

Fiche Mémo

Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours

Juin 2015

Préambule

Le trouble bipolaire est une maladie psychiatrique chronique et récurrente, de présentation clinique et d'évolution très variables, débutant majoritairement chez l'adolescent et l'adulte jeune.

Il s'agit d'un trouble de l'humeur alternant épisode(s) maniaque(s) ou hypomaniaque(s) (exaltation de l'humeur, agitation psychomotrice) et épisode(s) dépressif(s) avec des intervalles de rémission.

Il s'écoule en moyenne 10 ans entre le début de la maladie et l'instauration d'un traitement adapté. Un repérage diagnostique précoce et une prise en charge adaptée permettent d'améliorer le pronostic de la maladie, lié principalement au risque suicidaire et aux conséquences psychosociales pouvant conduire au statut reconnu de handicap psychique.

Messages clés

- Le début de la maladie est souvent précoce (entre 15 et 25 ans).
- Devant tout épisode dépressif, il est recommandé de rechercher des arguments en faveur d'un trouble bipolaire. Il est important de différencier les troubles bipolaires d'un épisode dépressif caractérisé isolé ou récurrent car le traitement et la prise en charge ne sont pas les mêmes.
- Pour le diagnostic, la rupture avec le fonctionnement psychique antérieur et le caractère épisodique des troubles sont deux notions importantes.
- L'évaluation du risque suicidaire est primordiale.
- Devant une tentative de suicide chez un adolescent ou un adulte jeune, il est nécessaire de rechercher un trouble bipolaire.
- Les adolescents souffrant d'un épisode dépressif et présentant un antécédent familial de trouble bipolaire requièrent une surveillance accrue.
- Le patient pour lequel un diagnostic de trouble bipolaire est envisagé doit être adressé à un psychiatre pour confirmer le diagnostic, suivre le patient et/ou donner un avis spécialisé en collaboration avec le médecin traitant et avec la famille et les proches. Une collaboration étroite entre le psychiatre et le médecin traitant est indispensable.
- Envisager l'hospitalisation pour les patients présentant un épisode maniaque ou mixte ou pour tout épisode présentant des critères de sévérité.

