JOURNEE ACOPHRA

LE TROUBLE BIPOLAIRE
« clinique et traitement »

Jeudi 19 juin 2014

Dr Dorey JM,

Hôpital du Vinatier

Pôle EST (Pr d'Amato)

Centre hospitalier Le Vinatier

le trouble bipolaire

Quelques Généralités

Aspects cliniques: descriptions des épisodes thymiques

Les différents types de trouble bipolaire

Difficultés diagnostiques

Evolution et complications

Traitements

L'Humeur

C'est la « disposition affective de base » (*J. Delay*) qui nous fait osciller de la joie la plus extrême à la douleur la plus profonde en fonction des évènements et des émotions qui commandent nos réponses en nous permettant de nous adapter au mieux à notre environnement social, affectif, familial, professionnel

Les troubles de l'humeur

- **Episodes thymiques**
  - Syndromes dépressifs
  - Episodes maniaques

- **Troubles de l'humeur**
  - Troubles dysthymique
  - Trouble dépressif récurrent
  - **Trouble bipolaire**

Trouble bipolaire: cadre clinique

Trouble cyclique de l'humeur alternant:

- Des périodes d'expansion de l'humeur:
  Episode maniaque / hypomaniaque

- Des période de baisse de l'humeur:
  Episode dépressif

- Des intervalles libres plus ou moins longs:
  Phase euthymique

Un diagnostic difficile

- Définition « simple » mais diagnostic difficile car grande hétérogénéité clinique et fréquence des formes atypiques ou masquées
  - Formes pédiatriques
  - Formes psychotiques
  - Mode d'entrée par une Dépression
  - Comorbidité psychiatriques associées

- Retard diagnostic moyen de 5 à 10 ans

- **Donc retard à la mise ne place d'un traitement approprié !**

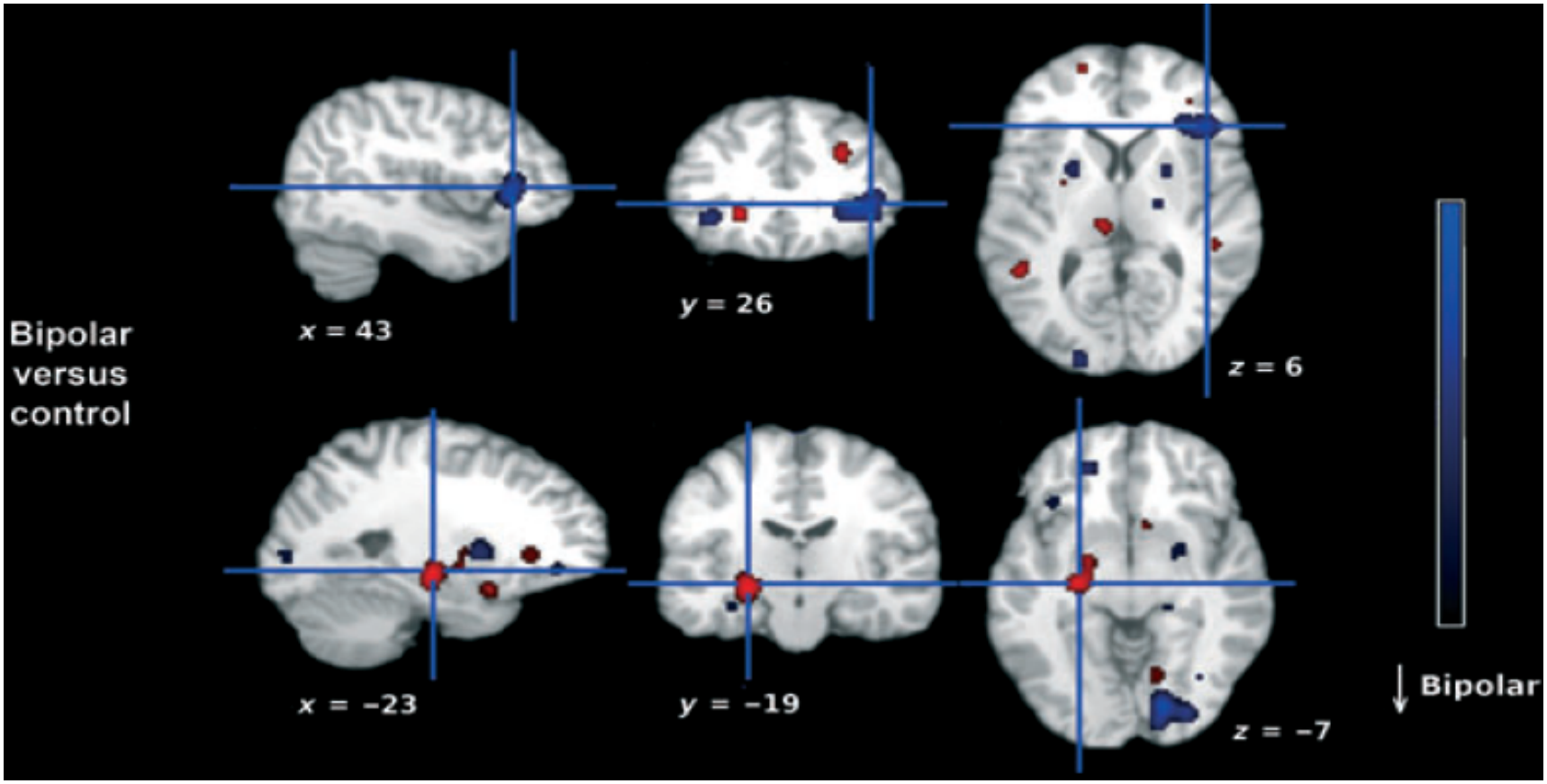
Une étiopathogénie complexe

- **Facteurs génétiques ++**
  - Expliquerait 60% du risque,
  - 8-10% de risque de trouble de l'humeur chez les apparentés,
  - Jumeaux: MZ → 72-80%; DZ →14%,
  - Polymorphisme génétique: plusieurs gènes, plusieurs types de gènes [Berthelsen, 2000]:

    - Gène 1: → dopaminergique « prise de risque »
    - Gène 2: → sérontoninergique « régulation des affects »
    - Gène 3: → Clock « horloge biologique »

- **Facteurs epigénétiques**
  - Environnement socio-culturel
  - Stress – Evénements de vie → « trigger factors »

A quantitative meta-analysis of fMRI studies in bipolar disorder [Chen, 2011]



Hypoactivation: cortex préfrontal inférieur
Hyperactivation: cortex temporal interne et amygdale

Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study

Paul Lichtenstein, Benjamin H Yip, Camilla Björk, Yudi Pawitan, Tyrone D Cannon, Patrick F Sullivan, Christina M Hultman

A la frontière entre la schizophrénie et le trouble bipolaire:
Le trouble schizo-affectif

Quelques chiffres

- Prévalence: environ 1-1,5 %
- Début habituel entre 18 et 25 ans
- Sex-ratio: 1
- Surmortalité: taux de mortalité 2 à 3 fois celui de la population générale:
- Concerne tous les milieux ethniques et socio-économiques

Historique

- **Hippocrate et Arété de Cappadoce (1er siècle): lien entre manie et mélancolie**
- **Falret (1854) : Folie circulaire**
- **Kraepelin (1899) : Psychose Maniaco-Dépressive**
- **Von Kleist (1953): Maladie Bipolaire VS Unipolaire**
- **Dunner (1976) : Maladie bipolaire de type 1 et 2**
- **Akiskal / Angst (depuis 1980): Troubles du spectre bipolaire**

Les épisodes thymiques

Episode maniaque

Elévation délimitée anormale et persistante de l'humeur (> 1 semaine) caractérisée par:

- Augmentation de l'estime de soi / idées de grandeur,
- Réduction du sommeil,
- Plus grande communicabilité de que d'habitude,
- Fuite des idées,
- Distractibilité,
- Hyperactivité désordonnée,
- Engagement excessif dans activités agréables à potentiel dommageable (prodigalité, conduites sexuelles inconséquentes, investissements déraisonnables …).

