

## Psychiatrie

### Item 285: Troubles de l'humeur. Troubles bipolaires

#### Plan

#### - Définitions

#### A. SYNDROME DÉPRESSIF

#### B. SYNDROME MANIAQUE

#### C. TROUBLE BIPOLAIRE

#### Objectifs CNCI

- Diagnostiquer un trouble de l'humeur et un trouble bipolaire.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / PMZ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- RPC <a href="#">HAS 07</a></li> <li>- RPC <a href="#">ANAES 02</a></li> <li>- Guides ALD HAS 09</li> <li>. <a href="#">Trouble bipolaire</a></li> <li>. <a href="#">Dépression récurrente</a></li> <li>- Polycopié national: <a href="#">item 285</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dépression</b>: humeur triste</li> <li>- Ralentissement psycho-moteur</li> <li>- Retentissement somatique/psychique</li> <li>- Critères DSM-IV EDM: <math>\geq 5</math> sur 15J</li> <li>- Mélancolie / délirante / stuporeuse</li> <li>- Imagerie cérébrale si 1er épisode</li> <li>- Guérison: <math>&gt; 4M</math> / chronicité: <math>&gt; 2ans</math></li> <li>- AD / attaque (6S) / entretien (1an)</li> <li>- Prévention de la levée d'inhibition</li> <li>- PsychoT: soutien / analytique / TCC</li> <li>- <b>Manie</b>: exaltation de l'humeur</li> <li>- Accélération psycho-motrice</li> <li>- Retentissement somatique/psychique</li> <li>- Critères DSM-IV manie: <math>\geq 3</math> sur 7J</li> <li>- Thymorégulateur: lithium / valproate</li> <li>- Attaque / entretien / prévention</li> <li>- 1er épisode maniaque = TBP type I</li> <li>- Type II = hypomanie / III = virage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque suicidaire +++</li> <li>- Cause organique ou toxique</li> <li>- Surveillance: virage / levée</li> <li>- Education / sous lithium ++</li> <li>- Sauvegarde de justice</li> <li>- EDM sur TBP: JAMAIS d'AD</li> </ul>

#### - Définitions

- **Humeur** (= affect = thymie)
  - Ressenti intérieur de l'individu sur le plan émotionnel et affectif
  - !! Etat dynamique dont les variations sont physiologiques

- **Trouble de l'humeur**
    - Fixation persistante de l'humeur dans un état extrême
    - **Dépression** = état de tristesse persistante
    - **Manie** = état d'euphorie persistant
  - **Trouble bipolaire**
    - Trouble chronique de l'humeur avec alternance de phases dépressives et maniaques
    - Ancienne dénomination: « psychose maniaco-dépressive » (terme obsolète)
- 

## A. SYNDROME DÉPRESSIF

### - Généralités

- **Définition**
  - Trouble de l'humeur dominé par la tristesse et un ralentissement psychomoteur
- **Epidémiologie**
  - Prévalence = **5%** de la population générale / 10 à 20% sur une vie entière (!)
  - Pathologie psychiatrique la plus fréquente au monde (120M) / 1ère cause de handicap
  - Sex-ratio: F > H = x2 / pas de facteurs de risque ethniques, géographiques, etc.

### - Etiologies

- **Dépression primitive**
  - Trouble **multifactoriel**: nombreuses théories d'explication partielle dont:
    - **Théorie psychanalytique**: culpabilité due au refoulement des pulsions agressives
    - **Théorie cognitive**: biais négatif dans le traitement de l'information
    - **Théorie neurobiologique**: dysfonctionnement des NT monoaminergiques, etc.
- **Dépression secondaire**
  - **Etiologies psychiatriques (++)**
    - Troubles anxieux / troubles psychotiques
    - Autres: TCA, troubles du sommeil, etc.
  - **Etiologies organiques**
    - **Par altération directe des bases de l'humeur**
      - Neurologique: maladie de Parkinson, SEP, démences, etc
      - Endocrinologique: **hypothyroïdie**, hypercorticisme, etc
    - **Par retentissement indirect sur l'humeur**
      - Toutes les maladies chroniques: cancers +++ / VIH, etc
      - Traumatismes médicaux aigus: infarctus, AVC, etc.
  - **Etiologies iatrogènes et toxiques**
    - **Iatrogène**: corticoïdes / interféron / bêta-bloquants / L-Dopa
    - **Toxiques**: **alcool** +++ / drogues (cannabis, cocaïne..)