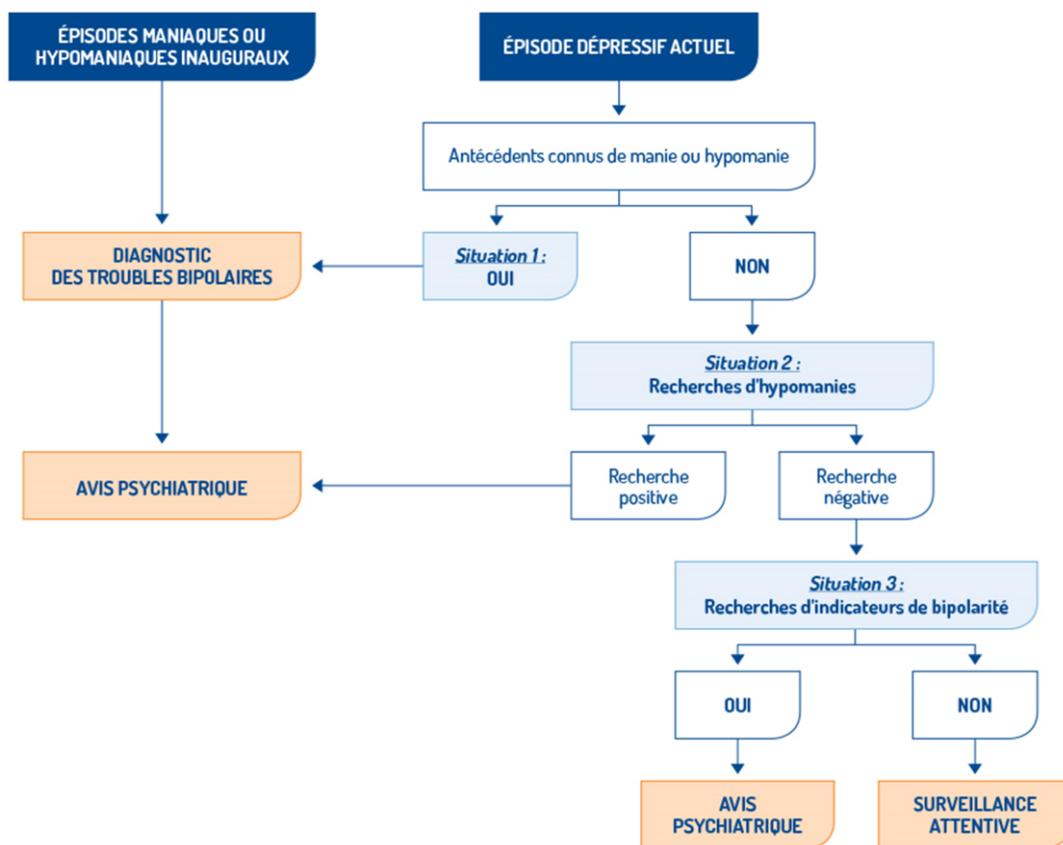
Chez qui y penser

En l'absence d'un épisode maniaque ou hypomaniaque caractérisé, le diagnostic du trouble bipolaire est complexe du fait :

- d'un début souvent précoce de la maladie (entre 15 et 25 ans) ;
- de pathologies psychiatriques comorbides (addictions, troubles anxieux, trouble des conduites, etc.) ;
- de la prédominance des épisodes dépressifs ;
- des caractéristiques psychotiques fréquemment associées ;
- de la possibilité de la non-reconnaissance du caractère pathologique des troubles par le patient.

Il faut donc l'évoquer chez un adolescent ou un adulte jeune devant tout épisode dépressif, certaines pathologies psychiatriques (addictions, trouble des conduites, troubles anxieux), tout passage à l'acte suicidaire.

Arbre décisionnel



Les critères diagnostiques des épisodes maniaques, hypomaniaques et dépressifs sont indiqués dans l'annexe 3 du rapport d'élaboration.

Face à un épisode maniaque inaugural

Un épisode maniaque est principalement caractérisé par :

- une élévation de l'humeur, une agitation psychomotrice, des idées de grandeur, des insomnies ;
- des critères de durée (plus d'une semaine) et un retentissement fonctionnel majeur.

Un épisode maniaque inaugural permet de poser le diagnostic de troubles bipolaires. Il s'agit d'une urgence psychiatrique nécessitant une hospitalisation.

Face à un épisode dépressif, il est recommandé de rechercher des arguments en faveur d'un trouble bipolaire

SITUATION 1 : ANTÉCÉDENT CONNU DE MANIE (TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE I) OU D'HYPOMANIE (TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE II)

L'association d'un épisode dépressif caractérisé avec un antécédent connu d'au moins un épisode de manie ou d'hypomanie permet de poser le diagnostic de trouble bipolaire.

SITUATION 2 : RECHERCHE D'HYPOMANIE

En l'absence d'antécédent connu de manie ou d'hypomanie, le diagnostic est difficile. Les épisodes sont souvent de durée brève de faible intensité symptomatique avec moins de répercussions fonctionnelles que dans l'épisode maniaque. En général les patients ne consultent pas pour un épisode d'hypomanie qui passe facilement inaperçu.

La rupture avec le fonctionnement psychique antérieur est une notion importante pour le diagnostic.

Il est conseillé d'utiliser le questionnaire « Trouble de l'humeur » (*Mood Disorder Questionnaire*), qui est un outil de repérage des hypomanies conçu dans le cadre du repérage en premier recours.

Le recours aux informations auprès des proches avec l'accord du patient adulte est indispensable pour rechercher les antécédents d'hypomanie et caractériser les symptômes.