Episode dépressif majeur

<u>5 critères</u> présents de façon <u>continue</u> pendant au moins <u>15 jours</u>)

- **Humeur dépressive continue**
- **Perte d'intérêt ou de plaisir (Anhédonie).**
- Perte ou gain de poids
- Insomnies/hypersomnies
- Agitation/Ralentissement psychomoteur.
- Asthénie
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive.
- Troubles de concentration
- Pensées de mort récurrentes

Variantes cliniques

Selon l'Intensité

- Dépression légère / modérée / sévère
- Hypomanie (manie atténuée en intensité et durée)

Avec / Sans symptômes psychotiques (D et M)

Avec / sans caractéristiques mélancoliques, catatoniques (D)

Selon le cours évolutif

- Saisonnalité
- Cycles rapides / ultra-rapides

L’état mixte

Existence simultanée de symptômes dépressifs et maniaques.
Sur le plan clinique, l’état mixte est considéré comme un **équivalent maniaque**.

	Humeur	Pensée	Activité
Manie dépressive	D	M	M
Dépression agitée	D	D	M
Manie avec pauvreté du discours	M	D	M
Manie stuporeuse	M	D	D
Dépression avec fuite des idées	D	M	D
Manie inhibée	M	M	D

Sommeil et Trouble Bipolaire

Sommeil: « thermomètre » des troubles de l'humeur

Symptôme souvent *prodromique*

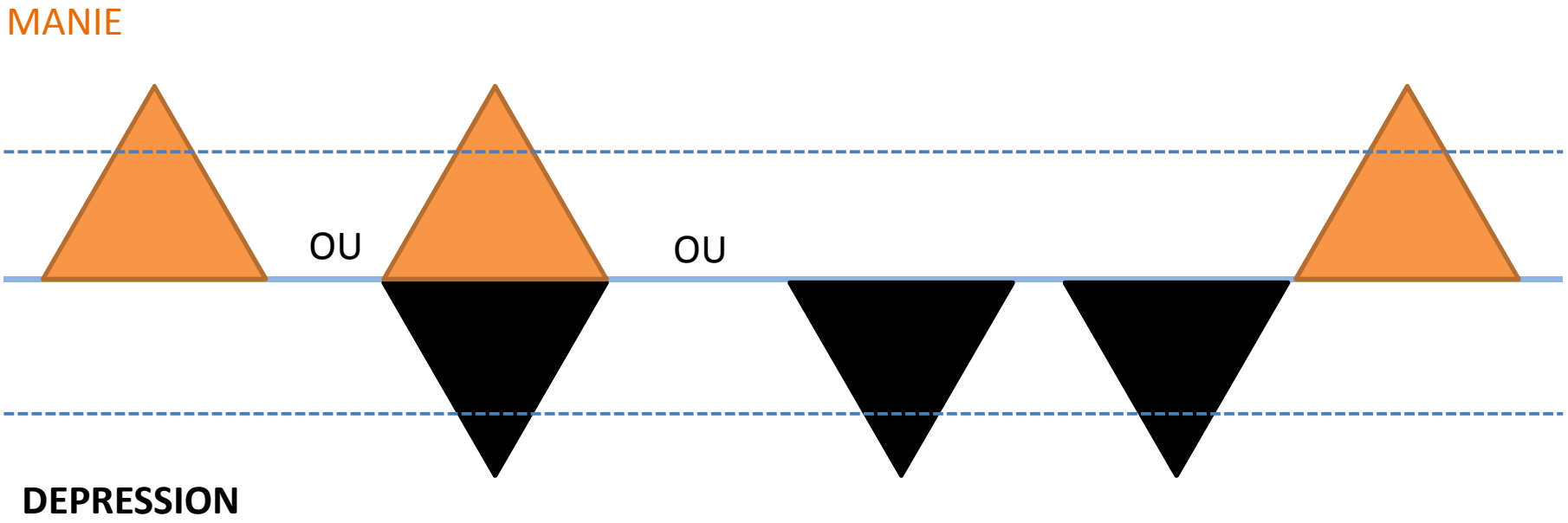
-Tendance hypersomniaque dans la dépression bipolaire

-Tendance à la réduction de sommeil dans la manie

Les types de trouble bipolaire

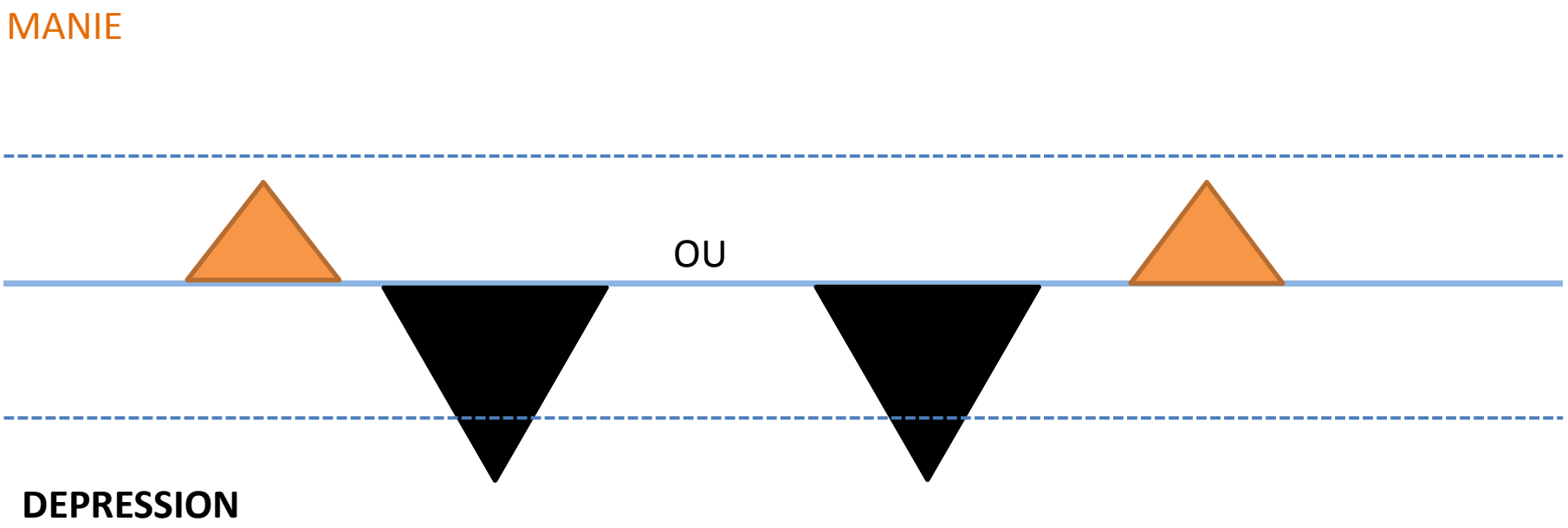
Trouble bipolaire de type 1

BP I: au minimum 1 accès maniaque ou mixte



Trouble bipolaire de type 2

TB II: au minimum 1 EDM et un épisode hypomaniaque



Spectre bipolaire

Trouble cyclothymique

Existence pendant au moins 2 ans, de nombreuses périodes pendant lesquelles les symptômes hypomaniaques sont présents et de nombreuses périodes pendant lesquelles les symptômes dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisodes dépressif majeur

Spectre bipolaire

- **Mal délimité → Ensemble des formes atténuées de la maladie bipolaire (« soft bipolarity »)**
  - Virage de l'humeur pharmaco-induit: BP III *[Etude EPIMAN]*
  - Épisode dépressif majeur + élévation mineure de l'humeur (sous le seuil de l'hypomanie)
    - En durée: hypomanie brève (< 4 jours, > 1 jour) *[Angst]*
    - En intensité: hypomanie subsyndromique *[judd et Akiskal]*
  - Tempéraments affectifs cyclothymiques, hyperthymiques, irritables [Akiskal]:
    - EDM + existence d'une prédisposition tempéramentale
    - Valeur pronostic de ces tempéraments en l'absence d'épisode dépressif caractérisé ?

