

Trouble bipolaire et hyperactivité

Un entretien avec le Pr Michel Bourin*

LE QUOTIDIEN - Quelle est la fréquence des troubles bipolaires ?

Pr MICHEL BOURIN - Schématiquement, on distingue les troubles bipolaires de type I et de type II. Les premiers qui correspondent à l'ancienne dénomination de psychose maniaco-dépressive, caractérisée par une alternance d'épisodes dépressifs et maniaques à tonalité parfois délirante, intéressent environ 1 % de la population générale.

Dans les troubles bipolaires de type II, les épisodes dépressifs sont entrecoupés de périodes d'hypomanie. Leur prévalence apparaît beaucoup plus élevée, frappant de 7 à 9 % de la population.

Comment peut-on les situer par rapport aux dépressions réactionnelles ?

Selon moi, le concept de dépression réactionnelle n'a plus lieu d'être. On peut cependant noter que les patients atteints de troubles bipolaires rapportent toujours leurs épisodes dépressifs à certains événements de vie... L'important n'est pas tant de se focaliser sur des traumatismes potentiellement dépressogènes, ou présentés comme tels que de repérer la répétition d'épisodes dépressifs, quel que soit le contexte de leur apparition. On sait maintenant, grâce aux travaux d'épidémiologie du Zurichois Jules Angst qui a suivi des familles pendant plus de trente ans que, au-delà de trois épisodes dépressifs, la probabilité d'une bipolarité frôle les 100 %. Ainsi, qualifier d'unipolaire une dépression, c'est peut-être tout simplement ne pas avoir encore posé le diagnostic de bipolarité, diagnostic qui nécessite du temps. Il faut en effet que le génie évolutif de la maladie ait opéré et orchestré plusieurs épisodes dépressifs pour que le diagnostic de bipolarité puisse être envisagé, ce qui peut demander plusieurs années. S'y ajoute le problème du diagnostic d'hypomanie qui est beaucoup moins évident que celui de la manie. Ces considérations sont d'autant plus importantes que, à mon sens, les bipolaires de type II constituent « le noyau dur » de la psychiatrie et l'on constatera peut-être dans une décennie que 80 % des dépressifs souffrent en fait de troubles bipolaires dont on n'aperçoit de façon flagrante qu'un seul versant pathologique, à savoir l'élément dépressif.

Justement, comment peut-on repérer cette hypomanie ?

Le diagnostic d'hypomanie est difficile car il s'agit d'une manie a minima souvent considérée par le patient comme son état « normal ». Il faut d'abord y penser systématiquement en cas de récurrence dépressive. Il peut s'agir d'une hyperactivité, en particulier sexuelle, de dépenses exagérées, d'une durée de sommeil écourtée, etc. avec surtout l'impression d'une grande différence entre la présentation du sujet lorsqu'il est déprimé et son état quand il s'estime « normal ». En somme, « quand il va bien, il va trop bien ! ».

Y a-t-il d'autres éléments qui permettent de suspecter une bipolarité ?

Les troubles bipolaires sont souvent associés à d'autres états morbides et tout particulièrement à des addictions. L'alcoolisme secondaire est ainsi très fréquent chez les bipolaires, ce qui aggrave leur dépression.

La dépression n'a rien de caractéristique en elle-même. C'est pourquoi il faut toujours, devant un épisode dépressif, avoir en tête que celui-ci peut s'inscrire dans une bipolarité. Un autre élément de suspicion est une réponse atypique à l'antidépresseur. Le patient ne va pas très bien, voire s'aggrave, bascule dans un état mixte ou franchement hypomaniaque. Il faut alors adjoindre très rapidement un normothymique.

Quel est, actuellement, le traitement des troubles bipolaires ?

Lors des épisodes dépressifs, la prescription d'un antidépresseur doit s'accompagner le plus souvent de celle d'un normothymique, a fortiori lorsque le malade ne s'améliore pas : plutôt du lithium dans les troubles bipolaires de type I, du valproate dans les troubles de type II. A mon grand regret, la lamotrigine (Lamictal) n'est pas encore utilisable en France dans cette indication. Cette molécule apparaît pourtant particulièrement indiquée dans les épisodes dépressifs de la maladie bipolaire, puisqu'elle associe à des propriétés normothymiques la possibilité d'agir aussi sur le versant dépressif.

Le traitement de l'épisode maniaque aigu peut justifier la prescription d'un neuroleptique comme l'olanzapine (Zyprexa) ou la rispéridone (Risperdal). L'halopéridol (Haldol) est aussi encore beaucoup employé en Europe dans la manie.

En dehors des épisodes aigus, pour prévenir le retour des épisodes maniaques ou dépressifs du bipolaire de type I, le lithium reste le traitement de choix ; en revanche, le divalproate (Dépakate) est mieux adapté aux troubles bipolaires de type II. La carbamazépine (Tégréol) est difficile à utiliser et d'emploi beaucoup plus rare, en cas de résistance au lithium ou au valproate.

La prise en charge se limite-elle aux traitements pharmacologiques ?

La prise en charge des patients atteints de troubles bipolaires n'est pas facile. Au fil du temps, les patients deviennent, à juste titre, plus exigeants, réclamant une stabilité parfaite de leur humeur. Une autre difficulté est celle de maintenir le traitement normothymique à vie. Le soutien apporté aux malades par des psychologues, formés à la bipolarité, pourrait aider les médecins généralistes à mieux convaincre les patients du bien-fondé et de l'impact d'un traitement au long cours.

Les associations de malades permettent à leurs proches aussi d'envisager plus tôt le diagnostic de bipolarité, par exemple lorsqu'un membre de la famille d'un déprimé se sait bipolaire, car les antécédents familiaux constituent aussi un élément d'orientation à prendre en compte.