

Le trouble bipolaire : diagnostic et traitement
Tiré du « Guide de pratique pour le diagnostic et
le traitement du trouble bipolaire »
Ngô, T.L., Provencher, M., Goulet, J., Chaloult, L.
(2018)

Récupéré sur www.tccmontreal.com

Section 2 : Évaluation

2.1 Critères diagnostiques du DSM-5 ([American Psychiatric Association, 2013](#))

Il y a plusieurs types de trouble bipolaire :

- Le **trouble bipolaire de type I** est caractérisé par l'alternance entre des épisodes de manie et de dépression majeure. Pour poser un diagnostic de trouble bipolaire de type I, un seul épisode maniaque (ou plus) est nécessaire. Par contre, la vaste majorité des patients traversent un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs au cours de l'évolution de la maladie. Les épisodes hypomaniaques sont également fréquents chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire de type I, mais ils ne sont pas requis pour poser le diagnostic. La présence d'un épisode maniaque induit par un traitement antidépresseur (par exemple : médication ou psychothérapie) qui perdure au-delà de l'effet attendu pour ce traitement est maintenant reconnue comme une évidence suffisante pour poser un diagnostic de trouble bipolaire de type I.
- Le **trouble bipolaire de type II** est caractérisé par des épisodes d'hypomanie et de dépression majeure. Pour poser un diagnostic de trouble bipolaire de type II, un seul épisode hypomaniaque (ou plus) est nécessaire, accompagné(s) d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs.
- Le trouble bipolaire I ou II peut être à **cycle rapide** s'il y a 4 épisodes ou plus en un an.
- Dans le **trouble cyclothymique**, on note des épisodes avec des symptômes d'hypomanie et d'autres avec des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas toutefois les critères d'un épisode de dépression majeure ou d'hypomanie. Les symptômes thymiques sont présents plus de la moitié du temps pendant deux ans.
- Le **trouble bipolaire autre spécifié** (symptômes dépressifs et d'hypomanie qui ne remplissent pas les critères diagnostiques des troubles précédents à cause de la durée ou du nombre de critères rencontrés à chaque épisode, épisodes d'hypomanie sans épisodes de dépression majeure, épisode de manie chez un individu avec un diagnostic de trouble psychotique, symptômes d'hypomanie et de dépression de trop courte durée pour poser un diagnostic de trouble cyclothymique).

- Le **trouble bipolaire induit par une autre condition médicale** (p. ex. hyperthyroïdie, sclérose en plaques) **ou par un médicament/substance** (p. ex. cocaïne, amphétamine ou autre stimulant, PCP ou autre hallucinogène, alcool, sédatif, hypnotique ou anxiolytique, L-Dopa et corticostéroïdes).

On peut poser un diagnostic de **dépression majeure** si le patient rencontre les critères suivants:

A. Pendant 2 semaines (5 des critères suivants dont l'un des 2 premiers) :

- tristesse presque tous les jours, pratiquement toute la journée
- perte d'intérêt pour presque toutes les activités, presque tous les jours, pratiquement toute la journée
- augmentation ou diminution de l'appétit
- augmentation ou diminution du sommeil
- fatigue
- agitation ou ralentissement psychomoteur
- difficulté à penser, indécision, trouble de concentration presque à tous les jours
- auto dévalorisation ou culpabilité excessive
- idées de mort récurrentes

B. Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement

C. Symptômes ne sont pas imputables aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale

On diagnostique un épisode de **manie** si le patient rencontre les critères suivants :

A. Humeur élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante pendant une semaine (ou toute durée si hospitalisé) associée à une augmentation inhabituelle et persistante du niveau d'énergie et/ou de l'activité orientée vers un but (social, scolaire, professionnel ou sexuel) presque tous les jours, presque toute la journée

B. 3 des symptômes suivants (ou 4 si l'humeur est seulement irritable) :

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- réduction des besoins de sommeil (p. ex. se sent reposé après 3 heures de sommeil)

- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
- fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent
- distractibilité
- augmentation des activités orientées vers un but ou agitation psychomotrice
- engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables

C. Altération marquée du fonctionnement ou psychose
 D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. corticostéroïdes ou abus d'amphétamines ou autres stimulants) ou d'une affection médicale

On diagnostique un épisode d'**hypomanie** si le patient rencontre les critères suivants :

A. Humeur élevée, expansive ou irritable de façon persistante pendant 4 jours associée à une augmentation inhabituelle et persistante du niveau d'énergie et/ou de l'activité orientée vers un but (social, scolaire, professionnel ou sexuel)

B. 3 des symptômes suivants (ou 4 si l'humeur est seulement irritable) :

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- réduction des besoins de sommeil
- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
- fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent
- distractibilité
- augmentation des activités orientées vers un but ou agitation psychomotrice
- engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables

C. Modification indiscutable du fonctionnement qui n'est pas habituel pour l'individu lorsqu'il n'est pas symptomatique

D. le changement est manifeste pour les autres

On diagnostique un trouble **cyclothymique** si :

A. Pendant 2 ans, il y a de nombreuses périodes où les symptômes d'hypomanie et dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'hypomanie ou de dépression majeure

- B. Pendant les 2 années, il n'y a pas plus de 2 mois consécutifs sans les symptômes décrits en A.
- C. Aucun épisode dépressif majeur ou de manie n'est survenu pendant les 2 premières années du trouble.

