

Les complications du trouble bipolaire

M. WALTER ⁽¹⁾, P. GENEST ⁽²⁾

L'évolution du trouble bipolaire est au centre d'un paradoxe entre une position classique qui fait de la psychose maniaco-dépressive une maladie à pronostic plutôt favorable en opposition à l'évolution de la schizophrénie et les études actuelles mettant l'accent sur la fréquence et la sévérité des complications tant au niveau psychopathologique qu'au niveau socioprofessionnel.

Trois grands types de complications sont ainsi distingués : des complications intrinsèques, propres à l'évolution du trouble bipolaire ; des complications extrinsèques dominées par les conduites suicidaires et les conséquences psychosociales ; des complications thérapeutiques.

COMPLICATIONS INTRINSÈQUES

Il s'agit des complications liées au génie évolutif de la maladie elle-même : récurrences ou rechutes, chronicisation, cycles rapides, conséquences au niveau de la personnalité.

Les récurrences

Il convient de distinguer la rechute, c'est-à-dire la résurgence des symptômes initiaux pendant la période de rémission alors que l'épisode index n'est pas guéri et la récidive ou récurrence qui survient après la guérison. Deux tiers à trois quarts des patients rechutent après un épisode index et 50 % de ces rechutes ou récurrences se produisent dans l'année qui suit la sortie de l'hôpital. Certains facteurs de risque sont identifiés : forme bipolaire ; épisode index mixte ; âge de début précoce ; présence d'éléments psychotiques ; antécédents de dépendance alcoolique ; nombre d'épisodes antérieurs (jusqu'à 5).

Toutefois ces études présentent un biais de recrutement : la majorité des patients qui acceptent de s'engager dans des études de suivi sont des patients qui ne vont pas bien, alors que les patients qui vont bien disparaissent sans être inclus dans des études de suivi.

La chronicisation

Les taux de chronicisation varient entre 5 et 25 % suivant la définition de la chronicité : définition « dure » avec persistance de l'ensemble de la symptomatologie (5 %) ou définition plus large, à savoir persistance d'une symptomatologie discrète avec difficultés d'adaptation (25 %).

La forme unipolaire, les états mixtes et les cycles rapides évolueraient plus facilement vers la chronicisation. L'évolution vers la chronicité est aussi fonction de l'épisode index : quand l'épisode index est mixte ou de type cycles rapides, le risque de passage à la chronicité est plus important que lorsque l'épisode index est dépressif ou maniaque.

Cycles rapides

La définition des cycles rapides repose sur quatre critères : nombre d'épisodes supérieur ou égal à 4 par an (avec notion d'intervalle libre) ; virage franc d'un pôle thymique à un autre ; durée totale des épisodes supérieure ou égale à 8 semaines par an ; sévérité de l'épisode attestée par les critères soit d'état dépressif, soit d'état maniaque pour différencier cycles rapides et cyclothymie.

La prévalence des cycles rapides est de 12 à 20 %. Dans 80 %, ils succèdent à un trouble bipolaire I ou II ; seulement 20 % sont primaires.

(1) Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef de Service du Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie d'Adultes et de Psychologie Médicale, Secteur 1, CHU Brest, Hôpital de Bohars, BP 17, 29820 Bohars.

(2) Praticien Hospitalier, CHU Brest, Hôpital de Bohars, BP 17, 29820 Bohars.

Des facteurs de risque du passage vers une cyclicité rapide sont connus : sexe féminin ; niveau social élevé ; faible charge familiale génétique ; facteurs exogènes (prescription d'antidépresseurs ; insuffisance thyroïdienne) ; nombre d'épisodes dépressifs antérieurs au cours desquels le patient a été exposé aux antidépresseurs ; épisode index dépressif ; personnalité prémorbide cyclothymique. Classiquement le passage aux cycles rapides serait plus fréquent dans les formes bipolaires de type I que dans les formes bipolaires de type II.

Personnalité post-morbide

Les relations entre bipolarité et personnalité sont de 4 ordres (5) : soit les caractéristiques de personnalité prédisposent au trouble de l'humeur (personnalité prémorbide spécifique) ; soit elles expriment le trouble de l'humeur (notion de formes atténuées) ; soit les caractéristiques de personnalité sont des séquelles du trouble de l'humeur (personnalité post-morbide spécifique) ; soit elles influencent le cours évolutif du trouble de l'humeur essentiellement par les problèmes de compliance et les événements de vie de ces patients.