SITUATION 3 : RECHERCHE D'INDICATEURS DE BIPOLARITÉ

Il est recommandé de rechercher les indicateurs permettant de suspecter une évolution possible vers une bipolarité.

Les indicateurs de bipolarité en premier lieu sont :

- une survenue précoce de dépression avant 25 ans ;
- des antécédents d'épisodes dépressifs et multiples (3 ou plus) ;
- des antécédents familiaux connus de trouble bipolaire ;
- un épisode dépressif avec ou sans caractéristiques psychotiques, survenant dans le *post-partum* ;
- des caractéristiques atypiques de l'épisode dépressif telles qu'une hyperphagie, une hypersomnie ;
- des caractéristiques psychotiques congruentes avec l'humeur ;
- une réponse atypique à un traitement antidépresseur (non-réponse thérapeutique ; aggravation des symptômes ; apparition d'une agitation ; apparition de notion d'hypomanie même brève) ;
- un épisode de manie ou un virage maniaque sous traitement par antidépresseur, qui suffisent pour diagnostiquer un trouble bipolaire.

Les indicateurs de bipolarité en deuxième lieu sont :

- certaines particularités de l'épisode dépressif : agitation, hyperréactivité émotionnelle, irritabilité, avec des débuts et des fins abrupts, sans facteur déclenchant identifié ;
- une suicidalité (passage répété à l'acte suicidaire par des moyens violents) ;
- des passages à l'acte délictueux, des conduites sexuelles à risque.

Cas particuliers

Épisode mixte

Des symptômes dépressifs et des symptômes de manie peuvent coexister et sont classiquement nommés « épisodes mixtes ». Ils font partie du diagnostic de trouble bipolaire. Les nouvelles classifications parlent d'épisode maniaque ou dépressif avec caractéristiques mixtes. Ce diagnostic est difficile. Le risque suicidaire est majeur. Il requiert l'avis en urgence d'un psychiatre.

Le *post-partum*

Un épisode dépressif ou une psychose puerpérale peuvent être l'épisode inaugural d'un trouble bipolaire débutant dans le *post-partum*.

Devant une addiction

Devant une addiction (alcool, toxicomanie, etc.), il est recommandé de rechercher un éventuel trouble bipolaire (de même devant des conduites délictueuses).

Focus sur les adolescents

Les troubles bipolaires débutent majoritairement dans les dernières années de l'adolescence, entre 15 et 19 ans. Les troubles bipolaires chez les enfants prépubères sont très rares.

Le recueil d'information auprès des proches, du médecin traitant, des personnels de santé scolaire, est essentiel pour rechercher des symptômes évocateurs de troubles bipolaires et évaluer leur retentissement, notamment sur le fonctionnement familial.

Il convient d'être attentif aux modifications comportementales de survenue inhabituelle et en rupture avec le fonctionnement antérieur :

- des prises de substances psychoactives ;
- des conduites à risque (fugue, transgressions, notamment sexuelles) ;
- un repli sur soi ;
- un décrochage scolaire.

À l'adolescence, il peut exister des variations de l'humeur non pathologiques. Néanmoins, il est important de pouvoir reconnaître les symptômes d'un trouble bipolaire.

La notion de rupture du comportement psychique antérieur est nécessaire au diagnostic.

Les épisodes mixtes, les symptômes psychotiques sont fréquents.

Le risque suicidaire est majeur pour un épisode mixte. Il requiert l'avis en urgence d'un psychiatre.

Il est recommandé de rechercher des signes de crise suicidaire.