Spécificateurs :

On peut ajouter des spécificateurs au diagnostic du trouble bipolaire afin de caractériser l'épisode actuel ou le plus récent

Avec caractéristiques mixtes :

En présence d'un épisode maniaque ou hypomaniaque	En présence d'un épisode dépressif majeur
<p>≥ 3 symptômes parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humeur dysphorique ou dépressive rapportée par le patient ou notée par les proches • Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités (subjective ou objectivée par les proches) • Ralentissement psychomoteur • Fatigue ou perte d'énergie • Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive (pas seulement liée au fait d'être malade, i.e. se sentir « un fardeau pour les autres ») • Idées suicidaires 	<p>≥ 3 symptômes parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humeur élevée • Augmentation de l'estime de soi ou grandiosité • Volubilité • Tachypsychie • Augmentation du niveau d'énergie ou de l'activité orienté vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) • Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables • Diminution du besoin de dormir

Avec détresse anxieuse : deux symptômes pendant la majorité des jours de l'épisode actuel :

- Sensation d'être survolté ou tendu
- Fébrilité inhabituelle
- Difficulté à se concentrer à cause des inquiétudes

- Peur d'une catastrophe
- Peur de perdre le contrôle

Avec cycle rapide : Quatre épisodes de manie, hypomanie ou dépression majeure dans les 12 derniers mois avec rémission partielle ou totale entre les épisodes pendant au moins 2 mois ou passage à un épisode de polarité inverse

Avec caractéristiques mélancoliques :

un des symptôme suivant est présent :

- Perte de plaisir dans presque toutes les activités
- Perte de réactivité aux stimuli plaisants

Trois des symptômes suivants :

- Humeur dépressive caractérisée par l'abattement profond, désespoir, morosité ou le vide
- Dépression pire le matin
- Réveil matinal (deux heures avant l'heure de réveil habituel)
- Agitation ou retard psychomoteur marqué
- Anorexie ou perte de poids significative
- Culpabilité excessive ou inappropriée

Avec symptômes atypiques :

- Réactivité de l'humeur (suite à événement positif)
- Hypersomnie
- Paralysie de plomb (sentiment de lourdeur au niveau des bras et jambes)
- Sensibilité au rejet au long cours qui génère une diminution du fonctionnement social ou occupationnel

Avec symptômes psychotiques : délire ou hallucinations pendant l'épisode :

- Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur (grandiosité, invulnérabilité, suspicion, paranoïa)
- Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur

Avec catatonie

- Immobilité motrice (catalepsie ou stupeur)
- Activité motrice excessive
- Négativisme ou mutisme extrême
- Mouvements volontaires particuliers : postures, mouvements stéréotypés, maniérismes proéminents, grimace proéminente
- Écholalie ou échopraxie

Avec début péripartum (début pendant la grossesse ou moins de 4 semaines après l'accouchement)

Avec pattern saisonnier (pattern régulier d'un des types d'épisodes avec un début et une fin associé à des temps de l'année spécifiques sans qu'il n'y ait d'association avec un événement saisonnier comme le chômage hivernal, pendant au moins deux années consécutives sans épisodes de cette polarité à l'extérieur du pattern saisonnier pendant ce temps, plus d'épisodes saisonniers que non saisonniers dans la vie de l'individu)

2.2 Évaluation du trouble bipolaire

Distinction du trouble bipolaire et la dépression majeure unipolaire

Les troubles bipolaires sont difficiles à diagnostiquer particulièrement au début. Seulement 20 % des patients bipolaires qui présentent un épisode de dépression reçoivent le bon diagnostic dans l'année qui suit la première consultation. La moyenne entre le début de la maladie et le diagnostic est de 5 à 10 ans (Baldessarini, 2007).

Il est en effet difficile de différencier le trouble bipolaire de la dépression unipolaire-surtout pour les patients qui se présentent avec un épisode dépressif et ceux qui ne présentent pas une histoire claire de manie ou d'hypomanie (Phillips et Kupfer, 2013). Ainsi, à titre d'exemple, la prévalence de trouble bipolaire chez les patients qui se présentent avec un épisode dépressif est de 28 % (Hantouche, 1998). Notons que :

- 1) Les individus atteints de trouble bipolaire II sont plus souvent en dépression.
- 2) Ils consultent surtout lorsqu'ils sont en dépression plutôt qu'en hypomanie car ils ne reconnaissent pas les conséquences de ces épisodes.
- 3) Les troubles bipolaires débutent souvent avec un épisode dépressif. Dans une étude sur 11 ans, la conversion au diagnostic de trouble bipolaire de type II était de 9 %.
- 4) Des symptômes d'hypomanie sont présents chez 30-55 % des patients durant l'épisode dépressif et sont communs pour la dépression unipolaire.