Valeur clinique des troubles du spectre bipolaire

TABLE 3. Clinical Correlates and Impact of Mood Disorder Spectrum Subgroup in the National Comorbidity Survey Replication (N=5,692)

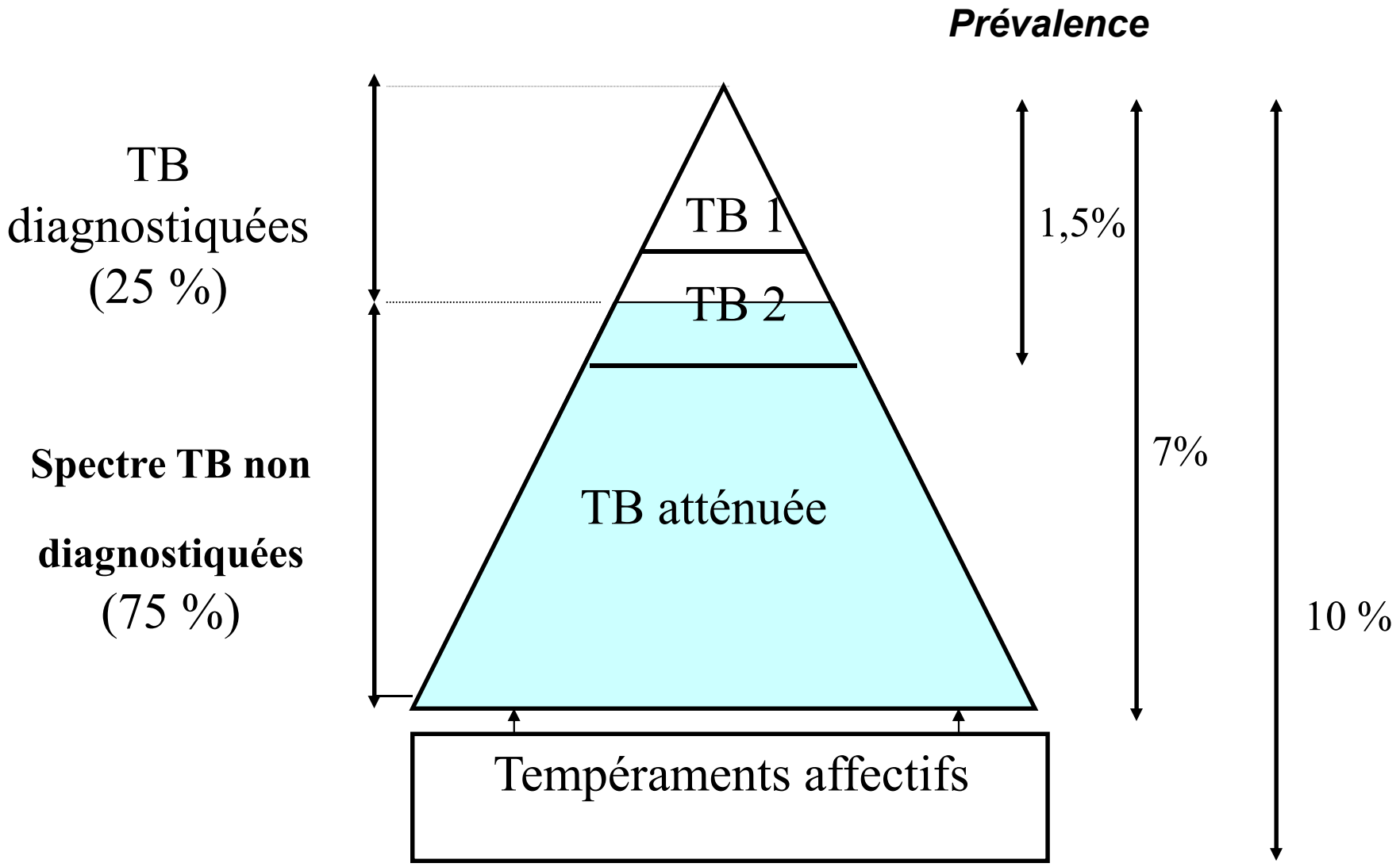
	Major Depression With Mania		Major Depression With Hypomania		Major Depression With Subthreshold Hypomania		Major Depression Only		Major Depression With Hypomania vs. Major Depression With Subthreshold Hypomania		Major Depression With Subthreshold Hypomania vs. Major Depression Only	
Measure	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI
Treatment for mood disorders												
Lifetime	86.2	3.3	81.2	3.9	64.9	2.4	64.8	1.8	2.4*	1.4–4.0	1.0	0.8–1.4
Past 12 months	67.7	8.8	46.3	5.4	38.8	3.9	38.3	2.3	1.7*	1.2–2.4	1.2	0.9–1.5
Comorbidity disorders (lifetime)												
Anxiety	87.1	4.8	82.6	3.3	72.2	2.8	52.6	1.7	1.9*	1.2–3.0	2.3*	1.8–3.0
Substance use	63.9	4.6	41.8	3.7	35.3	2.3	18.0	1.5	1.4	1.0–2.0	2.3*	1.7–3.1
Behavioral problem	69.0	5.5	50.4	5.1	41.1	2.1	19.2	1.0	1.7*	1.1–2.6	2.3*	1.8–2.9
Suicide attempts (lifetime)	66.1	7.1	50.2	6.7	40.7	3.3	31.2	3.2	1.5	0.9–2.7	1.4	1.0–2.1
Role impairment indicated on the Sheehan Disability Scale (past 12 months)												
Severe	94.3	3.8	91.9	3.8	67.1	4.0	61.5	2.3	5.6[a]*	2.0–16.2	1.3[a]	0.9–1.9
Moderate	5.7	3.8	7.0	3.6	24.7	3.7	27.6	2.2				
Mild	NA	NA	1.1	1.2	6.2	1.8	7.8	1.3				
None	NA	NA	NA	NA	2.0	1.1	3.1	0.8				

[a] Respondents with severe symptoms compared with all others.

*p<0.05.

