodes hypomaniaques et des épisodes dépressifs
- C. Ne se rencontre que chez les femmes
- D. Peut comprendre uniquement des épisodes maniaques
- E. Peut comprendre uniquement des épisodes hypomaniaques

QCM 6 : Quel(s) critère(s) parmi les suivants retrouvez-vous en faveur d'un épisode maniaque ?

- A. Une accélération psychomotrice
- B. Une sexualité débridée et exacerbée
- C. Une insomnie à réveil précoce, sans envie de sortir du lit
- D. Une fatigue excessive
- E. Hypersyntonie

QCM 7 : Concernant l'épidémiologie des troubles bipolaires :

- A. La prévalence du trouble bipolaire de type 1 en France est d'environ 0,6%
- B. Le trouble bipolaire est majoritairement retrouvé chez les hommes
- C. L'âge de début moyen du trouble bipolaire de type 1 est de 35 ans
- D. Le trouble bipolaire touche toutes les classes sociales et tous les lieux de résidence
- E. Il existe une composante génétique au trouble bipolaire

QCM 8 : Citez les médicaments utilisables dans le traitement d'un trouble bipolaire de type 1 :

- A. Olanzapine
- B. Carbamazépine
- C. Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- D. Sels de lithium
- E. Clomipramine

QCM 9 : Vous voulez débiter un traitement par du lithium chez une patiente atteinte d'un trouble bipolaire. Quelle(s) va (vont) être votre (vos) mesure(s) associée(s) ?

- A. On va prescrire un bilan contenant au moins des hCG plasmatiques à cette patiente
- B. On va lui doser la TSH et la créatininémie
- C. La psychoéducation de la patiente et de son conjoint est primordiale
- D. Le traitement va durer 6 mois à 1 an
- E. Le risque suicidaire est généralement nul chez les troubles bipolaires de type 1

QCM 10 : Un épisode hypomaniaque, selon le DSM-V :

- A. Les signes doivent durer au moins 4 jours
- B. Les signes doivent durer au moins 15 jours
- C. Comprend une réduction du besoin de sommeil
- D. Comprend une fuite des idées
- E. La perturbation de l'humeur n'est pas assez sévère pour perturber le fonctionnement professionnel et social

Réponses

QCM 1 : Quel(s) signe(s) parmi les suivants sont en faveur d'un épisode dépressif majeur ?

- A. Anhédonie
- B. Aboulie
- C. Diffluence
- D. Clinophilie
- E. Insomnie sans fatigue

Réponses exactes : A, B, D

✓ A retenir :

L'anhédonie est l'incapacité à éprouver des émotions positives lors de stimuli antérieurement agréables. L'aboulie est la perte d'envie, la perte d'initiative. La clinophilie consiste à garder le lit.

QCM 2 : Combien de temps doivent durer au minimum les signes pour parler d'épisode dépressif majeur ?

- A. Il n'y a pas de seuil temporel
- B. 7 jours
- C. 15 jours
- D. 30 jours
- E. 90 jours

Réponse exacte : C

✓ A retenir :

Il s'agit de la durée minimale que doivent durer les signes de dépression afin de pouvoir poser le diagnostic.

QCM 3 : Parmi les médicaments suivants, lequel ou lesquels pouvez-vous initier en 1^{ère} intention devant un épisode dépressif majeur modéré ?

- A. Clomipramine
- B. Carbamazépine
- C. Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- D. Sels de lithium
- E. Risperidone

Réponse exacte : C

✓ A retenir :

On utilise les antidépresseurs adaptés, les mieux tolérés, ici les IRS en 1^{ère} intention.

QCM 4 : Vous traitez une patiente pour un épisode dépressif majeur en Février 2015. Après une régression initiale totale des symptômes, elle consulte de nouveau avec tous les signes d'un épisode dépressif majeur en Juin 2015. Comment qualifiez-vous son atteinte ?

- A. Il s'agit d'une dépression récurrente
- B. Il s'agit d'une dépression en rechute
- C. Il s'agit d'une dépression chronique
- D. Il s'agit d'un trouble bipolaire de type 1
- E. Aucune de ces propositions n'est exacte

Réponse exacte : B

✓ A retenir :

Dépression en rechute = recrudescence des symptômes dans un délai inférieur à 6 mois.

Dépression récurrente = 2 épisodes dépressifs majeurs sévères séparés d'au moins 6 mois en 4 ans.

Dépression chronique = les symptômes durent pendant plus de 2 ans.