Face à un patient déprimé, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie bipolaire et donc que le patient n'a jamais présenté d'épisode de manie ou d'hypomanie dans le passé (cf. questionnaire sur la maladie bipolaire), si possible en confirmant avec un membre de la famille. On peut également demander s'il y a une histoire familiale de trouble bipolaire. On peut aussi soupçonner un trouble bipolaire si le patient déprimé ne répond pas à 2 ou 3 essais avec des antidépresseurs. Le tableau suivant présente des repères cliniques pour identifier les patients plus à risque de développer un trouble bipolaire.

Tableau : Repères cliniques pour identifier les patients déprimés unipolaires potentiellement plus à risque de développer un trouble bipolaire

- Facteurs liés aux épisodes dépressifs majeurs (EDM) :
 - Nombre : > 3 épisodes
 - Durée brève : < 3 mois
 - Âge d'apparition : ≤ 25 ans
 - Survenue d'EDM en post-partum
 - Symptômes psychotiques
 - Caractéristiques atypiques (par exemple : hypersomnie ou augmentation de l'appétit)
- Type de personnalité : Hyperthymique (recherche de sensations fortes, s'ennuie facilement lorsque non stimulé, change souvent de travail et/ou de partenaire de vie, etc.)
- Facteurs liés au traitement
 - Résistance aux traitements antidépresseurs (≥ 3 essais infructueux)
 - Épuisement rapide (souvent après quelques semaines) de l'effet positif des antidépresseurs (*poop-out syndrome*)
 - Agitation et/ou fébrilité suite à l'introduction d'un antidépresseur
- Histoire familiale de trouble bipolaire (chez les proches de premier degré)

*Traduit et adapté par Claude Blondeau à partir de Ghaemi (2002).

Dépression et psychose péri-partum

3 à 6 % des femmes présentent une dépression majeure pendant la grossesse ou pendant les semaines ou les mois qui suivent l'accouchement (Gaynes et al, 2005). 50% des épisodes de dépression majeure post-partum débutent avant l'accouchement (Yonkers et al, 2001). Ces épisodes sont souvent associés à une anxiété sévère et parfois des attaques de panique (Miller et al, 2006). Ils peuvent être associés à des symptômes psychotiques. L'infanticide est le plus souvent associé à des hallucinations mandatoires de tuer l'enfant ou délire que l'enfant est possédé. Les épisodes thymiques avec caractéristiques psychotiques surviennent chez 1/500 ou 1/1000 accouchements et semblent plus fréquents chez les primipares (Terp et Mortensen, 1998). Le risque est plus élevé lorsqu'il y a une histoire d'épisode thymique post-partum, épisode de dépression ou trouble bipolaire ou histoire familiale de trouble bipolaire. Après un épisode de psychose post-partum, le risque de récurrence après chaque accouchement est de 30 et 50 % (Munk Olsen et al, 2009).

Risque suicidaire

Comme le risque de suicide est élevé, on l'évalue aussi soigneusement en explorant la présence d'idées suicidaires. Il faut vérifier l'intention de passer à l'acte, la présence d'un plan suicidaire et de préparatifs, les moyens disponibles ainsi que leur létalité potentielle. D'autres facteurs augmentent aussi le risque de passage à l'acte tels que la présence de psychose ou d'anxiété sévère, d'abus d'alcool ou de substances, la présence de tentatives suicidaires antérieures, d'une histoire familiale de suicide, de trouble de personnalité, d'agitation, d'insomnie importante et persistante ou d'impulsivité. Si on évalue que la sécurité du patient est compromise, on doit agir (p. ex. en le référant aux services d'urgence).

2.3 Examens de laboratoire

Des examens de laboratoires peuvent être indiqués pour s'assurer qu'on a exclu une condition organique à l'origine des oscillations de l'humeur (par exemple hyperthyroïdie, utilisation de drogues telles des stéroïdes/cocaïne/amphétamines, utilisation de médicaments, hyperparathyroïdie...).

Il faut donc faire un bilan de base qui comprend, au minimum une TSH et une FSC.

On doit aussi faire certaines prises de sang si on souhaite prescrire un stabilisateur de l'humeur ou un antipsychotique atypique.

