

Les troubles bipolaires: quelques données actuelles

■ F. Ferrero

Département de psychiatrie, HUG, Chêne-Bourg

Le but de cet article pour le Forum est d'attirer l'attention sur la tendance encore fréquente de sous-estimer la prévalence des troubles bipolaires (BP) et, par conséquent, d'en manquer le diagnostic.

Ce constat peut sans doute être mis en relation avec une survalorisation relative des troubles dépressifs, dysthymiques ou encore des troubles de la personnalité.

Bien que l'on passe rarement à côté d'un diagnostic de trouble bipolaire, lorsqu'il s'exprime sous sa forme classique et qu'un état maniaque a été observé par le psychiatre ou le médecin traitant, d'autres formes sont moins familières telles que le trouble bipolaire II, les états mixtes, ceux débutant de façon insidieuse dans l'enfance ou l'adolescence ou associés à un trouble de la personnalité.

Les données épidémiologiques récentes indiquent une prévalence sur la vie nettement plus élevée que celle rapportée classiquement (0,4 à 1,6% BP I; 0,5% BP II) [1]. On sait également mieux aujourd'hui que les troubles bipolaires s'accompagnent d'une forte comorbidité (60% avec les toxiques par exemple), de graves handicaps psychosociaux et professionnels, d'une surmortalité par suicide dramatique (15–20%) et qu'ils représentent l'un des troubles psychiques les plus coûteux dès lors qu'ils ne sont ni diagnostiqués ni traités correctement.

Une autre raison, qui peut également amener à passer à côté de ce diagnostic, doit être recherchée du côté de la séduction voire de la fascination exercée par certaines personnalités ou tempéraments. Les liens avec la créativité ont été admirablement analysés par Kay Redfield Jamison dans son ouvrage *Touched with Fire* (1993) [2]. Citant lord Byron, n'écrit-elle pas: «nous sommes tous un peu fous! Certains sont affectés par la gaîté, d'autres par la mélancolie, mais tous sont plus ou moins touchés» (traduction F. F.). La façon «moderne» d'aborder aujourd'hui le spectre des troubles bipolaires renvoie justement à ceux qui sont «plus ou moins touchés». Les liens entre gaîté, mélancolie, tempérament tumultueux, tempérament artistique et imagination, ont suscité bien des recherches. Les connaissances actuelles permettent de s'éloi-

gner des excès spéculatifs de psychobiographies simplistes en intégrant également les perspectives biologiques et génétiques. Tant d'artistes, de musiciens et d'écrivains ont souffert de troubles de l'humeur sévères. (Une liste impressionnante se trouve en appendice de l'ouvrage de Jamison [2].)

À l'époque où l'on ne disposait d'aucun traitement efficace, certains grands artistes avaient pourtant cherché l'aide de leur médecin: pensons à Byron, Schumann, Tennyson, Van Gogh, Fitzgerald, Lowell, Artaud, Mahler, Nerval ou d'autres mais, depuis que les stabilisateurs de l'humeur existent, certains artistes renoncent, malgré les risques, à poursuivre leur traitement après avoir fait l'expérience de l'atténuation de l'intensité émotionnelle liée à leur maladie ou encore à l'absence de ces «hauts» dont ils ont besoin pour créer. D'autres interrompent le traitement à cause des effets secondaires qui interfèrent avec la clarté ou la rapidité de leurs pensées ou peuvent diminuer leur enthousiasme et leur énergie.

Quelques caractéristiques

L'âge d'apparition est plus précoce que ce que l'on pensait, particulièrement pour les formes les plus sévères. Près de 95% se révèle avant l'âge de 25 ans, les troubles bipolaires I survenant, en règle générale, plus tôt que les troubles bipolaires II. Comme pour les troubles schizophréniques, un premier épisode à l'adolescence est souvent méconnu et le délai entre un premier épisode et la pose d'un diagnostic correct suivi de l'instauration d'un traitement adéquat est de 10 ans en moyenne.