QCM 5 : Le trouble bipolaire de type 1 :

- A. Associe des épisodes maniaques et des épisodes dépressifs
- B. Associe des épisodes hypomaniaques et des épisodes dépressifs
- C. Ne se rencontre que chez les femmes
- D. Peut comprendre uniquement des épisodes maniaques
- E. Peut comprendre uniquement des épisodes hypomaniaques

Réponses exactes : A, D

✓ A retenir :

Tout épisode maniaque fait entrer le patient dans un trouble bipolaire, même en l'absence d'épisode dépressif.

QCM 6 : Quel(s) critère(s) parmi les suivants retrouvez-vous en faveur d'un épisode maniaque ?

- A. Une accélération psychomotrice
- B. Une sexualité débridée et exacerbée
- C. Une insomnie à réveil précoce, sans envie de sortir du lit
- D. Une fatigue excessive
- E. Hypersyntonie

Réponses exactes : A, B, E

✓ A retenir :

L'insomnie à réveil précoce plaide plutôt en faveur d'une dépression. Lors de l'épisode maniaque, la sensation de fatigue s'évanouit. L'hypersyntonie désigne la capacité de se mettre en osmose avec l'humeur d'autrui.

QCM 7 : Concernant l'épidémiologie des troubles bipolaires :

- A. La prévalence du trouble bipolaire de type 1 en France est d'environ 0,6%
- B. Le trouble bipolaire est majoritairement retrouvé chez les hommes
- C. L'âge de début moyen du trouble bipolaire de type 1 est de 35 ans
- D. Le trouble bipolaire touche toutes les classes sociales et tous les lieux de résidence
- E. Il existe une composante génétique au trouble bipolaire

Réponses exactes : A, D, E

✓ A retenir :

Le trouble bipolaire touche les hommes comme les femmes, de tout niveau social. L'âge de début moyen du trouble bipolaire de type 1 est 18 ans.

QCM 8 : Citez les médicaments utilisables dans le traitement d'un trouble bipolaire de type 1 :

- A. Olanzapine
- B. Carbamazépine
- C. Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- D. Sels de lithium
- E. Clomipramine

Réponses exactes : A, B, D

✓ A retenir :

On va utiliser les thymorégulateurs : lithium, neuroleptiques et antiépileptiques sont possibles.

QCM 9 : Vous voulez débiter un traitement par du lithium chez une patiente atteinte d'un trouble bipolaire. Quelle(s) va (vont) être votre (vos) mesure(s) associée(s) ?

- A. On va prescrire un bilan contenant au moins des hCG plasmatiques à cette patiente
- B. On va lui doser la TSH et la créatininémie
- C. La psychoéducation de la patiente et de son conjoint est primordiale
- D. Le traitement va durer 6 mois à 1 an
- E. Le risque suicidaire est généralement nul chez les troubles bipolaires de type 1

Réponses exactes : A, B, C

✓ A retenir :

Le traitement sera théoriquement à vie. Bien au contraire, le risque suicidaire est très élevé chez ces patients.

QCM 10 : Un épisode hypomaniaque, selon le DSM-V :

- A. Les signes doivent durer au moins 4 jours
- B. Les signes doivent durer au moins 15 jours
- C. Comprend une réduction du besoin de sommeil
- D. Comprend une fuite des idées
- E. La perturbation de l'humeur n'est pas assez sévère pour perturber le fonctionnement professionnel et social

Réponses exactes : A, C, D, E

✓ A retenir :

L'épisode maniaque doit durer au moins 7 jours, l'hypomaniaque 4 jours. Absence de retentissement fonctionnel ou social.

TROUBLE BIPOLAIRE DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE

- Diagnostiquer un trouble bipolaire
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi à tous les stades de la maladie.