Tableau : examens de laboratoires

médicament	Avant d'entreprendre le traitement	Dosage de concentration plasmatique	Paramètres à surveiller
Lithium (eskalith, duralith)	<input type="checkbox"/> FSC, <input type="checkbox"/> analyse d'urine, <input type="checkbox"/> urée, créatinine, <input type="checkbox"/> électrolytes, calcémie <input type="checkbox"/> TSH, <input type="checkbox"/> ECG	Tous les 4 mois une fois la dose stabilisée : Lithémie 0.8-1mmol/l Epivalémie 350-700 $\mu\text{mol/l}$ Tégrétolemie 17-50 $\mu\text{mol/l}$	<input type="checkbox"/> TSH et Créatinine tous les 6 mois, <input type="checkbox"/> Analyse d'urine à chaque année
Divalproex (épival)	<input type="checkbox"/> FSC, <input type="checkbox"/> fonction hépatique, <input type="checkbox"/> coagulogramme		FSC et fonction hépatique 2 mois de suite puis tous les ans
Carbamazépine (tégréto)	<input type="checkbox"/> FSC, <input type="checkbox"/> fonction hépatique, <input type="checkbox"/> électrolytes, <input type="checkbox"/> ECG si plus de 45 ans		FSC tous les 2 mois
Antipsychotique atypique (olanzapine, quetiapine,	<input type="checkbox"/> Peser, signes vitaux, tour de taille, <input type="checkbox"/> glycémie à jeun,		<input type="checkbox"/> Glycémie, bilan lipidique, bilan hépatique à 3, 6 mois et annuellement ;

risperidone)	<input type="checkbox"/> bilan lipidique, <input type="checkbox"/> bilan hépatique		<input type="checkbox"/> Prolactinémie au besoin
Clozapine	<input type="checkbox"/> Peser, signes vitaux, tour de taille <input type="checkbox"/> sédimentation <input type="checkbox"/> créatinine kinase (CPK) <input type="checkbox"/> glycémie à jeun <input type="checkbox"/> bilan lipidique <input type="checkbox"/> bilan hépatique <input type="checkbox"/> électrolytes : Na, K, Cl <input type="checkbox"/> prolactine <input type="checkbox"/> EEG (si antécédent de convulsion, trauma crânien) <input type="checkbox"/> HbA1c (si diabète)		<input type="checkbox"/> FSC à toutes les semaines jusqu'à 26 semaines puis à toutes les deux semaines pendant 26 semaines puis à tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les 6 mois : cholestérol total, triglycérides, C-HDL, C-LDL, glycémie à jeun <input type="checkbox"/> Tous les 6 mois HbA1c si diabétique <input type="checkbox"/> Toutes les années : AST, ALT, prolactine

2.4 Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation

Vous retrouverez les échelles mentionnées ici à la section 7 du présent document.

Dans l'approche cognitivo-comportementale, on considère comme indispensable de bien répertorier les symptômes du patient et d'en évaluer la gravité avant de débiter le processus thérapeutique. Les résultats sont ensuite réutilisés en cours de route (on peut demander au patient de remplir l'échelle de dépression avant chaque session) et en fin de traitement pour en mesurer l'efficacité.

Dans l'épisode dépressif majeur, on utilise surtout les inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété. Notons par contre qu'il ne s'agit pas d'échelles diagnostiques.

1. *L'Inventaire de Beck pour la dépression.* Cet inventaire permet d'identifier et de mesurer la gravité des symptômes dépressifs. Les principaux symptômes couvrant les sphères affective, cognitive, comportementale et biologique sont repassés à tour de rôle. Pour mesurer l'intensité du symptôme, on demande au sujet de choisir entre trois, quatre ou cinq phrases qui représentent chacune une intensité différente. Puis on met un pointage selon la phrase choisie, on additionne et le résultat final nous donne une meilleure idée de la gravité de la dépression.

2. *L'Inventaire de Beck pour l'anxiété.* La comorbidité entre la dépression et les troubles anxieux est importante. Cet inventaire permet de mieux évaluer les symptômes anxieux accompagnant la dépression. Des indications sont fournies pour interpréter les résultats des inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété. Rappelons que ces résultats ne sont qu'approximatifs et qu'ils doivent toujours être évalués à la lumière de la clinique.

3. On peut également se servir du *PHQ-9* pour évaluer les symptômes de dépression majeure et en suivre l'évolution en cours de traitement. Sensible aux changements et plus courte, cette échelle est particulièrement utile si vous comptez demander au patient de la compléter fréquemment.

4. Face à un patient déprimé, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie bipolaire et donc que le patient n'a jamais présenté d'épisode de manie ou d'hypomanie dans le passé (par exemple par le biais du *Questionnaire sur la maladie bipolaire*), si possible en confirmant avec un membre de la famille.

5. On peut aussi utiliser des échelles de mesure pour coter la présence de symptômes d'hypomanie ou de manie telle le *Questionnaire d'Altman* (ASRM).

D'autres mesures sont souvent utiles pour évaluer une dépression comme de prendre des informations auprès des membres de l'entourage ou de peser le patient pour vérifier s'il y a une modification du poids. Ajoutons que l'on doit toujours accorder beaucoup d'attention à l'évaluation et à la réévaluation du risque suicidaire.

Section 3 : Traitement pharmacologique

Avant de débiter un traitement chez un patient qui présente des symptômes de dépression majeure, il est préférable de s'assurer d'avoir exclu une condition organique (maladies physiques, substances psychoactives) pouvant causer ces symptômes. On suggère de faire un bilan de base comprenant au minimum une TSH et une FSC. Si on envisage donner un antipsychotique atypique, il faudra effectuer un suivi métabolique : peser et demander une glycémie à jeun, les enzymes hépatiques et un bilan lipidique, puis répéter à 3, 6 mois et annuellement.