Épidémiologie du spectre bipolaire

[Régier, Kessler, Angst, Judd]



Un diagnostic difficile

Trouble bipolaire de l'enfant

- Présentation atypique
  - Présentation « caractérielle » parfois difficile à distinguer de la crise normale de l'adolescence
  - Irritabilité, conduite d'opposition, provocation, impulsivité, labilité thymique, retrait sur soi…
- Distinction difficile avec le THADA
- Multiplication par 4 des dg de trouble bipolaire de l'adolescent aux USA entre 1995 et 2005

Etude EDIDEP

(Allilaire, 2001)

Cohorte française de 493 patients présentant un épisode dépressif majeur (EPIDEP)

1ère visite
22% patients Bipolaires (type II)

2e visite après recherche systématique de l'hypomanie
40% patients Bipolaires (type II)

Devant un EDM, systématiquement rechercher un épisode hypomaniaque, mais…

Souvent non rapportés spontanément

Souvent non perçus comme pathologiques

Peuvent être socialement avantageux, positifs

Souvent non associés à une souffrance psychique

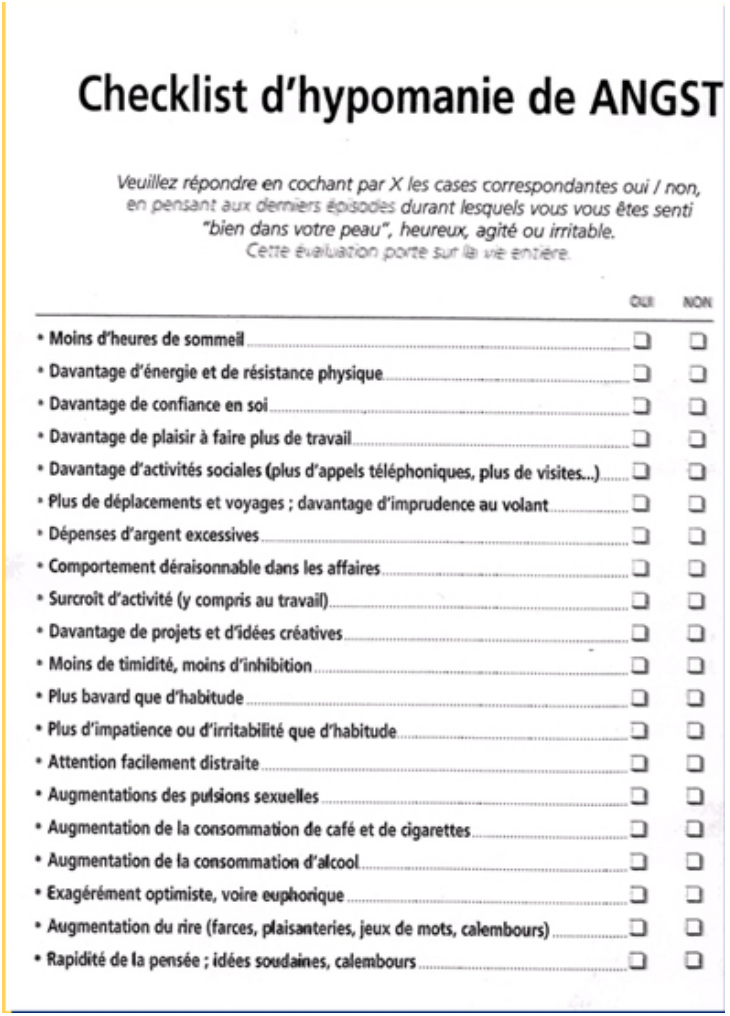
Utile que les patients citent les commentaires et critiques des autres

Nécessité de collecter les informations de l'entourage proche sur le patient (car déni partiel du trouble par le patient) et l'histoire familiale

Les échelles, une aide au diagnostic

Faire remplir au patient la Check-list d'hypomanie de Angst

Un score ≥ 10 indique la présence d'un Trouble Bipolaire (type II) [1]



Checklist d'hypomanie de ANGST

Veuillez répondre en cochant par X les cases correspondantes oui / non, en pensant aux derniers épisodes durant lesquels vous vous êtes senti "bien dans votre peau", heureux, agité ou irritable. Cette évaluation porte sur la vie entière.

	OUI	NON
• Moins d'heures de sommeil	❑	❑
• Davantage d'énergie et de résistance physique	❑	❑
• Davantage de confiance en soi	❑	❑
• Davantage de plaisir à faire plus de travail	❑	❑
• Davantage d'activités sociales (plus d'appels téléphoniques, plus de visites...)	❑	❑
• Plus de déplacements et voyages ; davantage d'imprudence au volant	❑	❑
• Dépenses d'argent excessives	❑	❑
• Comportement déraisonnable dans les affaires	❑	❑
• Surcroît d'activité (y compris au travail)	❑	❑
• Davantage de projets et d'idées créatives	❑	❑
• Moins de timidité, moins d'inhibition	❑	❑
• Plus bavard que d'habitude	❑	❑
• Plus d'impatience ou d'irritabilité que d'habitude	❑	❑
• Attention facilement distraite	❑	❑
• Augmentations des pulsions sexuelles	❑	❑
• Augmentation de la consommation de café et de cigarettes	❑	❑
• Augmentation de la consommation d'alcool	❑	❑
• Exagérément optimiste, voire euphorique	❑	❑
• Augmentation du rire (farces, plaisanteries, jeux de mots, calembours)	❑	❑
• Rapidité de la pensée ; idées soudaines, calembours	❑	❑

Spécificités de la dépression bipolaire ?

Davantage de sentiment de culpabilité

Davantage d'idées de mort et de suicide

Nombreuses plaintes (somatiques, …)

Agitation / excitation psychique

Attitude pseudo-hystérique

Hypersomnie

Hyperphagie

Survenue en période du post-partum

Saisonnalité : "Ils vont moins bien en automne et mieux au printemps"

Akiskal et al. Arch Gen Psychiatry 1995.
Akiskal. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995. Akiskal et al. J Affect Disord 2000.
Akiskal 2002 / Koukopoulos et al. Encéphale 1992

Indicateurs en lien avec la personnalité et les antécédents

Début précoce des troubles ou du premier épisode dépressif (< 26 ans)

Irritabilité - Caractère “original”

Impulsivité (conduites à risque)

Traits cyclothymiques (“Hauts / Bas”)

Biographie “orageuse”

Épisode dépressif du post-partum

Épisodes dépressifs récurrents

Abus de substance (alcool, drogues, sédatifs…)

Histoire familiale de Trouble Bipolaire ou de suicide

Réactivité aux Antidépresseurs

Rémission ultra-rapide de l'épisode dépressif

Virage thymique (ou inversion)

"Quand un traitement marche anormalement bien !"

Insomnie rebelle aux hypnotiques

Agitation / irritabilité / hostilité

Conduites violentes ou bizarres

Ou

Résistance à plusieurs traitements AD

"Quand un traitement ne marche pas !"

Dual Diagnosis: High Prevalence of Comorbid Psychiatric Disorders

Disorder	Lifetime Comorbidity With BPI Disorder	
	Prevalence (%)	Odds Ratio
Generalised anxiety disorder	42.4	14.0*
Social phobia	47.1	5.9*
Panic disorder	32.9	14.0*
PTSD	38.7	8.9*
Any anxiety disorder	93.0	34.8*
Alcohol dependence	61.2	9.8*
Drug dependence	40.6	8.6*
Any substance use disorder	71.1	6.9*
Dysthymia	49.7	14.9*
Conduct disorder	59.5	10.0*

*p<.05.