Zéros	MANIE																											
<p>- Présentation : agitation, logorrhée</p> <p>- Contact : familiarité</p> <p>- Trouble du contenu de la pensée : délire</p> <p>- Exaltation de l'humeur : euphorie, labilité thymique</p> <p>- Excitation psychomotrice</p> <p>- Troubles somatiques</p> <p>- Réalisation d'un bilan somatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Examen clinique : T°C, constantes, déshydratation o Paraclinique : TSH, toxiques, imagerie cérébrale <p>- Traitement : thymorégulateur (lithium), neuroleptique sédatif, hypnotique</p> <p>- Sauvegarde de justice ++</p>	<p>1. Définition – Epidémiologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouble de l'humeur par l'exaltation et l'accélération psychomotrice - Plus fréquent entre 15-30 ans <p>2. Etiologies :</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Organiques</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Neurologique : Syndrome frontal, épilepsies partielles - Troubles hydroélectrolytiques : hypercalcémie, hypernatrémie - Causes endocriniennes et métaboliques : hypoglycémie, hyperthyroïdie... </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Toxiques</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Stupéfiants psychostimulants - Médicaments : corticoïdes, L-Dopa, Thyroxine... - Antidépresseurs : virage maniaque dans le trouble bipolaire de type 3 </td> </tr> </table> <p>3. Le syndrome maniaque :</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Exaltation de l'humeur</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Euphorie, expansivité de l'humeur - Hypersyntonie, contact familier - Ludisme - Hyperhédonie - Labilité émotionnelle, irritabilité </td> <td style="background-color: #d3d3d3;">Hypomanie – DSM-IV-TR</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Hypersthénie</td> <td>- Absence de sensation de fatigue</td> <td rowspan="6"> <p>A. Humeur élevée pendant au moins 4 jours</p> <p>B. Au moins 3 symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Augmentation de l'estime de soi o Diminution du besoin de sommeil o Communicabilité accrue o Fuite des idées o Distractibilité o Agitation psychomotrice o Engagement excessif dans des activités agréables (achats pathologiques, sexe...) <p>C. Modifications patentes du fonctionnement</p> <p>D. Symptômes manifestes pour l'entourage</p> <p>E. Sévérité non suffisante pour altérer le fonctionnement socioprofessionnel</p> <p>F. Absence de cause organique/toxique</p> </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Modification des pensées</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Anosognosie et déni du trouble - Optimisme débordant, insouciance - Surestimation, sensation de toute-puissance </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Accélération psychomotrice</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Distractibilité, hypervigilance - Tachypsychie + fuite des idées - Troubles de concentration et de l'attention - Logorrhée, tachyphémie - Hyperactivité motrice, hypermimie, agitation - Désinhibition </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Troubles des conduites instinctuelles</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Insomnie sans fatigue - Hyperphagie et polydipsie - Libido exacerbée, risque d'IST </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Délire</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Pseudo-délire mégalomaniac - Délire congruent à l'humeur </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> <p>Episode maniaque DSM-IV-TR</p> <p>A. Humeur élevée > 1 semaine</p> <p>B. Idem hypomanie</p> <p>C. Ne répondant pas à l'épisode mixte</p> <p>D. Sévérité suffisante pour hospitalisation</p> <p>E. Absence de cause organique/toxique</p> </td> </tr> </table> <p>4. Diagnostic :</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Anamnèse</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Recueil sémiologique complet du syndrome maniaque - Antécédents - Prise de traitement - Prise de toxiques - Situation professionnelle, financière, rapports sexuels non protégés </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Examen clinique</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - T°C, PA, FC, SpO₂ - Examen complet pour éliminer une cause organique </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Paraclinique</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Biologie : NFS Ionogramme sanguin, urée, créatinine, bilan phospho-alcique Bilan hépatique, TSH - Toxiques sanguins et urinaires - Bilan IST - Imagerie cérébrale : pour tout 1^{er} épisode maniaque - Bilan préthérapeutique : ECG ++ cf. item 72 </td> </tr> </table> <p>5. Diagnostics différentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confusion - Etat psychotique - Ivresse, prise de toxiques - Pathologie organique 	Organiques	<ul style="list-style-type: none"> - Neurologique : Syndrome frontal, épilepsies partielles - Troubles hydroélectrolytiques : hypercalcémie, hypernatrémie - Causes endocriniennes et métaboliques : hypoglycémie, hyperthyroïdie... 	