Avant de prescrire un antidépresseur, il faut aussi s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie bipolaire et donc que le patient n'a jamais présenté d'épisode de manie ou d'hypomanie dans le passé (cf. questionnaire sur la maladie bipolaire), si possible en confirmant avec un membre de la famille. On peut également demander s'il existe une histoire familiale de trouble bipolaire. En effet, la prescription d'un antidépresseur chez un patient bipolaire peut provoquer un virage en manie et amener une plus grande instabilité de l'humeur (cycles plus rapides et d'amplitude plus prononcée) ou l'apparition de caractéristiques mixtes.

Le choix du traitement pharmacologique dépend de la nature de l'épisode actuel, du type de trouble bipolaire, de l'évolution de la maladie. Les recommandations suivantes sont inspirées par le guide de pratique publié par l'*American Psychiatric Association* (2002, 2005):

- Épisode de manie :
 - 1^{ère} étape : Les premiers choix sont le lithium, le divalproex ou les antipsychotiques atypiques (tels l'olanzapine, risperidone, quetiapine, aripiprazole, ziprasidone) La carbamazépine est une alternative. Des benzodiazépines peuvent être utilisées en adjuvant pour une courte période de temps si le patient est agité. S'il prend un antidépresseur, il faut diminuer progressivement la dose et le cesser.
 - 2^{ème} étape : Si le patient ne répond pas, on peut combiner les stabilisateurs de l'humeur (lithium, divalproex ou, éventuellement, carbamazépine) ou ajouter un antipsychotique ou substituer un antipsychotique pour un autre.
 - 3^{ème} étape : Dans les cas réfractaires, le clozaril et les électrochocs peuvent être considérés.

- Épisode dépressif :
 - 1^{ère} étape : lithium ou lamotrigine. Si le patient en prend déjà optimiser la dose. Éviter de donner un antidépresseur en monothérapie. L'olanzapine en combinaison avec la fluoxétine, la quétiapine sont efficaces pour la dépression bipolaire.
 - 2^{ème} étape : ajouter lamotrigine, bupropion ou paroxétine.
 - 3^{ème} étape : ajouter un autre ISRS ou venlafaxine ou IMAO à lamotrigine ou lithium.
 - 4^{ème} étape : si on a une dépression catatonique, psychotique ou une patiente enceinte, considérer ECT. Si on a une dépression psychotique, ajouter un antipsychotique.
- Traitement de maintien : lithium, divalproex, lamotrigine (efficacité limitée pour la prévention de la manie), olanzapine, quetiapine, risperidone LA, aripiprazole.

Ce guide de pratique datant de plus de 13 ans, on peut aussi se baser sur les recommandations du projet d'algorithme de *Harvard Algorithm Project* (<http://www.psychopharm.mobi>) et d'un groupe d'experts canadiens publiés par le *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)* et l'*International Society for Bipolar Disorders (ISBD)* (2013) sur www.canmat.org.

- **Recommandations pour le traitement de la manie**
- Première ligne :
 - Monothérapie : lithium, divalproex, divalproex ER , olanzapine , risperidone, quetiapine, quetiapine XR, aripiprazole, ziprasidone, asenapine , paliperidone ER
 - À ajouter au lithium ou divalproex : risperidone, quetiapine, olanzapine, aripiprazole, asenapine
- Deuxième ligne :
 - Monothérapie : carbamazépine, carbamazépine ER, ECT, halopéridol
 - Combinaison : lithium + divalproex
- Troisième ligne :
 - Monothérapie : chlorpromazine, clozapine, oxcarbazépine, tamoxifène, cariprazine
 - Combinaison : lithium or divalproex + halopéridol, lithium + carbamazépine, adjointive tamoxifène

- Non recommandé :
 - Monothérapie : gabapentin, topiramate, lamotrigine, verapamil, tiagabine
 - Combinaison : risperidone + carbamazepine, olanzapine + carbamazepine

 - **Recommandations pour le traitement de la dépression bipolaire aigue selon les lignes directrices du CANMAT 2013**
 - Première ligne :
 - Monothérapie : lithium, lamotrigine, quetiapine, quetiapine XR
 - Combinaison : lithium ou divalproex + ISRS, olanzapine + ISRS, lithium + divalproex, lithium ou divalproex + bupropion
 - Deuxième ligne :
 - Monothérapie : divalproex, lurasidone
 - Combinaison : quetiapine + ISRS , modafinil en adjuvant, lithium ou divalproex + lamotrigine , lithium or divalproex + lurasidone
 - Troisième ligne :
 - Monothérapie : carbamazepine, olanzapine, ECT
 - Combinaison : lithium + carbamazepine, lithium + pramipexole, lithium ou divalproex + venlafaxine, lithium + IMAO, lithium ou divalproex ou APA + ATC, lithium ou divalproex or carbamazepine + ISRS + lamotrigine, quetiapine + lamotrigine
 - Non recommandé :
 - Monothérapie : gabapentin, aripiprazole, ziprasidone
 - Combinaison : adjuvant ziprasidone , adjuvant levetiracetam
- APA = antipsychotique atypique; ECT = électroconvulsivothérapie; IMAO = inhibiteur de la monoamine oxidase; ATC = antidépresseur tricyclique; ISRS = inhibiteur sélectif de la recapture sérotonine; XR = extended release.
- **Recommandations pour un traitement de maintien du trouble bipolaire selon le CANMAT⁶**
 - Première ligne :
 - Monothérapie : lithium, lamotrigine (efficacité limitée pour la prévention de la manie), divalproex, olanzapine , quetiapine, risperidone LA , aripiprazole
 - Ajouter au lithium ou divalproex: quetiapine, risperidone LA , aripiprazole , ziprasidone
 - Deuxième ligne :
 - Monothérapie : carbamazepine, paliperidone ER