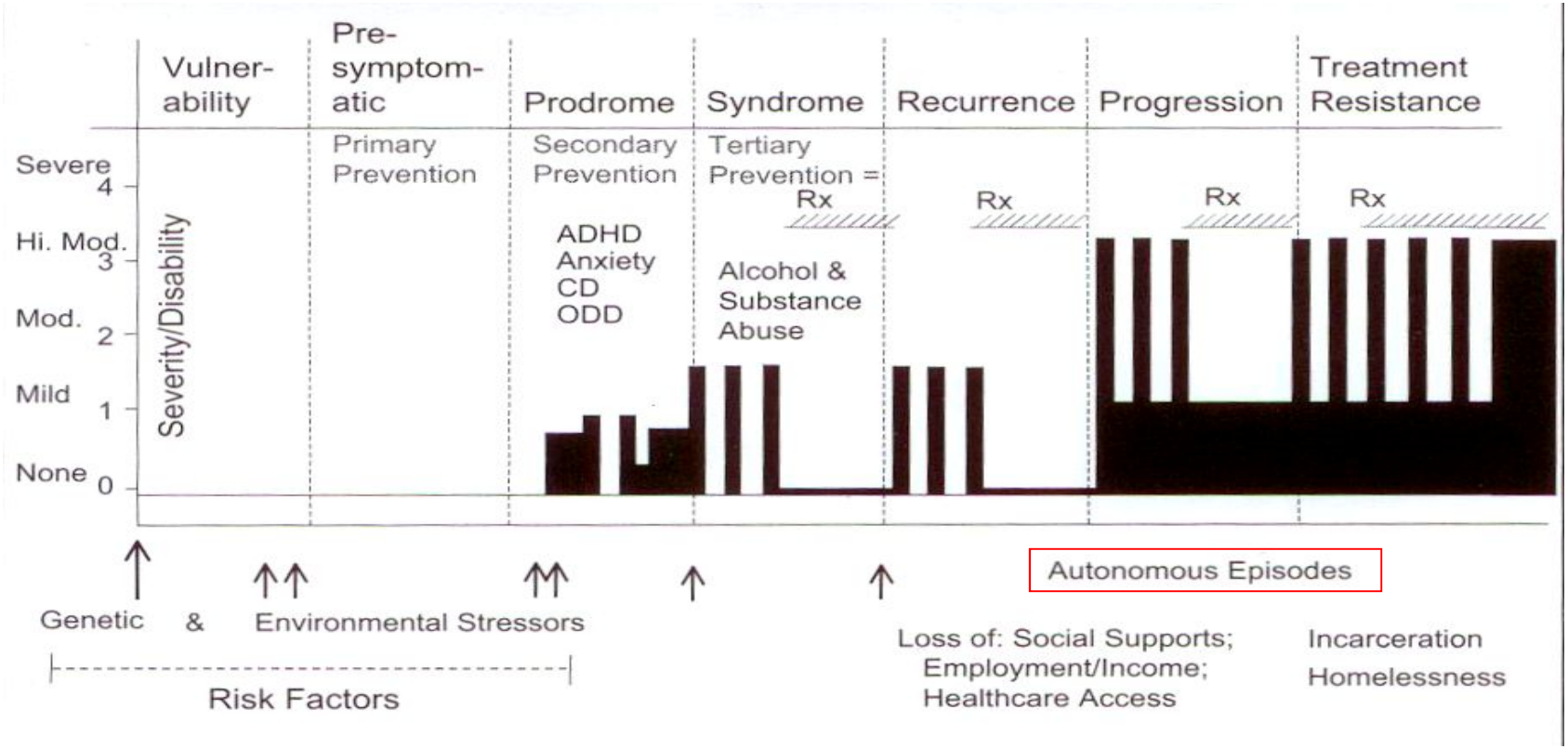
Kessler RC. In: Tohen M, ed. *Comorbidity in Affective Disorders*; 1999:1-26.

Evolution et complications

Quelle évolution ?

- Maladie hétérogène, évolution hétérogène
- Grande variabilité d'un individu à l'autre
- Importance du diagnostic précoce, de la mise en place d'un traitement adapté, et de l'observance thérapeutique
- Attention aux antidépresseurs prescrits isolement car peuvent induire:
  - Virages de l'humeur / Etats mixtes
  - Cycles rapides
  - Augmentation du risque suicidaire

« Évolution naturelle » du trouble bipolaire



Post (1986,1992): Théorie du Kindling (Embrasement)

Baisse progressive du seuil de réactivité au stress, aboutissant à une autonomisation du trouble bipolaire

Facteurs de gravité

- Age de début précoce
- Nombre antérieur d'épisodes
- Symptômes psychotiques
- Co-Morbidité avec conduites addictives
- Trouble de la personnalité
- Isolement
- Moins bon pronostic fonctionnel TB 2 Vs TB 1

Quid des périodes euthymiques ?

Distinction entre rémission symptomatiques et rémission Fonctionnelle

Fonctionnement: définition complexe

- Activités sociales, professionnelle , loisirs ,vie de couple…

Déficit fonctionnel souvent persistant après rémission clinique:

- 57-75% pas en rémission fonctionnelle 2 ans après un accés
- 34 % en incapacité de travailler
- Conséquences psycho-sociales importantes

Quid des périodes euthymiques ?

- La qualité de la récupération fonctionnelle dépend:
  - Des symptômes thymiques résiduels
  - Des symptômes cognitifs résiduels
  - Probablement des performances en cognitions sociales
  - De la réactivité émotionnelle

Intérêt des thérapeutiques de remédiations cognitives

Un des aspects de la cognition sociale: identification des émotions faciales

FIGURE 1 | Facial morphs used in the experiments.

Complications

Complications psycho-sociales ++

- perte d'emploi
- divorce
- conduites délictueuse
- problèmes financier

Complications psychiatriques et somatiques

- Risque suicidaire ++
- Augmentation morbi/mortalité
- Augmentation risque évolution démentielle ?