Focus sur les adolescents (suite)

Signes de crise suicidaire chez l'adolescent	
Intentionnalité suicidaire	<ul style="list-style-type: none">• Antécédent suicidaire personnel ou dans l'entourage• Communication directe ou indirecte d'une idéation suicidaire
Autre signe transnosographique de crise suicidaire	<ul style="list-style-type: none">• Désespoir, sentiment d'impasse, d'avenir bouché, de perte du sens de la vie, de culpabilité, de dénégation de soi• Retrait avec désinvestissement des liens (amis, famille, société) voire syndrome pré-suicidaire de Ringel (calme apparent et retrait masquant le repli dans le fantasme suicidaire)• Anxiété, agitation, instabilité comportementale, hyperactivité motrice pré-suicidaire, incapacité à dormir ou hypersomnie, cauchemars• Colère, rage incontrôlée ou sentiment de revanche, prise de risque incontrôlée (non calculée) et labilité importante de l'humeur ; altération de la conscience de soi
Pathologie psychiatrique actuelle	<ul style="list-style-type: none">• Dépression caractérisée• Conduite d'alcoolisation aiguë, consommation à risque de substances psychoactives• Impulsivité, trouble des conduites, prise de risque incontrôlée
Contexte relationnel favorisant les sentiments de perte, d'injustice, de rejet, d'humiliation	<ul style="list-style-type: none">• Problèmes sentimentaux (séparation)• Situations d'exclusion (familiale, scolaire, institutionnelle, amicale)• Situations de tensions chroniques dans la famille : problème disciplinaire, absence de soutien relationnel, entourage violent, maltraitance actuelle ou passée et en particulier abus sexuels

Épisode maniaque

Le tableau clinique de l'épisode maniaque à l'adolescence est proche de celui de l'adulte avec quelques particularités : l'irritabilité, l'agressivité, la violence sont parfois au premier plan. L'humeur n'est pas toujours joviale ou euphorique dans l'épisode maniaque mais est souvent dysphorique.

L'utilisation du questionnaire « Trouble de l'humeur » chez les adolescents n'est pas recommandée en l'absence de données disponibles à ce jour.

Épisode dépressif

Le tableau clinique de l'épisode dépressif à l'adolescence est proche de celui de l'adulte avec quelques particularités : l'irritabilité, l'agressivité, un trouble des conduites, des plaintes somatiques peuvent être au premier plan.

Les adolescents souffrant d'un épisode dépressif et présentant un antécédent familial de trouble bipolaire requièrent une surveillance accrue.

Tout adolescent présentant un épisode dépressif chez qui un trouble bipolaire est évoqué doit être adressé à un médecin psychiatre ou à un pédopsychiatre.

Que faire en cas de suspicion de trouble bipolaire ?

Une collaboration étroite entre le médecin généraliste traitant et le psychiatre est recommandée afin d'établir un diagnostic précoce et mettre en place une prise en charge thérapeutique adaptée.

Le diagnostic est avant tout clinique. Il est souvent nécessaire de proposer plusieurs évaluations successives afin de pouvoir poser le diagnostic d'un trouble bipolaire.

Pour poser le diagnostic des troubles bipolaires, il est recommandé d'utiliser les classifications DSM-IV, DSM-V ou ICD-10 (cf. annexe 3 du rapport d'élaboration).

Il est recommandé de réaliser une anamnèse, un entretien clinique et un examen clinique.

L'entretien clinique permet de :

- recueillir les antécédents familiaux psychiatriques (troubles bipolaires, suicides, etc.) ;
- recueillir la totalité des antécédents du patient dont les antécédents de trouble de l'humeur durant la grossesse, les tentatives de suicide, des événements traumatisants (un deuil parental précoce, une maltraitance dans l'enfance) ;
- effectuer la revue de tous les épisodes précédents et évaluer les symptômes présents entre les épisodes ;
- évaluer la prise d'alcool ou de substances psychoactives illicites ;
- rechercher les comorbidités anxieuses ;
- rechercher des symptômes psychotiques. La présence simultanée de symptômes thymiques et psychotiques est fréquente. Les symptômes psychotiques qui se manifestent dans le cadre de troubles bipolaires sont généralement congruents à l'humeur (les thèmes du délire sont en rapport avec la tonalité de l'humeur : exemple de thématique de ruine dans la dépression, de thématique de mégalomanie dans un épisode maniaque) ;
- évaluer le risque suicidaire ;
- rechercher les facteurs déclenchants : événements de vie positifs ou négatifs (promotion, déménagement, divorce), facteurs de stress psychosociaux ;
- évaluer le fonctionnement socioprofessionnel, scolaire, personnel et familial ;
- obtenir, avec le consentement du patient quand cela est possible, la confirmation des antécédents par l'un des membres de la famille ou des proches. Il est recommandé d'échanger avec les autres professionnels de santé.