Toxiques	<ul style="list-style-type: none"> - Stupéfiants psychostimulants - Médicaments : corticoïdes, L-Dopa, Thyroxine... - Antidépresseurs : virage maniaque dans le trouble bipolaire de type 3 	Exaltation de l'humeur	<ul style="list-style-type: none"> - Euphorie, expansivité de l'humeur - Hypersyntonie, contact familier - Ludisme - Hyperhédonie - Labilité émotionnelle, irritabilité 	Hypomanie – DSM-IV-TR	Hypersthénie	- Absence de sensation de fatigue	<p>A. Humeur élevée pendant au moins 4 jours</p> <p>B. Au moins 3 symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Augmentation de l'estime de soi o Diminution du besoin de sommeil o Communicabilité accrue o Fuite des idées o Distractibilité o Agitation psychomotrice o Engagement excessif dans des activités agréables (achats pathologiques, sexe...) <p>C. Modifications patentes du fonctionnement</p> <p>D. Symptômes manifestes pour l'entourage</p> <p>E. Sévérité non suffisante pour altérer le fonctionnement socioprofessionnel</p> <p>F. Absence de cause organique/toxique</p>	Modification des pensées	<ul style="list-style-type: none"> - Anosognosie et déni du trouble - Optimisme débordant, insouciance - Surestimation, sensation de toute-puissance 	Accélération psychomotrice	<ul style="list-style-type: none"> - Distractibilité, hypervigilance - Tachypsychie + fuite des idées - Troubles de concentration et de l'attention - Logorrhée, tachyphémie - Hyperactivité motrice, hypermimie, agitation - Désinhibition 	Troubles des conduites instinctuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnie sans fatigue - Hyperphagie et polydipsie - Libido exacerbée, risque d'IST 	Délire	<ul style="list-style-type: none"> - Pseudo-délire mégalomaniac - Délire congruent à l'humeur 			<p>Episode maniaque DSM-IV-TR</p> <p>A. Humeur élevée > 1 semaine</p> <p>B. Idem hypomanie</p> <p>C. Ne répondant pas à l'épisode mixte</p> <p>D. Sévérité suffisante pour hospitalisation</p> <p>E. Absence de cause organique/toxique</p>	Anamnèse	<ul style="list-style-type: none"> - Recueil sémiologique complet du syndrome maniaque - Antécédents - Prise de traitement - Prise de toxiques - Situation professionnelle, financière, rapports sexuels non protégés 	Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> - T°C, PA, FC, SpO₂ - Examen complet pour éliminer une cause organique 	Paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> - Biologie : NFS Ionogramme sanguin, urée, créatinine, bilan phospho-alcique Bilan hépatique, TSH - Toxiques sanguins et urinaires - Bilan IST - Imagerie cérébrale : pour tout 1^{er} épisode maniaque - Bilan préthérapeutique : ECG ++ cf. item 72
Organiques	<ul style="list-style-type: none"> - Neurologique : Syndrome frontal, épilepsies partielles - Troubles hydroélectrolytiques : hypercalcémie, hypernatrémie - Causes endocriniennes et métaboliques : hypoglycémie, hyperthyroïdie... 																											
Toxiques	<ul style="list-style-type: none"> - Stupéfiants psychostimulants - Médicaments : corticoïdes, L-Dopa, Thyroxine... - Antidépresseurs : virage maniaque dans le trouble bipolaire de type 3 																											
Exaltation de l'humeur	<ul style="list-style-type: none"> - Euphorie, expansivité de l'humeur - Hypersyntonie, contact familier - Ludisme - Hyperhédonie - Labilité émotionnelle, irritabilité 	Hypomanie – DSM-IV-TR																										
Hypersthénie	- Absence de sensation de fatigue	<p>A. Humeur élevée pendant au moins 4 jours</p> <p>B. Au moins 3 symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Augmentation de l'estime de soi o Diminution du besoin de sommeil o Communicabilité accrue o Fuite des idées o Distractibilité o Agitation psychomotrice o Engagement excessif dans des activités agréables (achats pathologiques, sexe...) <p>C. Modifications patentes du fonctionnement</p> <p>D. Symptômes manifestes pour l'entourage</p> <p>E. Sévérité non suffisante pour altérer le fonctionnement socioprofessionnel</p> <p>F. Absence de cause organique/toxique</p>																										
Modification des pensées	<ul style="list-style-type: none"> - Anosognosie et déni du trouble - Optimisme débordant, insouciance - Surestimation, sensation de toute-puissance 																											
Accélération psychomotrice	<ul style="list-style-type: none"> - Distractibilité, hypervigilance - Tachypsychie + fuite des idées - Troubles de concentration et de l'attention - Logorrhée, tachyphémie - Hyperactivité motrice, hypermimie, agitation - Désinhibition 																											
Troubles des conduites instinctuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnie sans fatigue - Hyperphagie et polydipsie - Libido exacerbée, risque d'IST 																											
Délire	<ul style="list-style-type: none"> - Pseudo-délire mégalomaniac - Délire congruent à l'humeur 																											
			<p>Episode maniaque DSM-IV-TR</p> <p>A. Humeur élevée > 1 semaine</p> <p>B. Idem hypomanie</p> <p>C. Ne répondant pas à l'épisode mixte</p> <p>D. Sévérité suffisante pour hospitalisation</p> <p>E. Absence de cause organique/toxique</p>																									
Anamnèse	<ul style="list-style-type: none"> - Recueil sémiologique complet du syndrome maniaque - Antécédents - Prise de traitement - Prise de toxiques - Situation professionnelle, financière, rapports sexuels non protégés 																											
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> - T°C, PA, FC, SpO₂ - Examen complet pour éliminer une cause organique 																											
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> - Biologie : NFS Ionogramme sanguin, urée, créatinine, bilan phospho-alcique Bilan hépatique, TSH - Toxiques sanguins et urinaires - Bilan IST - Imagerie cérébrale : pour tout 1^{er} épisode maniaque - Bilan préthérapeutique : ECG ++ cf. item 72 																											
<p>Formes cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manie délirante : délire congruent à l'humeur - Etat mixte : <ul style="list-style-type: none"> o Association de symptômes dépressifs et maniaques o Risque suicidaire élevé Manie atypique : <ul style="list-style-type: none"> o Symptômes discordants, délire non congruent à l'humeur o Evoque un trouble schizo-affectif Furie maniaque : <ul style="list-style-type: none"> o Forme rare d'état maniaque fulgurant 																												