Risque suicidaire

- 19 % de décès par suicide
- 49 % ont fait > 1 TS

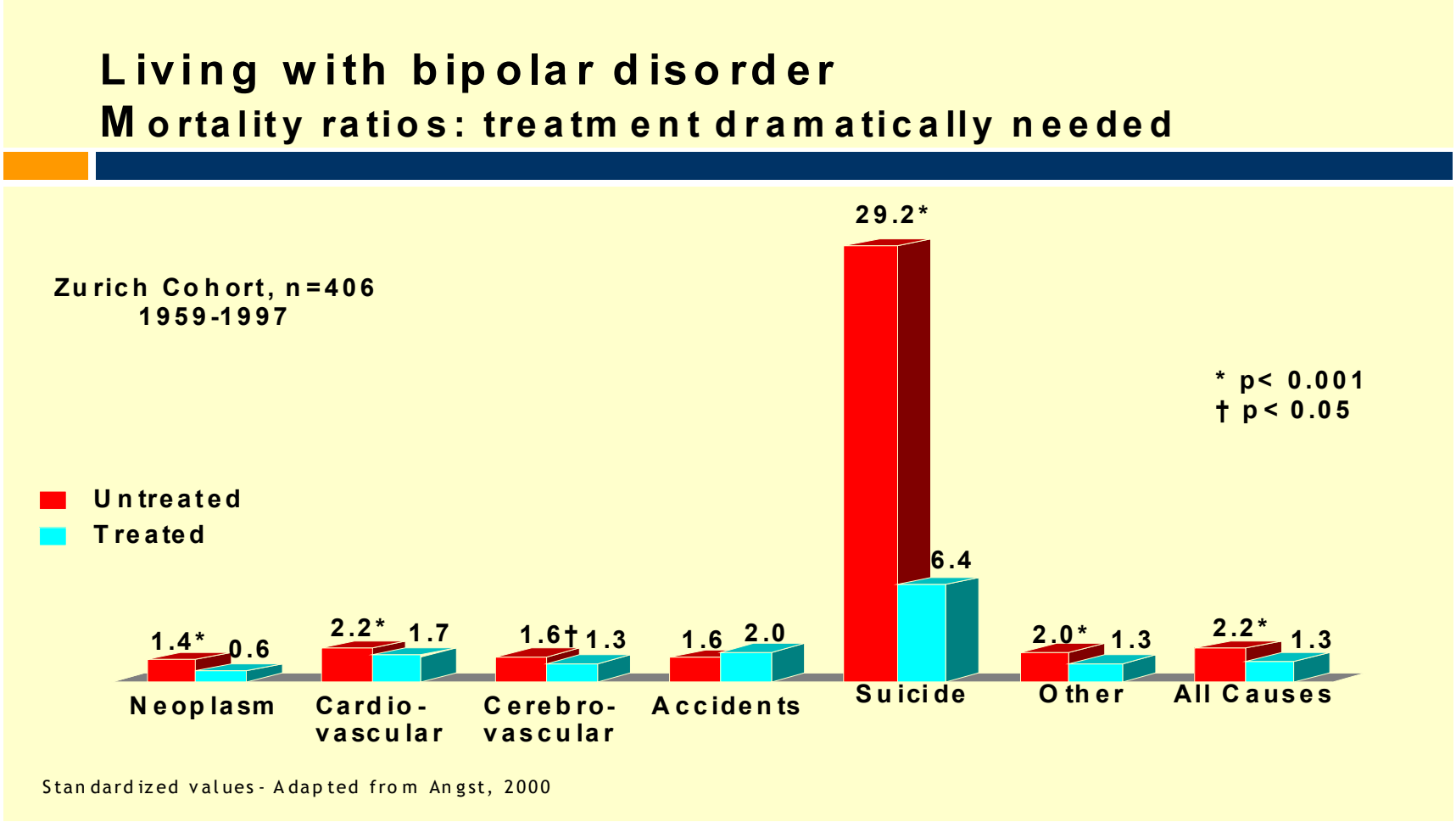
Sujets à risque suicidaire

- Jeune homme en début de maladie
- Atcd familiaux de conduites suicidaires
- Atcd personnel de TS
- Comorbidité addictive
- Période suivant une sortie d'hospitalisation

Mortalité non suicidaire

- Taux de mortalité toute cause confondue 4,5 X plus élevée qu'en population générale
- Réduction de 20 à 25 ans de l'espérance de vie
- MCV, premières causes de décès
- Causes multiples: hygiène de vie, observance médicamenteuse, effets secondaires des psychotropes (syndrome métabolique sous APA)

Effets du traitement sur la mortalité



Does the risk of developing dementia increase with the number of episodes in patients with depressive disorder and in patients with bipolar disorder?

L V Kessing, P K Andersen

J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004;75:1662–1666. doi: 10.1136/jnnp.2003.031773

See end of article for authors' affiliations

Correspondence to: L V Kessing, Department of Psychiatry, University Hospital of Copenhagen, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, DK 2100 Copenhagen Ø, Denmark; lars.kessing@rh.dk

Received 4 November 2003
In revised form 23 February 2004
Accepted 6 March 2004

Objective: Several findings suggest that some patients with depressive or bipolar disorder may be at increased risk of developing dementia. The present study aimed to investigate whether the risk of developing dementia increases with the number of affective episodes in patients with depressive disorder and in patients with bipolar disorder.
Methods: This was a case register study including all hospital admissions with primary affective disorder in Denmark during 1970–99. The effect of the number of prior episodes leading to admission on the rate of readmission with a diagnosis of dementia following the first discharge after 1985 was estimated. A total of 18 726 patients with depressive disorder and 4248 patients with bipolar disorder were included in the study.
Results: The rate of a diagnosis of dementia on readmission was significantly related to the number of prior affective episodes leading to admission. On average, the rate of dementia tended to increase 13% with every episode leading to admission for patients with depressive disorder and 6% with every episode leading to admission for patients with bipolar disorder, when adjusted for differences in age and sex.
Conclusion: On average, the risk of dementia seems to increase with the number of episodes in depressive and bipolar affective disorders.

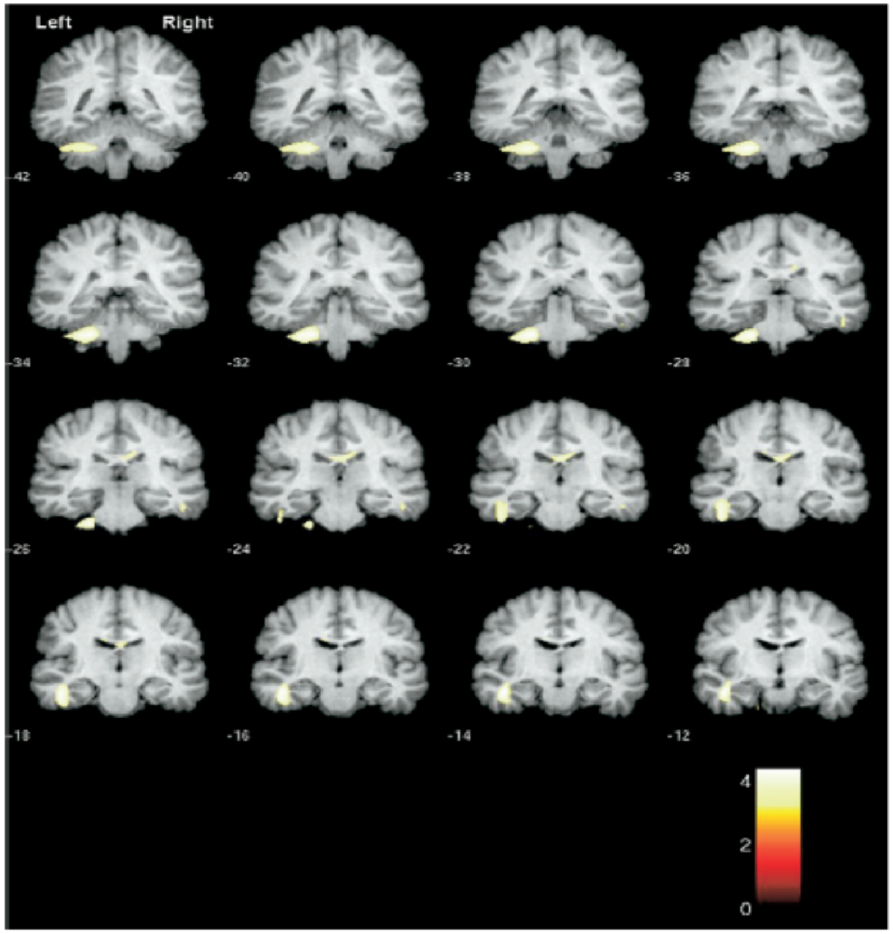
Augmentation du risque de démence:

→ De 13 % à chaque épisode dépressif dans le trouble dépressif récurrent

→ De 6% à chaque épisode thymique dans la maladie bipolaire

Progressive Gray Matter Loss in Patients with Bipolar Disorder

T. William J. Moorhead, James McKirdy, Jessika E.D. Sussmann, Jeremy Hall, Stephen M. Lawrie, Eve C. Johnstone, and Andrew M. McIntosh



→ 20 BP I VS 20 témoins

→ Suivi longitudinal à 4 ans

→ évaluation clinique et neuropsychologique à To et T1

Diminution volume substance grise > BP:

→ Hippocampe + gyrus fusiforme + cervelet G

→ corrélation avec le nombre d'épisodes thymiques

Increased volume of the amygdala and hippocampus in bipolar patients treated with lithium

Lara C. Foland[a], Lori L. Altshuler[b,d], Catherine A. Sugar[c], Agatha D. Lee[a], Alex D. Leow[a], Jennifer Townsend[e], Katherine L. Narr[a], Dina M. Asuncion[b], Arthur W. Toga[a] and Paul M. Thompson[a]

