



**ACTUALITÉS SUR LE DIAGNOSTIC  
DES TROUBLES BIPOLAIRES DU  
SUJET ÂGÉ ET DIFFICULTÉS  
DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES  
BIPOLAIRES D'APPARITION TARDIVE**

Elisabeth Kruczek

SF3PA Montpellier 2024

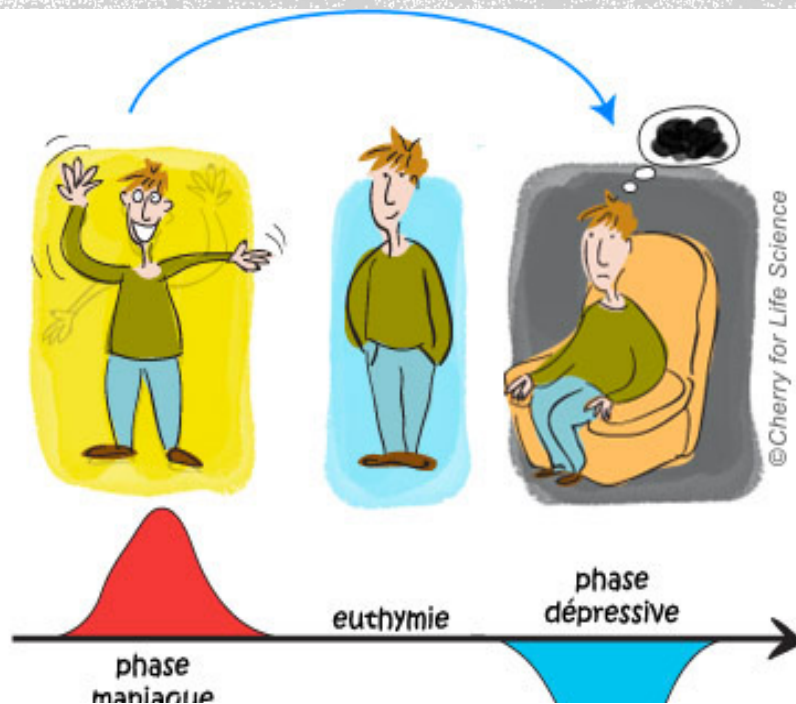


**AUCUN CONFLIT D'INTÉRÊT POUR CETTE PRÉSENTATION**

# INTRODUCTION

- La maladie est une maladie chronique, décrite comme « une maladie psychiatrique au long cours », qui implique un suivi à vie.
- Ces troubles bipolaires sont en effet très souvent mésestimés car ils sont **sous-diagnostiqués**.
- Pourtant, **l'enjeu diagnostique est crucial** car sans traitements précoces, adaptés et sans un suivi spécialisé, les dommages vont s'accumuler.
- En dehors du passage à l'acte suicidaire élevé connu dans cette population, les TB impactent fortement l'autonomie fonctionnelle des sujets bipolaires et leur qualité de vie.
- De plus, ils engendrent des coûts personnels, sociaux, familiaux et des prises en charge non négligeables.

# TROUBLES DE L'HUMEUR



- Prévalence: 1 à 2 % de la population générale
- Age de début : 20 – 30 ans
- Sexe ratio : 1
- Troubles bipolaires chez 8 % des apparentés de premier degré
- Le risque suicidaire est majeur : 10 - 15% chez les patients non traités
- 6<sup>ème</sup> maladie la plus invalidante selon OMS (socio-familial, professionnel )

# TROUBLE BIPOLAIRE

Est un trouble de l'humeur (avant intitulé : psychose maniaco-dépressive (PMD)).

Se caractérise par une variation anormale de l'humeur : alternance de périodes d'excitation (manie ou hypomanie) et de dépression, voire de mélancolie profonde, entrecoupées de périodes de stabilité.

Trouble de l'humeur d'évolution périodique.

Succession des épisodes dépressifs et / ou maniaques séparés par des intervalles libres.

	Manie	Dépression
Présentation	Bien entretenu, attirant, extravagant, contact familial, hypermimie	Tenue négligée, incurie, contact difficile, hypomimie
Humeur	Exalté/euphorie, labile, hyperesthésie affective	Triste, perte du plaisir, anesthésie affective
Cognitions	Tachypsychie, fuite des idées, logorrhée, grandeur, projets multiples, distractibilité	Bradypsychie, monoïdéisme, rumination, culpabilité, dévalorisation, incurabilité, idées suicidaires
comportements	Excitation, agitation, désinhibition, dépenses inconsidérées, infatigabilité	Mouvement et discours lents, voix basse, aboulie, apragmatisme, clinophilie, AGITATION (angoisse++ --> raptus suicidaire+++)
Signes somatiques	Insomnie sans fatigue, hyperphagie, hypersexualité	Insomnie, perte des plaisirs (anorexie, hyposexualité)
Formes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Hypomanie</b></li> <li>▪ <b>Manie délirante</b></li> <li>▪ <b>Fureur maniaque</b></li> <li>▪ <b>Manie confuse</b></li> <li>▪ <b>Manie avec caractéristiques mixte</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Dépression mélancolique</b> (ruine, damnation, culpabilité, incurabilité)</li> <li>▪ <b>Dépression délirante</b> (congruent ?)</li> <li>▪ <b>Dépression anxieuse</b></li> <li>▪ <b>Dépression catatonique</b></li> <li>▪ <b>Dépression atypique</b> (poids↑, hypersomnie)</li> </ul>