- Combinaison : lithium + divalproex, lithium + carbamazépine, lithium ou divalproex + olanzapine, lithium + risperidone, lithium + lamotrigine, olanzapine + fluoxétine
- Troisième ligne :
 - Monothérapie : asénaline
 - Adjuvant : phénytoïne, clozapine, ECT, topiramate, oméga-3-, oxcarbazépine, gabapentine, asénaline
- Non recommandé :
 - Monothérapie : gabapentine, topiramate, ou antidépresseurs
 - Adjuvant : flupenthixol

LA = long-acting injection; ER = extended release; ECT = électroconvulsivothérapie.

Tableau : Médication la plus fréquemment prescrite

médication	Dose initiale (mg)	Marge posologique (mg/j)	Effets secondaires plus fréquents	Rôle dans le traitement
Divalproex (épival)	250 TID	750-1750	Somnolence, gain de poids, tremblement, effets gastro-intestinaux, inflammation hépatique/pancréatique, dyscrasies sanguines dont la thrombocytopénie, rash, tératogène	Traitement aigu de la manie, prophylaxie dans le trouble bipolaire classique, épisodes mixtes, cycles rapides
Carbamazépine (tégréto)	100 BID	600-1200	Somnolence, effets gastro-intestinaux, inflammation hépatique, anémie aplasique, rash, tératogène	Traitement aigu de la manie, prophylaxie dans les

				épisodes mixtes
Gabapentin (neurontin)	300 die augmenter par pallier de 300 selon l'état clinique	900-1800	Somnolence, étourdissements, ataxie, fatigue nystagmus, tremblements, diplopie	Adjuvant si trouble anxieux, insomnie, sevrage ROH
Lamotrigine (lamictal)	Sem 1 : 25 id Sem 3 : 50 id Sem 5: 100 id Sem 6: 200 id	100-500	Rash, Stevens-Johnson, céphalées, étourdissements, ataxie, fatigue, nystagmus, tremblements, diplopie	Dépression bipolaire
Lithium (eskalith, duralith)	300 B-TID	900-1800	Gain de poids, tremblement, nausée, pollakiurie, hypothyroïdie, insuffisance rénale	Traitement aigu de la manie, dépression bipolaire, traitement d'entretien
Olanzapine (zyprexa)	Manie aiguë : débuter à 10 mg et augmenter par pallier de 5 mg selon l'état clinique	Manie aiguë 10-30 mg Maintien/adjuvant : 5-20 mg	Étourdissements, somnolence, constipations, élévation des transaminases hépatiques, gain de poids, hyperglycémie, symptômes extrapyramidaux, hypotension orthostatique	Traitement aigu de la manie ; traitement d'entretien ; traitement adjuvant de la dépression bipolaire

Quetiapine (seroquel)	Manie aiguë : Débuter à 100 mg et augmenter de 100 mg par jour	Manie aiguë : 400-800 mg Maintien/adjuvant : 50-300	Somnolence, étourdissements, sécheresse buccale, hypotension orthostatique, élévation des transaminases hépatiques, gain de poids, constipation	Traitement aigu de la manie ; traitement de la dépression
Risperidone (risperdal)	Manie aiguë : 2 ou 3 mg puis augmenter par pallier de 1 mg selon état clinique	Manie aiguë :1-4 mg Maintien :0.5-3 mg	Insomnie, agitation, symptômes extrapyramidaux, hyperprolactimémie, anxiété, céphalées, gain de poids	Traitement aigu de la manie ; traitement adjuvant de la dépression
Aripiprazole (Abilify)	5-10 mg am	15-30 mg	Akathisie, agitation, anxiété, céphalées, étourdissements, nausées, constipation, insomnie, somnolence	Traitement aigu de la manie
Asénapine (Saphris)	5-10 mg BID sublingual	5-10 mg BID	Somnolence, céphalées, insomnie, étourdissements, akathisie, effets extrapyramidaux	Traitement aigu de la manie
Clozapine (Clozaril)	12.5-25 mg	350-450 mg	Fatigue, somnolence, étourdissements, hypotension, bouche sèche, vision embrouillée, constipation, sialorrhée, prise de poids, soif, pollakiurie, nausée, brûlements d'estomac	Traitement aigu de la manie