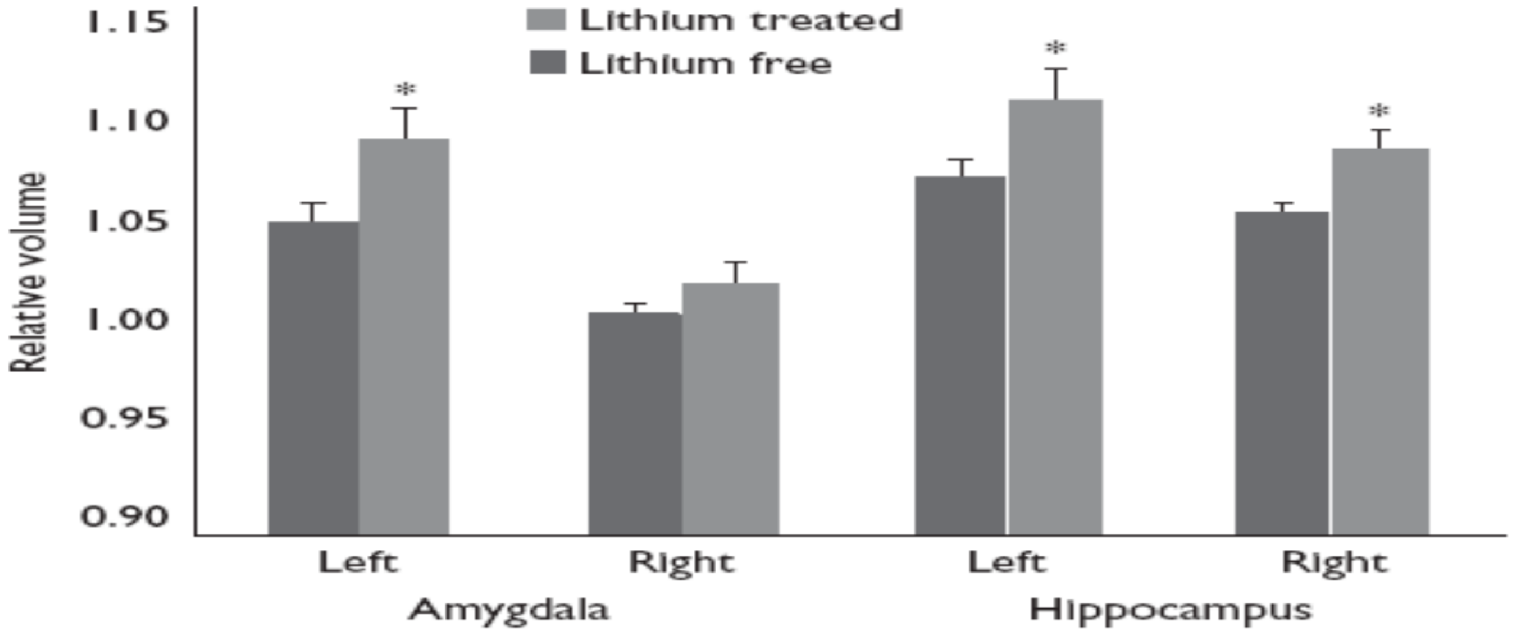


Fig. 1 Amygdala and hippocampus volumes in bipolar patients treated with and without lithium. Volumes are reported in terms of deformation values, which indicate amount of contraction or expansion that is required to match each patient's subcortical structure to a common template. Significant group differences in mean regional deformations reveal group differences in hippocampal and amygdala volume after covarying for age, sex, mood state and total brain scaling. $^{*}P < 0.05$.

Lithium Treatment and Risk of Dementia

Lars Vedel Kessing, MD, DMSc; Lars Søndergård, MD, PhD;
Julie Lyng Forman, MSc, PhD; Per Kragh Andersen, MSc, PhD, DMSc

LITHIUM

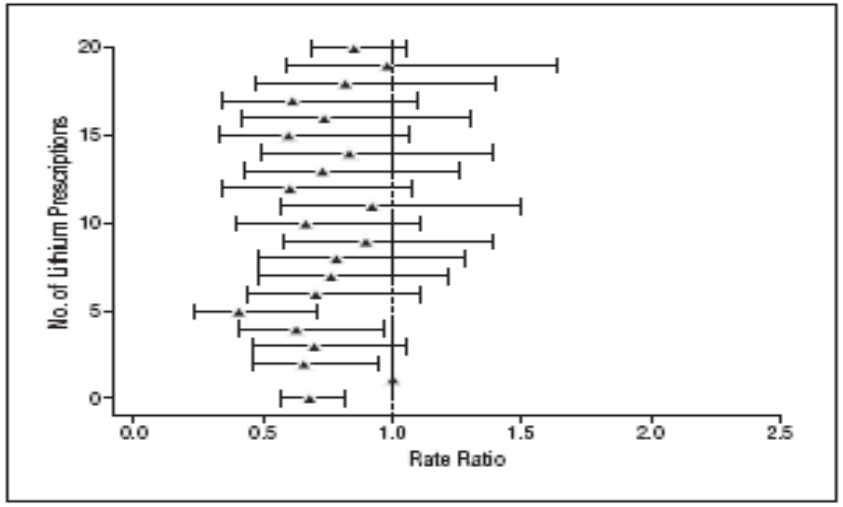


Figure 1. Rate ratios (bars represent 95% confidence intervals) of dementia according to the number of prescriptions for lithium (the period with 1 prescription is used as the reference). Findings are adjusted for the effect of age, sex, calendar period, and purchase of antidepressants or anticonvulsants.

ANTICONVULSIVANT

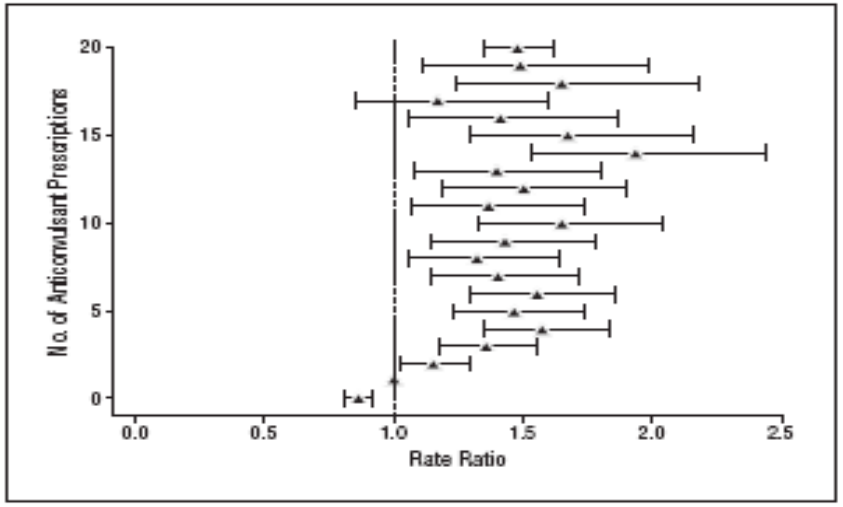


Figure 2. Rate ratios (bars represent 95% confidence intervals) of dementia according to the number of prescriptions for anticonvulsants (the period with 1 prescription is used as the reference). Findings are adjusted for the effect of age, sex, calendar period, and purchase of antidepressants or lithium.

Normalisation du risque de démence chez les patients bipolaires traités par lithium.