# DIFFÉRENTS TYPES

## 1) Trouble bipolaire I

- Episode maniaque isolé ou mixte +/- EDM
- Episodes dépressifs majeurs (EDM) avec épisodes maniaques

## 2) Trouble bipolaire II

- Episodes dépressifs majeurs avec épisodes hypomaniaques
- TBP III = virage maniaque ; dépression + ATCD familial de TBP

## 3) La cyclothymie

Successions sur une période minimale de 2 ans d'épisodes d'hypomanie et de dépressions légères.

# ACTUALITÉS

Mais surtout une meilleure connaissance

- **La définition même de la maladie**, pour mieux la cerner / la différencier d'autres troubles psychiatriques.
- **L'épidémiologie** pour mieux connaître la prévalence des troubles bipolaires, mais aussi des comorbidités associées (troubles de l'attention, anxiété, troubles du comportement alimentaire, troubles métaboliques, ...).
- **La clinique** pour mieux définir les différences notamment avec la schizophrénie, mais aussi et surtout pour mieux la diagnostiquer et l'évaluer grâce à des outils spécifiques.
- **La génétique** pour identifier les gènes impliqués dans la prédisposition génétique à la bipolarité.
- **La biologie et la neuroimagerie**, à la recherche d'un marqueur spécifique de la bipolarité et d'images cérébrales caractéristiques.
- **Les thérapies avec le développement de nouveaux médicaments, mais aussi de nouvelles approches psychothérapeutiques** (psychoéducation, thérapies familiales, thérapies interpersonnelles, thérapies de couple).



# LA RECHERCHE

- L'engagement des chercheurs : par ex la Fondation FondaMental suit actuellement en France la plus grande cohorte de patients (4 422) atteints de troubles bipolaires depuis 10 ans, la cohorte FACE-BD (*FondaMental Advanced Center of Expertise for Bipolar Disorder*)
- Ce suivi a permis aux chercheurs d'accroître considérablement leurs connaissances sur la bipolarité.

## **LES PROGRÈS DE LA GÉNÉTIQUE ET DE L'IMMUNOLOGIE ONT NOTAMMENT PERMIS DE RÉVÉLER DES LIENS ENTRE LA PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE ET DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX**

Les variants génétiques retrouvés chez les patients atteints de troubles bipolaires semblent les rendre plus fragiles face à certains facteurs environnementaux, tels que :

- les infections,
- les traumatismes sévères,
- la pollution atmosphérique,
- la mauvaise hygiène de vie.

La survenue de tels facteurs environnementaux provoque **une réponse inflammatoire et immunologique** qui pourrait permettre d'identifier des marqueurs spécifiques de certaines formes de bipolarité, mais aussi de nouvelles cibles thérapeutiques.

# SURISQUE MÉTABOLIQUE

- L'intérêt de suivre sur une décennie la plus grande cohorte de patients bipolaires réside notamment dans le fait de pouvoir tracer **leurs trajectoires de vie et l'évolution de leurs maladies**. Grâce à cette cohorte, les chercheurs ont pu mettre en évidence trois types de trajectoires chez les patients :
  - Les patients qui s'améliorent au fil du temps ;
  - Les patients dont l'état stagne ;
  - Les patients qui s'aggravent au cours du temps.
- Ainsi, les chercheurs ont identifié des facteurs associés à certaines trajectoires, comme des syndromes dépressifs, des troubles du sommeil ou une surcharge pondérale, des facteurs sur lesquels il est possible d'agir grâce à une prise en charge adaptée. **Les troubles bipolaires sont par exemple liés à un risque accru de syndromes métaboliques**, et donc de diabète et de maladies cardiovasculaires.

# BERNARD

- TBP jeune adulte
- Son épouse a appris le diagnostic le jour du mariage
- 13 hospitalisations en secteur Psy
- Pourtant inspecteur des impôts
- Depuis 2013, différents bilans pour troubles cognitifs
- Légers troubles attentionnels et exécutifs mais reste du bilan normal
- IRM leucoaraiïose Fazekas 3
- PL pas de MA
- Trouble du sommeil

# BERNARD 2

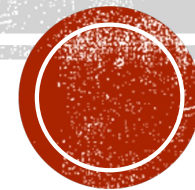
- Mais état se dégrade
- Tendance clinophilie
- Absence de prise d'initiative, majoration de la dépendance
- Evolution de sa pathologie ou pathologie vasculaire associée
- Changement de tt NL

# ET LES SUJETS AGÉS

En raison du vieillissement des populations, le nombre des sujet âgés bipolaires ne cesse d'augmenter.

La prévalence du trouble bipolaire du sujet âgé, peu documentée, serait évaluée à 5%-10% des troubles psychiques.