### - Diagnostic

- **Eléments du syndrome dépressif (3)**
  - **Humeur triste**
    - Douleur morale / tristesse
    - Anhédonie (perte de la sensation de plaisir)
    - Aboulie (perte d'envie) / athymhormie (perte de l'élan vital)
    - Anesthésie affective = hyporéactivité aux stimuli agréables
    - Hyperthymie douloureuse = crises de larmes inexplicables
  - **Ralentissement psycho-moteur**

- **Ralentissement psychique**
    - Bradypsychie / ruminations / indécision / perplexité
    - Troubles de l'attention / de la mémoire / de la concentration
    - Prosodie monocorde (pas d'intonation) / bradyphémie (discours lent)
  - **Ralentissement moteur**
    - **Asthénie**: typiquement majorée en début de journée / bradykinésie
    - Apragmatisme (ne prend plus d'initiative) / hypomimie +/- amimie
    - Clinophilie (reste au lit) / incurie (ne se lave plus / ne mange plus)
- **Retentissement psycho-somatique**
  - **Somatique: troubles des fonctions instinctuelles**
    - Troubles de l'alimentation: anorexie (+++) / boulimie
    - Insomnie à type de réveil précoce (+++) / hypersomnie
    - **Autres**: troubles de la libido / constipation / hypotension artérielle, etc.
  - **Psychique: troubles du contenu de la pensée**
    - Toujours rechercher des idées suicidaires +++ (**PMZ**)
    - Anxiété +++ (avec symptomatologie somatique)
    - Délire: limité à l'épisode dépressif et de thème congruent
    - **Autres**: auto-dévalorisation / pessimisme / incurabilité
- **Examens complémentaires**
  - **Pour rechercher une cause somatique**
    - Bilan thyroïdien: **TSH** systématique (**PMZ**)
    - **Imagerie** cérébrale (IRM/TDM): si pas d'antériorité (1er épisode ++)
    - Glycémie
    - Recherche de toxiques: seulement selon contexte clinique
  - **Pour bilan pré-thérapeutique** (cf [item 177](#))
    - **pré-IRS**: bilan clinique seulement
    - **pré-tricycliques**: atcd (GFA, RAU, etc) / **ECG** (**PMZ**) / iono-créatinine / hCG
- **Formes cliniques**
  - **Dépression dans le cadre d'un trouble bipolaire**
    - !! Devant tout syndrome dépressif, rechercher un atcd d'épisode maniaque (**PMZ**)
    - → le traitement est totalement différent: thymorégulateur et pas antidépresseur seul
  - **Forme typique: épisode dépressif majeur (EDM)**
    - Forme complète du syndrome dépressif (≠ épisode dépressif mineur)
    - !! Ne préjuge pas de la sévérité de l'épisode dépressif (cf infra)
    - **Critères diagnostiques DSM-IV-TR (5) +++**
      - A. Rupture de l'état antérieur avec ≥ **5** symptômes pendant > **14 jours**
      - B. ne répondant pas aux critères d'un épisode mixte
      - C. altération du fonctionnement social et/ou professionnel
      - D. absence de cause organique ou toxique (**PMZ**)
      - E. absence de deuil < 6 mois
  - **EDM mélancolique**
    - **Critères diagnostiques DSM-IV-TR +++**
      - **Au moins 1 élément parmi**
        - Anhédonie généralisée
        - Aréactivité aux stimuli agréables (anesthésie affective)
      - **Au moins 3 éléments parmi**
        - Humeur dépressive marquée
        - Prédominance matinale
        - Réveil matinal précoce
        - Anorexie ou perte de poids
        - **Culpabilité** excessive ou inappropriée
  - **Formes particulières de mélancolie**
    - **Dépression mélancolique stuporeuse**
      - Ralentissement psycho-moteur au 1er plan +++
      - Mutisme / amimie / clinophilie (! escarres) / incurie / aphagie
      - !! Risque vital par dénutrition / déshydratation / cachexie
    - **Dépression mélancolique délirante**
      - Impossibilité de critiquer ses idées mélancoliques
      - Production délirante à thèmes **congruents**: auto-accusation, hypochondrie..