Une comorbidité avec les toxiques est presque la règle. Les comorbidités avec d'autres troubles psychiatriques rendent parfois le diagnostic et le traitement difficiles que ce soit lors d'une association avec un trouble de la personnalité ou avec un trouble de l'attention avec hyperactivité. Enfin, les patients souffrant d'un trouble bipolaire présentent un risque plus élevé d'accidents, une plus forte prédisposition à différents troubles somatiques, cardiovasculaires et cérébro-vasculaires ainsi qu'aux infections respiratoires ou aux problèmes thyroïdiens.

Concernant l'évolution «naturelle» de la maladie, l'idée rassurante que les troubles bipolaires se caractériseraient par des intervalles libres de symptômes a été largement remise en question. En effet, près d'un tiers des patients présente des symptômes chro-

niques et une forte proportion souffre de symptômes résiduels et de difficultés dans leur fonctionnement social, familial et professionnel.

Délimitation des troubles bipolaires par rapport aux troubles dépressifs majeurs

Les travaux de Angst et al. [3, 4] ont montré que la conversion d'un diagnostic de dépression majeure à un diagnostic de trouble bipolaire «soft» concerne près de la moitié des patients. Les troubles bipolaires «soft» sont ceux qui n'atteignent pas les seuils de définition des classifications actuelles (DSM-IV et CIM-10). L'étude française multicentrique EPIDEP [5] a montré que la proportion de troubles bipolaires était passée de 21,7% de l'ensemble des troubles affectifs en début d'étude à 39,8% en fin d'étude. De tels résultats imposent de reconsidérer l'ensemble des travaux menés sur la dépression dès lors qu'ils ont vraisemblablement inclus des groupes de patients hétérogènes et une proportion significative de patients souffrant de troubles bipolaires non diagnostiqués.

L'un des débats essentiels tourne aujourd'hui autour de la redéfinition du concept et des critères de l'hypomanie susceptibles d'augmenter de façon considérable la prévalence des troubles appartenant au spectre des troubles bipolaires. Les critères actuels des deux classifications les plus largement utilisées, le DSM-IV et la CIM-10, définissent assez précisément l'état maniaque mais sont par contre très insuffisants dans leur définition de l'hypomanie. Alors que ces deux classifications accordent une importance hiérarchique à une élévation de l'humeur dont elles font un critère obligatoire (critère A) d'un épisode hypomaniaque, certains auteurs [3, 4, 6] mettent en question cet élément central. Ils proposent de considérer, comme critère obligatoire définissant un épisode hypomaniaque, l'hyperactivité et non pas l'élévation de l'humeur. L'hyperactivité fait partie du tableau clinique de l'hypomanie proposé par ces deux classifications mais seulement comme l'un des critères associés et par conséquent facultatifs.

Angst a également remis en question le critère d'une durée minimale de 4 jours de présence des symptômes qu'il considère comme une exigence indéfendable face à la réalité clinique. En effet, trop de patients présentent des durées nettement plus brèves en particulier les adolescents.

Correspondance:

Pr Dr méd. François Ferrero
HUG – Département de psychiatrie
CH-1225 Chêne-Bourg
e-mail: Francois.Ferrero@hcuge.ch

Classification des troubles bipolaires

Trouble bipolaire I

Si le trouble bipolaire I apparaît comme «évident» une fois le diagnostic posé, les divers tableaux cliniques peuvent être facilement trompeurs en particulier lors d'un début à l'adolescence, d'état mixte ou encore d'épisodes dépressifs d'intensité moyenne avec ralentissement et hypersomnie pouvant durer plusieurs semaines voire plusieurs mois avant un premier épisode maniaque.

Trouble bipolaire II

Sa définition nécessite la présence d'une dépression récurrente avec, au moins, un épisode d'hypomanie au cours de la vie.

Il est recommandé d'y penser également en présence d'une longue histoire de trouble anxieux, de trouble panique, de boulimie, d'abus de substance ou d'un trouble de la personnalité du cluster B (personnalités antisociales, borderline, histrionique et narcissique).