La notion de formes atténuées de trouble bipolaire suppose qu'en phase intercritique la maladie s'exprime de manière sub-syndromique. S'agit-il alors d'un trouble de la personnalité ou d'une forme atténuée de la bipolarité ? Dans cette perspective, Akiskal (1) distingue trois types de modifications post-morbides : durant l'épisode affectif lui-même, à court terme et à long terme.

Pendant la phase de dépression, les signes de neuroticisme (qui correspondent au syndrome névrotique général avec des signes aspécifiques de névrose comme la labilité émotionnelle, la tension anxieuse, le manque de confiance en soi) sont accentués et au contraire diminués pendant la manie. Les traits de personnalité de type extraversion seraient diminués en phase dépressive alors que les traits de personnalité de type obsessionnel ne sont pas modifiés par l'épisode qu'il soit dépressif ou maniaque.

Plus intéressantes sont les modifications de la personnalité après l'épisode. Le court terme (1 an) est dominé par le mauvais ajustement interpersonnel et en particulier les difficultés conjugales qui nécessiteraient pour certains la poursuite des antidépresseurs pendant 8 à 9 mois après l'épisode dépressif et surtout la mise en place d'une psychothérapie interpersonnelle. À long terme (± 2 ans), on retrouve d'autres signes névrotiques : perte de confiance en soi, dépendance interpersonnelle et sentiment d'insécurité. En fait ces signes sont aspécifiques et pourraient se rencontrer comme séquelles de toute pathologie chronique handicapante, qu'elle soit continue ou intermittente. Toutefois ces modifications augmentent avec la fréquence des accès et seraient prédictives d'accès ultérieurs.

COMPLICATIONS EXTRINSÈQUES

Conduites suicidaires et troubles bipolaires

Épidémiologie

Il est habituel de distinguer les taux de décès par suicide rapportés lors d'études antérieures et postérieures à 1980, année à partir de laquelle la distinction entre formes unipolaires et bipolaires est systématiquement prise en compte. L'étude classique de Guze et Robins (4) rapporte un risque de décès par suicide de 15 %, soit un taux 30 fois supérieur à celui de la population générale. Les études postérieures à 1980 mentionnent jusqu'à 19 % de décès par suicide (3). Par ailleurs, les techniques d'autopsie psychologique qui visent à documenter le suicide d'un patient à travers l'interview de ses proches, des soignants ou la consultation de son dossier, ont montré que 46 à 60 % des suicidés étaient porteurs d'un trouble de l'humeur au moment de leur décès. Enfin, le sex ratio est de 1 alors que, dans la population générale des suicidés, il est de 3 hommes pour 1 femme.

Pour les tentatives de suicide, les rapports entre geste suicidaire et maladie bipolaire sont moins bien établis, essentiellement parce qu'il n'existe pas de recueil national des tentatives de suicide. 25 à 50 % des bipolaires font des tentatives de suicide lors de leur maladie, 20 à 30 % des unipolaires. Le sex ratio est le même que pour les patients qui ne présentent pas de troubles affectifs : trois femmes pour un homme. Quant aux idées de suicide, elles seraient presque constantes (82 %) chez les bipolaires.

Facteurs de risque

La bipolarité exposerait davantage au suicide que la forme unipolaire. En fait, les données sont beaucoup plus contrastées : des études concluent à l'inverse que ce sont les formes unipolaires qui exposent davantage au décès par suicide ou encore que formes unipolaires et bipolaires comportent le même potentiel suicidaire. D'autres travaux, en particulier chez les adolescents, rapportent un moindre potentiel suicidaire dans les formes unipolaires comparativement aux bipolaires. Parmi les bipolaires, les bipolaires II sont plus exposés au risque de décès par suicide que les bipolaires I (7), en raison d'une comorbidité importante (alcoolisme, trouble de la personnalité). Par ailleurs, 59 % des patients bipolaires suicidés avaient rencontré un médecin avant leur décès par suicide, généralement un médecin généraliste pour les patients unipolaires, un psychiatre pour les patients bipolaires ; toutefois, seuls 18 % d'entre eux avaient un traitement considéré comme correct au moment de leur décès. La prévention n'est donc pas un problème d'accessibilité aux soins (ces patients rencontrent des médecins) mais pose la question du dépistage des troubles de l'humeur. Enfin, si les caractéristiques psychotiques n'ont pas d'influence sur la suicidalité, on constate par contre un pic de décès par suicide en mai et un pic un peu moins net en octobre.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4183251>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4183251>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)