- **Syndrome de Cotard: dépression mélancolique délirante du sujet âgé**
        - Triple négation: d'organe / de temps (immortalité) / du monde
      - **Dépression mélancolique anxieuse**
        - Anxiété majeure au 1er plan → agitation paradoxale +++
  - **Formes cliniques selon l'évolution**
    - **Trouble dépressif récurrent (trouble unipolaire): 2 EDM** avec ≥ 2M sans symptôme
    - **Dépression chronique:** EDM caractérisé durant ≥ **2 ans** (sans intervalle libre)
    - **Trouble saisonnier de l'humeur:** apparition en automne et disparition au printemps
- **Sévérité de l'épisode**
  - **EDM léger:** symptômes juste suffisant au diagnostic (5) / peu de retentissement global
  - **EDM moyen:** plus de symptômes que nécessaire mais retentissement modéré
  - **EDM sévère:** quasiment tous les symptômes / retentissement social majeur
- **Diagnostics différentiels**
  - **Rechercher une dépression secondaire:** organique (**PMZ**) / iatrogène / toxique (cf supra)
  - **Deuil:** normal ou pathologique: cf définition même de l'EDM ! (cf [item 70](#))
  - **Syndrome démentiel:** syndrome dépressif fréquemment associé (cf [item 63](#))
  - **Schizophrénie:** épisode catatonique mimant une mélancolie stuporeuse (cf [item 278](#))

## - Evolution

- **Histoire naturelle**
  - En moyenne: résolution spontanée d'un EDM en 6 mois à 1an
  - **Complications d'un épisode dépressif**
    - **suicide +++ :** évaluer et prévenir le risque **suicidaire** (le risque vital +++) (**PMZ**)
    - **évolutives:** chronicité / TBP / **rédicive** (50% au 1er épisode / 90% au 3ème)
    - **psychiatriques:** troubles anxieux / psychotiques / addictions (alcool / mdts)
    - **somatiques:** escarre (si clinophilie) / dénutrition (si anorexie), etc.
    - **iatrogènes:** ceux des tricycliques-IRS / levée d'inhibition et virage maniaque +++
    - **sociales:** isolement / perte d'emploi / rupture familiale, etc.
- **Evolution sous traitement**
  - **Rémission (complète):** disparition du syndrome dépressif
  - **Guérison:** rémission complète > **4 mois**
  - **Rechute:** réapparition des symptômes avant la guérison (< 4 mois)
  - **Récidive:** réapparition des symptômes après la guérison (> 4 mois)
  - **Chronicité:** persistance de l'EDM plus de **2ans**
  - **Résistance:** échec de 2 traitements (dont un imipranique) bien menés pendant **6S**
  - **Virage:** apparition d'un syndrome maniaque sous AD (= trouble bipolaire type III, cf infra)

## - Traitement

- **Prise en charge**
  - **Ambulatoire si:** EDM léger ou modéré non compliqué
  - **Hospitalisation:** en psychiatrie / sur secteur / en urgence / libre ou sous contrainte (HDT) si
    - EDM sévère avec risque suicidaire élevé
    - EDM mélancolique (simple/délirant/stuporeux)
    - Echec du Tt médicamenteux ambulatoire
- **Bilan pré-thérapeutique (3) (PMZ)**
  - Evaluation et prévention du **risque suicidaire** (inventaire / surveillance) (cf [item 44](#))
  - Rechercher une pathologie **somatique** et/ou toxique (TSH / glycémie / imagerie)
  - Rechercher une contre-indication au Tt AD (interrogatoire / ECG) (cf [item 177](#))
- **Tt médicamenteux = antidépresseur**
  - **Indications**
    - **EDM non sévère:** ISRS (paroxétine) *ou* IRSNa (venlafaxine) en 1ère intention
    - **EDM mélancolique:** tricyclique hors CI (clomipramine) *ou* IRSNa *ou* ECT
  - **Modalités**
    - **Tt d'attaque**