Palipéridone (Invega)	3-6 mg	3-12 mg	Agitation, anxiété, céphalées, étourdissements, somnolence, tachycardie, réactions extrapyramidales (akathisie, tremblements, hypertonie, dystonie), réactions au point d'injection)	Traitement aigu de la manie
Ziprasidone (Zeldox)	20-40mg BID	40-80 mg BID	Nausées, vomissements, diarrhée, constipation, dyspepsie, parkinsonisme, somnolence, étourdissements	Traitement aigu de la manie
Lurasidone (Latuda)	40 mg die	20-60 mg die	Somnolence, nausées, akathisie, effets extrapyramidaux (autres que l'akathisie), insomnie	
Topiramate (topamax)	25 BID puis augmenter par pallier de 25 par semaine jusqu'à 100 et par pallier de 50 jusqu'à 200	50-500	Somnolence, étourdissements, ataxie, troubles de la parole, nystagmus, paresthésie, glaucome, lithiases rénales, effets cognitifs	Traitement adjuvant du trouble bipolaire (ex. prise de poids)

Par ailleurs, outre la prescription de médicaments, on peut suggérer au patient bipolaire d'autres interventions somatiques :

- Cesser la consommation de stimulants tels le café, le thé, le chocolat ou les boissons gazeuses caféinées s'il est agité, souffre d'anxiété ou d'insomnie.
- Cesser la consommation d'alcool car il est reconnu que même la consommation modérée d'alcool contribue à la persistance des états dépressifs. Il peut également contribuer à la

désinhibition, l'anxiété et l'insomnie. Si le patient est incapable de cesser de consommer, recommander les alcooliques anonymes ou des ressources de désintoxication (1-800-265-2626).

- S'abstenir de consommer des drogues qui induisent une instabilité de l'humeur et s'il est incapable de le faire par lui-même, suggérer des ressources de désintoxication.
- Si le patient présente de l'insomnie, on peut l'encourager à : éviter les stimulants, baisser la température de la chambre, faire de l'exercice le jour, limiter les siestes, se réveiller tous les jours à la même heure, ne pas se mettre au lit avant d'être somnolent, s'il ne dort pas au bout de 15 minutes il doit sortir du lit et lire quelque chose d'ennuyeux jusqu'à ce qu'il s'endorme en répétant la procédure si nécessaire. L'insomnie étant un facteur aggravant des troubles de l'humeur, il est parfois indiqué d'utiliser des médicaments hypnotiques pendant les épisodes qui pourront généralement être diminués graduellement et cessés quand l'épisode est résorbé.
- Faire de l'exercice s'il est déprimé et se reposer s'il est en hypomanie.



Questionnaire sur la maladie bipolaire

A.		Oui	Non
Avez-vous déjà connu une période dans votre vie où vous n'avez pas été comme vous êtes d'habitude, et où ...			
1.	...vous vous êtes senti tellement bien, tellement excité que les autres ont pensé que vous n'étiez pas comme vous êtes normalement, ou tellement excité que cela vous a amené des problèmes?		
2.	...vous avez été irritable au point de crier après les gens ou de provoquer des disputes ou des bagarres?		
3.	...vous avez eu beaucoup plus confiance en vous que d'habitude?		
4.	...vous avez dormi beaucoup moins sans vraiment ressentir que vous manquez de sommeil?		
5.	...vous avez parlé plus vite ou beaucoup plus que d'habitude?		
6.	...vos pensées sont allées très vite et vous avez été incapable de les ralentir?		
7.	...vous avez été facilement distrait par tout ce qui se passait autour de vous, au point d'avoir du mal à vous concentrer ou à maintenir la direction de vos pensées?		
8.	...vous avez eu beaucoup plus d'énergie que d'habitude?		
9.	...vous avez été beaucoup plus actif ou vous avez fait beaucoup plus de choses que d'habitude?		
10.	...vous avez été beaucoup plus sociable ou extraverti que d'habitude, par ex : vous avez téléphoné à des amis au milieu de la nuit?		
11.	...vous avez été beaucoup plus intéressé par le sexe que d'habitude?		
12.	...vous avez fait des choses inhabituelles pour vous ou que les autres auraient pu trouver excessives, bizarres ou risquées?		
13.	...vous avez dépensé beaucoup d'argent au point de vous amener des problèmes, à vous ou à votre famille?		
B. Si vous avez répondu OUI à plus d'une réponse ci-dessus, est-ce que plusieurs de ces caractéristiques se sont produites durant la même période? <i>Encerclez une réponse.</i>			
		OUI	NON
C. A quel point ces comportements ou impressions vous ont-ils causé des problèmes? Par exemple : être incapable de travailler; avoir des problèmes familiaux, légaux, d'argent; avoir des disputes ou des bagarres? <i>Cochez une seule réponse.</i>			
<input type="checkbox"/> Aucun problème		<input type="checkbox"/> Problème modéré	
<input type="checkbox"/> Problème mineur		<input type="checkbox"/> Problème sérieux	

Réf. : Hirschfeld, R.M.; Williams, J.B. al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder : the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*. 2000 Nov; 157(11) : 1873-5
 Traduction et adaptation : Gaëtan Grondin, m.d., André Tremblay, t.s., J. Leblanc, m.d., *Clinique des maladies affectives, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*. Juillet 2004



Clinique des maladies affectives

Questionnaire de screening pour trouble bipolaire

Mode d'emploi

Questionnaire sur la maladie bipolaire (MDQ, Mood Disorder Questionnaire)

Utilité : Questionnaire couramment utilisé et devenu un classique. Lorsqu'on soupçonne la présence de bipolarité de type I ou II .