Trouble bipolaire III

Ce diagnostic, non encore reconnu par les classifications internationales, correspond à la manifestation d'un état hypomaniaque suite à la prise d'un antidépresseur ou de tout autre traitement somatique.

Trouble bipolaire IV

Ce diagnostic correspond à une dépression survenant chez des patients présentant une hyperthymie [8].

Akiskal [9] a été le premier à proposer de parler de «spectre du trouble bipolaire» en suggérant d'inclure toute une série de sous-catégories allant jusqu'à la prise en compte de certains tempéraments.

Hyperthymie et tempérament hyperthymique

L'hyperthymie est caractérisée par un trait de personnalité présent tout au long de la vie, fait d'énergie, de volonté, de projets incessants, d'une grande confiance en soi, d'extraversion, d'optimisme, d'un goût pour le risque, de recherche de sensations, allié à une certaine expansivité et à une forte libido. Les limites entre normalité et tempérament hyperthymique sont rarement bien nettes et on ne devrait sans doute le considérer comme pathologique que lorsqu'il est associé à des épisodes de dépression majeure.

Dépression bipolaire

Dans le DSM-IV, la dépression bipolaire est définie comme un épisode dépressif survenant chez un patient qui a déjà présenté un épisode maniaque ou hypomaniaque.

Tableau 1.

Classification des troubles bipolaires [7].

différents stades de troubles	
bipolaire I	épisodes maniaques et dépressifs
bipolaire II	épisodes hypomaniaques (au moins 4 jours) et épisodes dépressifs
bipolaire III	épisodes maniaques et hypomaniaques induits par un traitement antidépresseur ou épisodes hypomaniaques (moins de 4 jours)
bipolaire IV	épisodes dépressifs avec tempérament hyperthymique

Etat mixte dépressif

L'état mixte dépressif est un épisode dépressif associé à quelques symptômes hypomaniaques. Déjà décrits par Kraepelin, les états mixtes dépressifs n'ont pourtant pas leur place dans les classifications actuelles mais la version révisée du DSM-IV reconnaît que des épisodes dépressifs mixtes peuvent survenir au cours d'un trouble bipolaire de type II.

Manie mixte

Appelée également manie «dysphorique», elle est caractérisée par la présence d'une humeur excitée et dysphorique, compliquée par d'autres symptômes tels qu'irritabilité, colère, attaque de panique, agitation, accélération du discours, grandiosité, impulsions suicidaires, insomnies sévères, hypersexualité, idées délirantes de persécution, confusion, etc.

Ce diagnostic requiert la présence simultanée de symptômes dépressifs et hypomaniaques.

Cycles rapides

Cette catégorie retenue par le DSM-IV correspond à un sous-groupe de patients présentant au minimum 4 épisodes de manie, d'hypomanie ou de dépression au cours d'une année. Ce diagnostic concernerait entre 15 et 20% des patients bipolaires.

Autres troubles aux frontières des troubles bipolaires

D'autres troubles peuvent être considérés comme touchant aux limites du spectre de la bipolarité tels que troubles schizo-affectifs, certains troubles affectifs saisonniers, dépression récurrente brève, troubles de la personnalité borderline ou encore certaines évolutions de troubles liés à l'abus d'alcool ou de drogue.

Comment améliorer le dépistage et le traitement des troubles bipolaires?

Il est proposé d'appliquer la règle suivante: interroger systématiquement tous les patients présentant un épisode dépressif sur l'existence d'éventuels épisodes antérieurs de manie ou d'hypomanie.

Il est également vivement recommandé d'utiliser un recueil d'anamnèse et un suivi des patients au moyen d'une représentation graphique. Un tel recueil (life chart graph methodology) [10] permet de documenter le cours de la maladie et de mieux évaluer les difficultés fonctionnelles, la sévérité de chaque épisode, les réponses au traitement en prenant en compte les informations fournies par les membres de la famille, les amis ou toute autre source.