Traitements

Prise en charge

Ne se résume pas à la prise en charge médicamenteuse

- **Qualité de l'alliance thérapeutique**
  - **Acceptation de la maladie**
  - **Qualité de l'observance**
- **Prise en compte des comorbidités**
  - **Troubles associés (addictions, troubles anxieux)**
  - **Trouble de la personnalité**

Modèle Bio-Psycho-Social

- **Bio**
  - **Traitements médicamenteux**
- **Psycho**
  - **Stratégies psycho-éducatives**
- **Social**
  - **Adaptation du cadre de vie**

Traitements Pharmacologiques

Traitement des épisodes thymiques aigus

Traitement prophylactique

Traitement adjuvants

Surveillance efficacité, tolérance et complications des traitements (syndrome métabolique sous APA)

Thymorégulateurs

- Historiquement, médicaments destinés à traiter la manie et prévenir sa récurrence
- Puis évolution vers un concept plus large de régulateur de l'humeur pour traiter ou prévenir les accès vers le haut ou vers le bas
- Traitement de la maladie bipolaire

  - Lithium
  - Anti-convulsivants
  - Antispychotiques

Accès maniaque / mixte

(HAS, 2009)

- **Première intention**
  - Thymorégulateur: lithium (gold standart)
  - Anticonvulsivant: divalproate de sodium

  - Antipsychotiques atypique : olanzapine, risperidone, aripiprazole, quietapine
  - Association ou non avec thymorégulateur et anticonvulsivant

- **Autres alternative (Hors AMM)**
  - Autres anticonvulsivant: carbamazépine, valpromide, oxcarbazépine
  - NLP conventionnels
  - Autres APA: Amsisulpride, clozapine

Lithium: indications générales

- Ion dont le mécanisme d'action n'est pas connu avec certitude

- Traitement des épisodes maniaques
- Prévention de la récurrence des épisodes maniaques (surtout) et dépressifs (un peu)
- Prévention du suicide, auto-agressivité
- Diminution de la mortalité toute cause confondue chez le bipolaire

- Moins bonne réponse dans les épisodes mixtes et les cycles rapides
- Réponse inter-individuelles variable
- Potentialisation des antidépresseurs dans la dépression unipolaire

Dépression Bipolaire

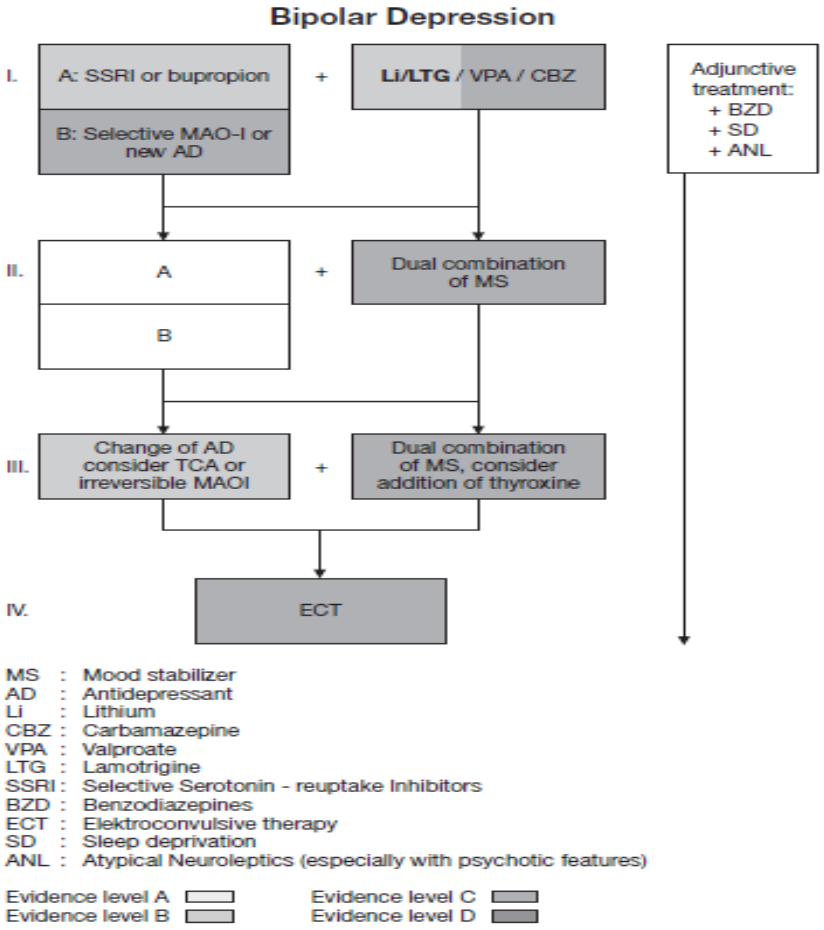
(HAS, 2009)

- Traitement mal codifié (place des ATD débattue)

- Si patient connu avec traitement prophylactique en cours : réajustement du traitement (interêt monitoring plasmatique)

- **Si Nécessité d'un traitement antidépresseur prescription systématique avec une couverture par stabilisateur de l'humeur**
  - IRS/IRSNA en priorité
  - Diminution 6 à 8 semaines après résolution des symptômes

Dépression Bipolaire



- Quietapine (XEROQUEL®) AMM
  - Traitement des troubles bipolaires :
    - traitement des épisodes maniaques modérés à sévères dans les troubles bipolaires ;
    - traitement des épisodes dépressifs majeurs dans les troubles bipolaires ;
    - prévention des récidives chez les patients présentant un trouble bipolaire, ayant déjà répondu au traitement par la quétiapine lors d'un épisode maniaque ou dépressif.
  - Traitement adjuvant des épisodes dépressifs majeurs chez des patients présentant un trouble dépressif majeur (TDM), et ayant répondu de façon insuffisante à un antidépresseur en monothérapie

LAMOTRIGINE

AMM: Prévention des épisodes dépressifs chez les patients présentant un trouble bipolaire de type I et qui ont une prédominance d'épisodes dépressifs

Indication dans la dépression bipolaire aux USA

Intérêt de l'electro-convulsivo-thérapie (ECT)

- Indications:
  - Dépression mélancolique, dépression résistante ?
  - Personne âgée
  - Refus alimentation ttt per os, mauvaise tolérance psychotropes, pronostic vital engagé.
- Plusieurs techniques:
  - Bilatérale: meilleure efficacité ? (small, 1985)
  - Unilatérale: moins de tr cognitifs ? (Black, 1987)
- 3 séances/ semaine sur 4 à 6 semaines
- Meilleure tolérance que psychotropes.
- Meilleur pronostic à 6 mois que pharmacothérapie (Mc Donald, 1998)

Traitement prophylactique

(HAS, 2009)

En première intention

Traitement normothymique lithium ou anti-épileptiques (Divalproate de NA, Valpromide)

En seconde intention ou à visée adjudante

- Lamotrigine
- Olanzapine
- Aripripazole
- (Quitéapine)
- Carbamazépine

Hors AMM: NLP, Risperidione, gabapentine, topiramate, amisulpride, clozapine

Place Des APAP dans le trouble bipolaire

Les APAP sont proposés comme traitement de 2e intention chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire.

Ils sont proposés de façon spécifique chez des patients présentant les caractéristiques suivantes :

- **Patients présentant une mauvaise observance, avec une non-acceptation d'un traitement au long cours**
  Les APAP peuvent être proposés comme une thérapeutique de 1re intention (en monothérapie ou association).
- **Patients souhaitant un traitement par un APAP et/ ou ayant une histoire de traitement efficace par APAP sur la symptomatologie du trouble bipolaire**
  Remarque : du fait d'autres classes médicamenteuses disponibles dans le trouble bipolaire (lithium et anticonvulsivants) nous retrouvons un niveau de consensus moins élevé que celui observé chez les patients souffrant de schizophrénie.

Psychoéducation

- Programme d'information et d'éducation structuré destiné à améliorer la connaissance de la personne sur sa maladie

- Objectifs:
  - Améliorer la compréhension de la maladie et la nécessité de suivre le traitement
  - Aider à détecter les signes précurseurs
  - Encourager la régularité des rythmes
  - Améliorer la gestion du stress

Adaptation du Cadre de Vie

- Contrôle des facteurs de stress
- Limiter les changements de rythme de vie
- Horaires stables, respect du temps de sommeil…
- Eviter le surmenage
- Respecter les rythmes sociaux
- Suivi renforcé et vigilance lors des événements de vie difficiles (décès, rupture sentimentale, perte d'emploi…)

Conclusions

- Le trouble bipolaire n’est plus la PMD
- Rechercher un TB devant une dépression sévère et récurrente
- Thymorégulateur avant tout
- Prise en charge bio-psycho-sociale
- Importance de la régularité des rythmes biologiques et sociaux