Aucun examen biologique ou d'imagerie, en l'absence de point d'appel clinique ou de test génétique, n'est, à l'heure actuelle, utile pour porter un diagnostic.

Diagnostiques différentiels (adulte et adolescent)

Pathologies somatiques

Il convient de rechercher systématiquement une pathologie somatique, par exemple : maladies endocriniennes et métaboliques (hypothyroïdie ou hyperthyroïdie, hypoglycémie, etc.), infectieuses (méningoencéphalite, etc.), neurologiques (épilepsie), auto-immunes (lupus, etc.), démences, notamment chez les patients de plus de 40 ans.

Les médicaments

Certains médicaments — les corticoïdes, les antidépresseurs, l'interféron alpha, certains antipaludéens, le méthylphénidate — peuvent induire un épisode thymique (état maniaque ou dépressif).

Les substances psychoactives

L'abus, la dépendance, le sevrage de substances psychoactives — alcool, cannabis, psychostimulants (ecstasy, amphétamines et cocaïne par exemple) — peuvent induire des symptômes thymiques (maniaques ou dépressifs). Concernant les abus et dépendances, il peut s'agir à la fois d'un diagnostic différentiel ou d'une comorbidité. Dans ces situations, il convient d'être prudent avant d'infirmier ou de confirmer le diagnostic.

Les autres pathologies psychiatriques

Ce sont les autres troubles de l'humeur (trouble unipolaire, trouble cyclothymique), les troubles de la personnalité (notamment les troubles *borderline*), les troubles schizophréniques (schizophrénie dysthymique ou trouble schizo-affectif, autres troubles délirants) et le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

Peuvent aider à différencier un trouble bipolaire d'un TDAH : la présence nette d'épisodes d'humeur exaltée, d'idées de grandeur, l'âge de survenue des troubles, la nature épisodique et la rupture avec le fonctionnement antérieur.

Évaluer la sévérité du trouble bipolaire

Il est recommandé de rechercher les signes de sévérité par un entretien clinique avec l'aide de l'entourage du patient.

Pour ceux de l'épisode dépressif, rechercher :	Pour ceux communs aux épisodes dépressifs et maniaques :	Pour ceux de l'épisode maniaque :
<ul style="list-style-type: none">des symptômes psychotiques : délires (idées de ruine, persécution), hallucinations visuelles ou auditives ;des caractéristiques mélancoliques : incurabilité, indignité, culpabilité qui peuvent être d'intensité délirante, une douleur morale (état de détresse associée à une souffrance profonde) ;des idées et des projets suicidaires.	<ul style="list-style-type: none">rechercher une intoxication ou un sevrage de l'alcool ou de drogues ;évaluer le retentissement somatique (dénutrition, déshydratation, incurie) ;évaluer la sévérité des troubles du sommeil ;évaluer la sévérité d'une éventuelle confusion ;rechercher des symptômes catatoniques (par exemple une immobilité motrice).	<ul style="list-style-type: none">rechercher des symptômes psychotiques : délires (mégalomanie, persécution), hallucinations visuelles ou auditives ;évaluer la sévérité de l'agitation psychomotrice et de l'hétéro-agressivité ;évaluer la sévérité des conduites à risque (achats inconsidérés, conduites sexuelles à risque, actes délictueux, etc.).

Évaluer le risque suicidaire dans les troubles bipolaires

Les troubles bipolaires sont une pathologie hautement suicidogène. Un patient sur deux fera au moins une tentative de suicide dans sa vie et au moins un patient sur dix non traité décèdera par suicide (15 %).