- Augmentation posologique progressive par palliers jusqu'à rémission
    - Surveillance tolérance et efficacité: ≥ **6S semaines** avant remise en cause
  - Tt d'entretien
    - Poursuivre le Tt *après* rémission pendant ≥ 4 mois (en pratique ≥ **1an**)
    - Arrêt progressif par palliers avec surveillance rapprochée
  - Tt préventif
    - Seulement si risque de récurrence élevé: 3ème EDM ou 2ème en < 5ans
    - Tt efficace à posologie identique pendant 3 à 5ans
- Prévention du passage à l'acte suicidaire
  - Risque de passage à l'acte dû à la levée d'inhibition psychomotrice
  - Surveillance clinique (toujours) et sédation transitoire vers J8 (à discuter)
  - → BZD (pas systématiques !) ou neuroleptique sédatif (ex: Tercian®)
- Si absence de réponse
  - Vérifier la bonne observance et réévaluer la posologie
  - Si Tt bien conduit inefficace après ≥ 6S (pas avant !): changer de classe d'AD
  - Si résistance à 2 classes d'AD: association / thymorégulateur / sismothérapie
- Tt symptomatique
  - Réhydratation / **renutrition** / soins locaux si escarres
  - Hypnotique et/ou sédatif si insomnie / passage à l'acte
  - Si mélancolie délirante
    - Associer antipsychotique: atypique (olanzapine PO)
    - Ne pas poursuivre: à arrêter après environ 3 mois
- Electroconvulsivothérapie (ECT)
  - (= « sismothérapie » : terme obsolète) / crises généralisées provoquées sous AG
  - Indications = limitées
    - Mélancolie à risque suicidaire élevé / stuporeuse / délirante / anxieuse
    - Echec du Tt médicamenteux (x2) +/- associé à un thymorégulateur
    - Contre-indication au Tt médicamenteux: grossesse / pathologie organique
    - Refus alimentaire avec risque de dénutrition / cachexie (anorexie / Cotard)
- Psychothérapie
  - A proposer de façon systématique +++ / efficacité selon la motivation du patient..
  - Psychothérapie de soutien / analytique / cognitivo-comportementale (cf [item 48](#))
- Mesures associées
  - **Education** du patient: délai d'action (2-3S) / contrat de soin
  - **Alcool**: rechercher alcoolisme +/- prévention du DT (**PMZ**)
  - !! Pas de prise en charge à 100% si EDM isolé
- Surveillance
  - Clinique et paraclinique: cf [item 177](#)
  - En pratique, 2 éléments à toujours surveiller: (**PMZ**)
    - risque suicidaire par **levée d'inhibition**
    - **virage de l'humeur** sous anti-dépresseur (TBP III)

---

## B. SYNDROME MANIAQUE

### - Généralités

- **Définition**: trouble de l'humeur dominé par l'euphorie et l'accélération psychomotrice
- **Epidémiologie**: terrain typique: adulte jeune (20-30ans) mais possible à tout âge

## - Etiologies

- **Manie primitive**
  - Trouble de l'humeur multifactoriel / le plus souvent dans un trouble bipolaire
  - Explications partielles psychanalytiques, cognitives, etc. (idem dépression)
- **Manie secondaire**
  - **Etiologies organiques**
    - **Neurologiques:** syndrome frontal (« moria ») / épilepsie / SEP
    - **Endocrinologiques:** hyperthyroïdie / hypercorticisme / Wilson
    - **Métaboliques:** troubles hydroélectrolytiques
  - **Etiologies iatrogènes et toxiques (++)**
    - **Iatrogènes:** corticoïdes / thyroxine / L-Dopa
    - **Toxiques:** amphétamine / cocaïne / cannabis