Bien que cette approche soit encore relativement peu utilisée par les psychiatres francophones, elle est fortement encouragée par la Fondation Stanley créée en 1989 par Robert Post à l'Institut national de santé mentale aux Etats-Unis (NIMH).

Le résumé quotidien ne prend que quelques minutes au patient et ce «dossier de vie» contribue grandement à soutenir une participation active à la gestion du traitement et ainsi à minimiser l'impact de la maladie sur la vie quotidienne.

Conclusion

Aujourd'hui, même s'il reste encore énormément à découvrir sur les troubles bipolaires et, en particulier, leurs liens avec la créativité, chaque patient recherchant de l'aide devrait être abordé sans a priori afin d'évaluer les limites, les bénéfices, les doutes et les risques concernant les traitements à disposition.

Cette question d'une approche individualisée devient particulièrement délicate lorsqu'on traite des artistes créateurs ou lorsqu'on aborde la question d'une grossesse avec une patiente bipolaire.

Dans ce domaine, les positions ont beaucoup varié au cours des dernières années et une mise au point, par exemple sous la forme d'un «forum», serait bienvenue.

Références

- 1 Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000;59:S5-S30.
- 2 Jamison KR. *Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*. New York: Free Press; 1993.

- 3 Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Diagnostic issues in bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology* 2003;13:S43–S50.
- 4 Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003;73:133–46.
- 5 Allilaire JF, Hantouche EG, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, Lancrenon S, et al. Fréquence et aspects cliniques du trouble bipolaire II dans une étude multicentrique française: EPIDEP. *Encéphale* 2001;27:149–58.

- 6 Akiskal HS. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. In: Maj M, editor. *Bipolar Disorder. (WPA series; vol.5. Evidence and experience in psychiatry)*. Chichester: J. Wiley; 2002. p. 1–52.
- 7 Aubry JM, Ferrero F, Schaad N. *Pharmacothérapie des troubles bipolaires*. Genève: Médecine & Hygiène; 2004.
- 8 Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22:517–34.
- 9 Akiskal HS. The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis. In: Grinspoon L, editor. *Psychiatry*

Update: the American Psychiatric Annual review, Vol. 2. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1983. p. 271–92.

- 10 Leverich GS, Post RM. Life charting of affective disorders. *CNS Spectrum* 1998;3:21–37.

Evidenz-basierte Psychiatrie: Qualitätssicherung, Schikane?

■ H. Kurt

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Solothurn

Im Spätsommer, den 1. bis 3. September 2005, findet der Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP in Aarau unter dem Titel «Moderne Evidenz-basierte Psychiatrie: Was ist belegt?» statt. Dabei werden Aspekte von der biologischen Psychiatrie über die Psychotherapie bis hin zur Sozialpsychiatrie behandelt, ebenso Fragen der Früherfassung, aber auch Themen aus der Praxis, der Ambulanz und der Klinik. Nicht vergessen wurden auch gesundheitsökonomische Überlegungen. Am Samstagmorgen wird in verschiedenen Workshops die Evidenz bei verschiedenen Diagnosekategorien besprochen und der Kongress mit einer breiten Podiumsdiskussion abgeschlossen.

Nach der Definition von Klaus Dieter Puck ist die medizinische Wissenschaft «eine Anwendungs- und Handlungswissenschaft, die Methoden und Theorien anderer Wissenschaften, der Chemie, der Physik, der Biologie, der Psychologie und der Sozialwissenschaften unter dem Gesichtspunkt ihrer Brauchbarkeit für die Erkennung, Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten auswählt, modifiziert und empirische Regeln für die Anwendung in Forschung und Praxis der Medizin erarbeitet». Aus einer derartigen Definition leitet sich auch die Evidenz-basierte Medizin (EBM) ab, ein Begriff, der zu einem Schlagwort geworden und heftig, ja kontrovers diskutiert wird. Befürworter betrachten Evidenz-basierte Medizin als unentbehrlich für die Qualitätssicherung, Kritiker

hingegen sehen darin eine Beschneidung ihrer ärztlichen Kunst. Aber auch in unserem Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie wird in Referaten und Workshops immer mehr der Ausdruck «Evidenz basiert» eingeflochten, auch wenn häufig Zweifel bleiben, was denn nun damit gemeint ist.