L'évaluation du risque suicidaire est primordiale.

Évaluer le risque suicidaire en recherchant la présence :

- d'intentions, de projets et de planifications suicidaires ;
- de moyens à disposition pour se suicider (médicaments, armes à feu, etc.) ;
- d'antécédents personnels et familiaux de tentatives de suicide ;
- d'antécédents de maltraitance (physique et psychologique) ;
- d'une sensation de désespoir intense, d'une anxiété majeure ;
- de traits de personnalité : impulsivité, agressivité, etc. ;
- de comorbidités somatiques et psychiatriques, par exemple : une addiction, une douleur chronique ;
- de stress psychosociaux (isolement, précarité, rupture, échec scolaire, perte d'emploi, etc.) ;
- d'une absence de facteurs protecteurs (proximité et qualité des relations affectives, du soutien familial, social et/ou associatif).

Évaluer les facteurs du risque suicidaire spécifiques du trouble bipolaire en recherchant la présence :

- d'une survenue précoce de la maladie, de caractéristiques mixtes, de cycles rapides ;
- de symptômes psychotiques ;
- d'une addiction à l'alcool, aux substances illicites ou à d'autres substances psychoactives.

Devant une tentative de suicide chez un adolescent ou un adulte jeune, il est nécessaire de rechercher un trouble bipolaire.

Conduite à tenir

Coordination et parcours de soins

Le patient pour lequel un diagnostic de trouble bipolaire est envisagé doit être adressé à un psychiatre pour confirmer le diagnostic, suivre le patient et/ou donner un avis spécialisé en collaboration avec le médecin traitant, la famille et les proches (échanges d'informations écrites et orales). L'accord et l'adhésion du patient (adolescent ou adulte) doivent être recherchés dans la mesure du possible.

L'alliance thérapeutique avec les parents d'un adolescent est primordiale à sa prise en charge.

Une collaboration multidisciplinaire étroite entre les professionnels de santé est indispensable : le psychiatre et le pédopsychiatre ; le médecin traitant, le pédiatre, le personnel de santé au travail, le personnel de santé scolaire, etc.

Critères d'hospitalisation

Il faut privilégier l'hospitalisation libre en psychiatrie. Parfois la non-reconnaissance du caractère pathologique des troubles par le patient et de leur gravité peut amener à des soins sous contrainte.

Si nécessaire, le patient mineur est hospitalisé sur décision parentale ou sur décision du responsable légal ou par ordonnance de placement provisoire (sur décision du procureur de la République ou du juge des enfants).

Critères d'hospitalisation (suite)

Envisager l'hospitalisation pour les patients présentant :

- un risque suicidaire élevé ;
- un épisode maniaque ou mixte ;
- une agitation violente, des troubles du comportement majeurs ;
- des critères de sévérité de l'épisode dépressif (caractéristique mélancolique, psychotique ; caractéristique mixte, etc.) ;
- des complications médico-légales d'un épisode thymique ;
- un isolement social et familial, un épuisement des proches.

Degrés d'urgence de la crise suicidaire

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none">• est dans une relation de confiance établie avec un praticien ;• désire parler et est à la recherche de communication ;• cherche des solutions à ses problèmes ;• pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;• pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;• n'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant.	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none">• présente un équilibre émotionnel fragile ;• envisage le suicide. Son intention est claire ;• a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ;• ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ;• a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ;• est isolé.	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none">• est décidé, a planifié le passage à l'acte prévu pour les jours qui viennent ;• est coupé de ses émotions, rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé ;• est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ;• dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ;• a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ;• a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;• est très isolé.

En savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. Rapport d'élaboration, mai 2015.
- Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires. Guide médecin. Guide affection de longue durée, mai 2009.
- Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires. Liste des actes et prestations. Guide affection de longue durée, mars 2014.
- Haute Autorité de Santé. La prise en charge d'un trouble bipolaire : vivre avec un trouble bipolaire. Guide patient. Guide affection de longue durée, décembre 2010.