## - Diagnostic

- **Eléments du syndrome maniaque (3)**
  - **Exaltation de l'humeur**
    - **Euphorie:** sensation de joie intense / hyperthymie
    - **Hypersyntonie:** « en résonance » avec les personnes et éléments
    - **Ludisme:** tendance aux devinettes / jeux de mots
    - Hyperhédonie: vécu intense de toutes les émotions
    - Hyperesthésie affective: hyper-réactivité émotionnelle
    - Labilité émotionnelle: variations brusques de l'humeur (« rire aux larmes »)
  - **Accélération psycho-motrice**
    - **Accélération psychique**
      - Tachypsychie: pensée diffluite (« coq-à-l'âne ») / illogique
      - Logorrhée / tachyphémie (discours accéléré) / graphorrhée
      - Troubles de l'attention et de la concentration
    - **Accélération motrice**
      - **Hypersthénie:** absence de fatigue (et souvent manque de sommeil)
      - Hyperactivité *non productive* / présensation débraillée / hypermimie
      - Désinhibition comportementale / multiplication des initiatives
  - **Retentissement psycho-somatique**
    - **Somatique: troubles des fonctions instinctuelles**
      - Insomnie sans fatigue
      - Hypersexualité / libido exacerbée
      - Hyperphagie et polydipsie
    - **Psychique: troubles du contenu de la pensée**
      - Projets grandioses / achats inconsidérés +++
      - Comportements à risque +++ (usage de drogues / risques sexuels)
      - Surestimation de soi / sentiment de toute puissance
      - **Anosognosie** / déni du trouble / optimisme / insouciance
      - Idées délirante congruentes à l'humeur (mégalomaniques)
- **Formes cliniques**
  - **Forme typique: épisode maniaque**
    - **Critères DSM-IV-TR d'un épisode maniaque +++**
      - A. humeur élevée, rompant avec l'état antérieur pendant > **7 jours**
      - B. avec ≥ **3** symptômes (4 si irritabilité isolée) (liste)
      - C. Ne répondant pas aux critères d'un épisode mixte
      - D. Altération marquée du fonctionnement social ou professionnel
      - E. Absence de cause toxique ou organique
  - **Episode hypomaniaque: critères DSM-IV-TR**
    - A. humeur élevée, rompant avec l'état antérieur pendant ≥ 4 jours
    - B. idem épisode maniaque
    - C. Modification patente du fonctionnement
    - D. Symptômes manifestes pour l'entourage
    - **E. Sévérité non suffisante:** pas d'altération professionnelle ou sociale (+++)

- F. Absence de cause toxique ou organique
- En pratique: hyperactivité présente mais elle reste *productive* ++
- **Episode maniaque délirant**
  - !! Si délire: épisode forcément maniaque sévère (pas d'hypomanie délirante)
  - Thèmes congruents à l'humeur: mégalomaniaque, érotomaniaque, mystique..
- **Etat mixte**
  - Association d'éléments dépressifs et maniaques dans un même épisode > 7J
  - Labilité émotionnelle importante / !! risque suicidaire élevé
- **Furie maniaque**
  - Forme rare avec agitation extrême / hétéro-agressivité / paranoïa
  - !! Urgence thérapeutique absolue: sédation et sismothérapie
- **Examens complémentaires**
  - **Pour rechercher une manie secondaire / organique**
    - **TSH** +++ / NFS-CRP / EEG
    - **Imagerie** cérébrale: IRM (TDM à défaut): systématique (≠ EDM)
    - Alcoolémie et dosage des **toxiques** sanguins et urinaires
  - **Pour rechercher une complication**
    - **Bilan IST**: sérologies VIH / VDRL-TPHA / VHC-VHB
  - **Pour bilan pré-thérapeutique** (pré-lithium ou pré-neuroleptique)
    - **ECG** et **hCG (PMZ)** / NFS-P / TP-TCA (cf IM) / BHC
    - Glycémie et EAL (NL) / iono-urée-**créatinine** et **TSH** (Lithium)
- **Diagnostics différentiels**
  - **Manie secondaire**: organique / iatrogène / toxique (cf supra)
  - **Autres**: Episode psychotique / Sd confusionnel / manifestation hystérique