Also eine Zeiterscheinung, moderne Worthülse für längst Bekanntes oder Unnötiges? Evidenz-basierte Medizin, Guidelines, Case- und Disease-Management fügen sich auch in das psychiatrisch und psychotherapeutische Vokabular ein, nicht zuletzt mit einem impliziten Anspruch gesundheitsökonomischer Relevanz. In verschiedenen Publikationen aber wird immer wieder betont, dass bis anhin höchstens etwa 20% des ärztlichen Handelns und der ärztlichen Entscheidung effektiv Evidenz basiert sind. Wie steht es in der Psychiatrie und der Psychotherapie?

Das Dilemma der Evidenz-basierten Betrachtungsweise in der Psychiatrie und Psychotherapie ist jedoch, dass für diesen Fachbereich die Methoden und Instrumente der Evidenz-basierten Medizin nur schwer anwendbar sind. Während psychopharmakologische Behandlungen noch entsprechend untersucht und beurteilt werden können, wird der Gebrauch von EBM-Instrumenten bei psychotherapeutischen Methoden komplexer. Hier lassen sich standardisierte Behandlungsansätze zum Beispiel bei der kognitiv-behavioralen Therapie eher erfassen, wie aber sollen zum Beispiel Studien zu psychoanalytischen Therapien randomisiert und doppelblind durchgeführt werden? Auf Grund der komplexen Fragestellungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen resultieren aus den Evidenz-basierten Untersuchungen Guidelines, die wiederum derart simplifiziert werden müssen, dass sie eigentlich zum Allgemeinwissen zumindest eines

jeden Psychiaters und Psychotherapeuten gehören. So wird beispielsweise in den britischen Guidelines für die Behandlung einer Anorexie eine ambulante Psychotherapie mit somatischer Überwachung empfohlen, bei der Verschlechterung des Zustandes soll an eine Internierung (!) gedacht werden. Weiter wird erwähnt, «welche Therapieart bei wem anschlügt ist schwierig vorauszusagen» (www.nice.org.uk). Hier zeigt es sich, dass gerade für psychotherapeutische Behandlungen Evidenz-basierte Aussagen nach den empfohlenen Ratingmethoden entweder kaum durchführbar oder nur wenig aussagekräftig sind. Ganz speziell erschwerend ist, dass psychiatrische Krankheitsbilder ja häufig über Jahre andauern und nicht nur mit einer einmaligen Behandlungssequenz beurteilt werden können. Hier fehlen uns prospektive Langzeitverläufe. Es ist nämlich keineswegs so, dass Patienten zum Beispiel nach 10 Sitzungen eine Therapie beenden und dann nicht früher oder später erneut eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufsuchen, nur in einem anderen Setting oder bei einem anderen Anbieter. Aber es gibt genügend Metaanalysen, wie etwa diejenige von Lambert und Bergin (1994), die zeigen, dass Psychotherapien hohe Effektstärken aufweisen, also durchaus Evidenz basiert sind.

Auch wenn es ausser in der Psychopharmakotherapie in der Psychiatrie und Psychotherapie schwierig ist, Evidenz-basierte Aussagen zu machen und zu finden, kommen wir nicht darum herum, uns vermehrt zu bemühen, die Evidenz unserer Arbeit aufzuzeigen. Wir müssen Wege finden, unsere Tätigkeit und insbesondere die ja durchaus positiven Resultate dieser Arbeit darzustellen und zu begründen. Es liegt an uns darzulegen, dass unsere Bemühungen für den Patienten wirksam und nützlich sind. Denken wir an

Korrespondenz:

Dr. med. Hans Kurt
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
Bielstrasse 109
CH-4500 Solothurn