Mode d'emploi : au moment de l'évaluation au MEL, au lieu de poser soi-même les questions habituelles de screening, remettre le questionnaire au patient, qui le remplit au cours de l'entrevue. Il faut environ 5 minutes, donc à peu près le même temps que si on posait les questions nous-mêmes.

Score : Item A, réponse à 7 OUI ou plus;
 item B, réponse OUI;
 item C, problème modéré ou sérieux

sont suggestifs de trouble bipolaire (type à déterminer selon histoire ou évolution).

Échelle diagnostique du spectre bipolaire (BSDS, ou Bipolar Spectrum Disorder Scale)

Utilité : Lorsqu'on soupçonne la présence de bipolarité. Serait plus sensible pour détecter la présence de bipolarité de type II

Mode d'emploi : au moment de l'évaluation au MEL, au lieu de poser soi-même les questions habituelles de screening, remettre le texte au patient, qui le remplit au cours de l'entrevue. Il faut environ 7 minutes, donc à peu près le même temps que si on posait les questions nous-mêmes.

Interprétation : Seuil optimal pour un diagnostic positif : score de 13 ou plus.

Probabilité de trouble bipolaire, selon le score total :

0-6	très improbable
7-12	peu probable
13-19	modérément probable
20-25	hautement probable

Questionnaire d'Altman

Nom _____ Date _____ Score _____

CONSIGNES :

1. Ce questionnaire comporte 5 groupes d'énoncés. Veuillez lire attentivement chacun de ces groupes d'énoncés.
 2. Choisissez l'énoncé de chaque groupe qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours de la dernière semaine**.
 3. Encerclez le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi.
 4. **Important:** Veuillez noter que l'expression « occasionnellement », utilisé dans certains des énoncés ci-bas, signifie une fois ou deux fois; le mot « souvent » fait référence à plusieurs fois; alors que le mot « fréquemment » veut dire la plupart du temps.
-

- 1) 0 Je ne me sens pas plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.
 1 Je me sens occasionnellement plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.
 2 Je me sens souvent plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.
 3 La plupart du temps, je me sens plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.
 4 Je me sens toujours plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.

- 2) 0 Je n'ai pas plus confiance en moi que d'habitude.
 1 J'ai occasionnellement plus confiance en moi que d'habitude.
 2 J'ai souvent plus confiance en moi que d'habitude.
 3 La plupart du temps, j'ai plus confiance en moi que d'habitude.
 4 J'ai toujours extrêmement confiance en moi.

- 3) 0 Je n'ai pas besoin de moins de sommeil que d'habitude.
 1 J'ai besoin occasionnellement de moins de sommeil que d'habitude.
 2 J'ai souvent besoin de moins de sommeil que d'habitude.
 3 J'ai fréquemment besoin de moins de sommeil que d'habitude.
 4 Je peux rester actif(ve) jour et nuit sans jamais dormir et sans me sentir fatigué(e).

- 4) 0 Je ne parle pas plus que d'habitude.
 1 Je parle occasionnellement plus que d'habitude.
 2 Je parle souvent plus que d'habitude.
 3 Je parle fréquemment plus que d'habitude.
 4 Je parle constamment et je ne peux être interrompu(e).

- 5) 0 Je n'ai pas été plus actif(ve) (socialement, sexuellement, au travail, à la maison, ou à l'école) que d'habitude.
 1 J'ai été occasionnellement plus actif(ve) que d'habitude.
 2 J'ai souvent été plus actif(ve) que d'habitude.
 3 J'ai fréquemment été plus actif(ve) que d'habitude.
 4 Je suis constamment actif(ve) ou toujours à la course.

Consignes pour la cotation

Questionnaire d'Altman (ASRM)

On détermine le score au ASRM en faisant la somme des réponses aux 5 items, chaque item étant coté sur une échelle de 0 à 4. Si, en réponse à un item, un sujet a choisi plusieurs énoncés, on retiendra l'indice le plus élevé. Le score total maximal est de 20.

Référence originale :

Altman, E.G., Hedeker, D., Peterson, J.L., & Davis, J.M. (1997) The Altman Self-Rating Mania Scale. *Biological Psychiatry*, 42(10), 948-955.

Référence de la version francophone :

Hawke, L., Provencher, M. D., Côté, P., & Bélanger, M.-È. (2008). Adaptation francophone et validation de deux échelles pour mesurer la manie. Document non publié, École de psychologie, Université Laval.