6. Pronostic :

- En l'absence de traitement, spontanément résolutif en 4-8 semaines
- Risque de désinsertion professionnelle
- Conduites à risque : **Rapports sexuels non protégés** Errances, vagabondages
Dilapidation du **capital financier** Comportement hétéro-agressif
Addictions
- Formes graves : dénutrition, déshydratation, épuisement

7. Prise en charge :

Orientation	- Urgence thérapeutique - Hospitalisation pour le syndrome maniaque, souvent sous contrainte - Sauvegarde de justice
Traitement	- Sédation - Thymorégulateurs : lithium ++
Surveillance	- Efficacité – Tolérance – Observance - Dosage plasmatique : lithiémie
Consolidation	- Maintien du traitement 3-4 mois - Education du patient

TROUBLES BIPOLAIRES

1. Définitions – Epidémiologie :

Définition	- Trouble chronique de l'humeur caractérisé par l' alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes maniaques ou hypomaniaques	
Epidémiologie	- 1% de la population générale pour le TB I ; 4-6% pour le TB II et cyclothymie - Début entre 15-30 ans ; 5-10 ans de retard au diagnostic	
Classification	TB I	- EDM et au moins un épisode maniaque
	TB II	- EDM et épisodes strictement hypomaniaques
	TB III	- Virage maniaque ou hypomaniaque sous antidépresseur
	Cyclothymie	- Alternance hypomanies et dépressions légères
Cycle rapide	- Forme de TB I et II de mauvais pronostic - > 4 accès dépressifs/maniaques par an	

2. Diagnostic différentiel :

- Ponctuellement : épisodes dépressifs et épisodes maniaques
- Trouble schizo-affectif

3. Prise en charge :

Traitement au long cours	
Modalités	- Début dès le diagnostic posé - Traitement à vie
Thymorégulateur	- Lithium : traitement de référence - Anti-épileptiques - Neuroleptiques atypiques - Cf. item 72
Surveillance	- Efficacité – tolérance – observance - Effets secondaires des traitements - Lithiémie
Mesures associées	- Education du patient : Education à sa maladie Reconnaitre les signes précurseurs de rechute Port d'un cahier de lithiémie Connaissance des signes de surdosage Association de patient - Education de l'entourage - Prise en charge à 100% - Psychothérapie de soutien
Traitement des épisodes aigus	
→ S'assurer de l'observance → dosage de la lithiémie	
Episodes dépressifs	- Ajout d'un traitement antidépresseur - Sans interruption du traitement thymorégulateur - Surveillance de l'apparition d'un virage maniaque
Episodes maniaques	- Interruption progressive de tout traitement antidépresseur - Interruption par paliers → risque de syndrome de sevrage - Optimisation du traitement thymorégulateur - Ajout si nécessaire d'un neuroleptique sédatif

4. Evolution – Pronostic :

Sans traitement	- Pronostic variable - Episodes dépressifs : risque suicidaire - Episodes maniaques : conduites à risques - Complications : Désinsertion socioprofessionnelle Usage de stupéfiants Comportement suicidaire
Sous traitement	- Bon pronostic sous réserve d'une bonne compliance

Lithium :

- Traitement de référence
- Allongement des intervalles libres entre 2 épisodes
- Diminution de l'intensité des symptômes lors d'un épisode
- Diminution du risque suicidaire
- Contre-indications :
- Hypersensibilité
- Grossesse
- Allaitement
- Insuffisance d'organe sévère
- Bilan :
- Examen clinique
- ECG
- Biologie :
 - o NFS
 - o Ionogramme
 - o Calcémie
 - o Bilan rénal
 - o TSHus
 - o BU/ECBU
 - o hCG
- EEG si antécédents neurologiques
- Mise en route :
- Adaptation de la posologie à la lithiémie
- Dosage lithiémie 5 jours après modification de la posologie, 12 heures après la dernière prise
- Objectif : 0,8-1,2mmol/L
- Carte et cahier de lithiémie
- Contraception efficace