## - Evolution

- **Histoire naturelle**
  - En général: résolution spontanée d'un épisode maniaque sous 6-8 mois
  - **Complications d'un épisode maniaque**
    - **suicide**: à toujours surveiller en psychiatrie
    - **psychiatriques**: addictions / ceux du trouble bipolaire
    - **somatiques**: conduites à risques sexuelles: IST +++
    - **iatrogènes**: ceux du lithium (poids-tremblements-néphrotoxicité..): cf [item 177](#)
    - **évolutives**: !! un 1er épisode maniaque est déjà un TBP de type 1: récurrence-EDM
    - **sociales**: désinsertion professionnelle +++ / dilapidation financière
- **Evolution sous traitement**
  - Disparition du syndrome maniaque en quelques semaines sous thymorégulateur
  - **Idem dépression**: rémission (4M) / récurrence (après guérison) / rechute (avant guérison)
  - **Virage dépressif**: apparition d'un syndrome dépressif sous traitement

## - Traitement

- **Prise en charge**
  - **Hospitalisation**: systématique devant tout épisode maniaque +++
  - Sous contrainte (cf anosognosie): **HDT** (cf [item 9](#)) / en psychiatrie / sur secteur
- **Bilan pré-thérapeutique (PMZ)**
  - Evaluation et prévention du **risque suicidaire**: inventaire / chambre non seule
  - Rechercher une pathologie somatique et/ou toxique: TSH / toxiques urinaires..
  - Bilan pré-lithium: ECG / iono-urée-créatinine / NFS / hCG plasmatiques
- **Tt médicamenteux = thymorégulateur**
  - **Indications**
    - **Episode maniaque modéré**: **sel de lithium** (référence) / valproate (Dépakote®)
    - **Episode maniaque agité et/ou délirant**: ajouter olanzapine (neuroleptique atypique)
  - **Modalités**
    - **Tt d'attaque**
      - Doser la lithiémie à J4 / objectif = 0.8 à 1.2 mM / adaptation

- posologique
    - Efficacité rapide: résolution de l'épisode maniaque (1 semaine sous lithium)
  - Tt d'entretien (de consolidation)
    - Systématique devant tout épisode maniaque
    - Poursuivre à dose minimale efficace ≥ 4mois / **au long cours** en général
- Tt symptomatique
  - Tt sédatif = BZD ou neuroleptique sédatif (cyamémazine) / PO ou IM si refus
  - Tt hypnotique si insomnie (fréquent): zolpidem: Stilnox® PO
  - !! NPO: renutrition / réhydratation / nursing si besoin
  - Si manie délirante
    - Tt anti-psychotique: neuroleptique atypique: olanzapine PO par exemple
    - A arrêter dès que possible: en général après environ 3 mois (≠ BDA)
- Electroconvulsivothérapie (ECT)
  - Indications = limitées
    - D'emblée: manie délirante grave / furie maniaque / CI absolue
    - En 2nde intention: si résistance au Tt médicamenteux
- Psychothérapie
  - Psychothérapie de soutien / analytique / cognitivo-comportementale
- Mesures associées / sociothérapie
  - Protection des biens = **sauvegarde de justice** +/- curatelle (cf [item52">PMZ](#))
  - **Contraception** efficace si femme jeune ([PMZ](#))
  - **Prise en charge à 100%** possible dès 1er épisode puisque définit un TBP de type 1
  - **Proposer adhésion à une association de patients**
- [Education du patient +++](#)
- [Information sur la maladie-Tt / psychoéducation / signes annonciateurs de rechutes](#)
- [Mesures hygiéno-diététiques \(MHD\): éviter excitants et automédication / sommeil régulier](#)
- [Education sous Lithium: observance / régime / carnet / interactions \(cf item 177\)](#)
- Surveillance
  - Clinique
    - Efficacité: disparition du syndrome maniaque / critique des idées délirantes
    - Tolérance: **poids** / signes de surdosage / **virage** dépressif de l'humeur / **observance**
  - Paraclinique
    - Dosage de la **lithémie** régulier (5 jours après modification puis 1x/3M)
    - Tolérance: ionogramme-créatinine 1x/6M et TSH annuelle



## C. TROUBLES BIPOLAIRES

### - Généralités

- **Définition**
  - Trouble bipolaire (TBP) = alternance d'épisodes dépressifs et maniaques/hypomaniaques
  - Ex- »psychose maniaco-dépressive « (!! mais trouble bipolaire ≠ psychoses)
- **Epidémiologie**
  - Prévalence = 1-2% de la population générale (TBP I) / 4-6% pour TBP de type II
  - Adulte jeune: 15-30ans (mais formes tardives et retard diagnostique +++) / Sex Ratio = 1
- **Remarque: trouble unipolaire = trouble dépressif récurrent**
  - Trouble unipolaire = récurrence d'EDM sans épisodes maniaques ou hypomaniaques
  - Définition DSM-IV = à partir du 2e EDM / en pratique, thymorégulateur ≥ 3ème EDM

### - Diagnostic

- **Classification des troubles bipolaires**
  - !! l'EDM n'est pas nécessaire au diagnostic de TBP: un seul épisode maniaque suffit
  - **TBP de type I:** ≥ 1 épisode **maniaque** alternant ou non avec des EDM (mélancolique ++)
  - **TBP de type II:** ≥ 1 épisode **hypomaniaque** alternant ou non avec des EDM
  - **TBP de type III:** survenue d'un épisode maniaque ou hypomaniaque sous AD (virage)
  - **Cyclothymie:** épisodes de type II (hypomaniaques) répétés pendant ≥ 2ans
- **Forme clinique**
  - **TBP à cycles rapides:** ≥ 4 accès (EDM ou EM/EHM) **par an**
- **Diagnostics différentiels**
  - Ceux de l'EDM ou du syndrome maniaque lors d'un épisode
  - Trouble schizo-affectif: épisodes dépressifs et maniaques accompagnant les poussées psychotiques (cf [item 278](#))

### - Evolution

- **Complications**
  - **suicide:** !! 15% des patients atteints de TBP
  - **psychiatriques:** addictions ++ / dépendance aux psychotropes
  - **somatiques:** conduites à risque si manie / dénutrition si dépression..
  - **iatrogènes:** ceux du lithium (poids-tremblements-néphrotoxicité..): cf [item 177](#)
  - **évolutives:** décompensations / passage en TBP à cycles rapides
  - **sociales:** désinsertion professionnelle ++
- **Evolution sous traitement**
  - TBP = maladie chronique incurable → l'objectif est de stabiliser le patient +++
  - Si bonne observance: pronostic globalement bon sous thymorégulateurs

### - Traitement

- **Tt curatif des décompensations**
  - **Tt d'un épisode dépressif**
    - !! **JAMAIS d'antidépresseur seul** +++ (**PMZ**)
    - Réintroduire le lithium si rupture de traitement ou optimiser la posologie
    - **Associer** anti-dépresseur (IRS ++) en cas d'échec ou d'épisode sévère
    - En général, arrêter l'AD rapidement: lithium seul à poursuivre au long cours
  - **Tt d'un épisode maniaque**

- Reprendre (si arrêt) ou optimiser la posologie du thymorégulateur
- Si délire (manie ou mélancolie délirante)
  - Associer anti-psychotique mais pour une durée la plus courte possible
- Tt prophylactique des récidives
  - Indications
    - Indiqué dès le 1er épisode maniaque +++ (pose le TBP)
    - Indiqué si 2ème EDM ou identification d'épisodes maniaques à l'interro
  - Modalités
    - En 1ère intention: **lithium** (Téralithe®) / lithiémie = 0.8-1.2mM
    - En 2nde intention: anti-épileptiques: carbamazépine / valproate
    - Durée: **A VIE** le plus souvent (parfois arrêt progressif si contrôle > 2ans)
- Psychothérapie
  - De soutien / d'inspiration analytique / TCC ; pour patient et entourage
- Education du patient (3) +++
  - Information sur la maladie: **psychoéducation** / signes annonciateurs de rechutes
  - Mesures hygiéno-diététiques: éviter excitants et automédication / sommeil régulier
  - Education sous Lithium: carnet / observance / régime salé / interactions (cf [item 177](#))
- Mesures associées
  - Prise en charge **sociale**: adaptation socio-professionnelle
  - Prise en charge à **100%** (ALD)
  - Proposer adhésion à une association de patients
  - **Contraception** efficace si femme jeune (PMZ)
- Surveillance
  - Clinique: au long cours / observance du Tt / rechutes ou récurrences / **poids**
  - Paraclinique: doser la **lithémie** / **TSH** / **iono**-créatinine