Ainsi, les troubles bipolaires du sujet âgé occupent actuellement une place plus importante dans la clinique psychiatrique à domicile et en hospitalisation.



- Diagnostic avant l'âge de 50 ans
- La prévalence ponctuelle du trouble bipolaire chez les sujets âgés apparaît plus faible que celle retrouvée chez les adultes : dans la population générale de plus de 65 ans, celle-ci est en effet estimée entre 0,25 et 1,03 % .
- En France, l'étude épidémiologique ESPRIT (Enquête de Santé Psychologique-Risque, Incidence et Traitement) réalisée sur 1873 sujets de 65 ans et plus retrouve une prévalence ponctuelle de 0,4 %.
- Diminution de la prévalence car décès.
- Sous-diagnostic du fait de l'atypicité de la clinique (atténuation symptomatique ++, tableaux atypiques...).
- Et biaisé par les comorbidités neurologiques (altérations cognitives).
- Les études épidémiologiques s'appuient sur les classifications consensuelles (DSM-5 et CIM-11), dans lesquelles les spécificités cliniques des épisodes maniaques ou dépressifs chez le sujet âgé n'apparaissent pas.

- Début tardif ou LOBD
- 2 femmes pour un homme, prédominance pour les débuts tardifs
- 50 % des patients hospitalisés présentaient comme premier signe une dépression
- 1/4 des patients prestaient une manie avec un délais d'au moins de 25 ans après le 1<sup>er</sup> épisode dépressif
- En hospitalisation, la prévalence de la manie tardive serait de 44,2%.
- En psychiatrie ambulatoire, la prévalence de la manie après 60 ans est proche de 9 % .
- Les troubles bipolaires chez le sujet âgé constitueraient 6 % des consultations en psychiatrie du sujet âgé, et 8 à 10 % des admissions en unité de gérontopsychiatrie.



- Une étude australienne de 2002 montre que le nombre de sujets de plus de 65 ans diagnostiqués bipolaires serait passé de 2% en 1980 à 10% en 1998.
- Pas ou peu d'études sur les décès. Le décès dû aux comorbidités somatiques accrues.
- 34% des patients bipolaires âgés décèdent après 5 ans de suivi et 50% après 3-10 ans de suivi. D'après les courbes de survie, la probabilité de rester en vie à 10 ans est de 75 % pour les patients dépressifs récurrents et chute à 30 % pour les sujets âgés atteints d'un trouble bipolaire.

# AGE DE DÉBUT DES TROUBLES

- Début des troubles à l'âge adulte « de début précoce » et début des troubles tardifs avec un premier épisode d'humeur haute tardif sans antécédents de troubles affectifs ou bipolarisation tardive LOBD « *Late Onset Bipolar Disorder* »..
- Les études semblent se limiter à des formes de type 1.
- Belliver et al. qui s'est basé sur des sous-groupes cliniques homogènes, nous avons vu qu'un trouble bipolaire à début tardif avec un premier épisode maniaque après 33-46 ans.
- D'autres études s'intéressent plus spécifiquement aux sujets âgés de 40 ou 50 ans, à partir de la date de première hospitalisation pour manie.

# VIGNETTE 1 LÉON

- Marié, 60 ans
- Décrit par son épouse comme taciturne, jamais content, ours sans cœur, égocentré
- Relate des phases de mélancolie et des phases où cela va mieux avec de grands projets.
- Jumeau, son frère s'est suicidé à l'âge de 20 ans
- Deux enfants : un fils RAS, un autre avec scolarisation chaotique, recours MDPH sans diagnostic, phase nette de manie (idée de grandeur) : Diag de TBP de type 1
- Les deux diagnostics ont été posés en même temps
- Mais Leon refus le diagnostic et un traitement
- Et le fils ne prend pas bien son tt.....

# MARC

- 50 ans
- Professeur de faculté
- Premier contact étrange, m'a démonté la salle d'attente et a refait la décoration
- Surprise par la notion de gestion du temps : avait attendu 5 minutes et lui me disait que cela faisait des heures
- Clinique : nombreuses dépressions
- Sous trithérapie
- Passait pour un original
- Avait été vu par d'autres confrères /AD
- Dans son histoire n'arrivait pas à obtenir son HDR

# MARC

- Un compagnon qui le cadre et le subit
- Ils n'avaient jamais parlé des problèmes
- PB de troubles du sommeil
- De nombreuses réservations de vacances pour les mêmes périodes
- Mise en danger plus jeune (conduite sexuelle)
- Agitation motrice+++
- Familiarité
- Introduction tt / travail en collaboration avec le PF Patrice qui le suivait
- Il se stabilise et se mari

- Xieme refus de l'HDR
- La retraite se profile
- Décide qu'il n'a pas de TBP
- Demande une expertise au CHU
- Change de psychiatre
- Un an après revient et est à nouveau sous thymorégulateur qui ont été adaptés
- Je sais que je suis bipolaire

# MANON

- 57 ans
- Fonctionnaire européenne
- Etats dépressifs récurrents (traitement AD ne marche pas trop)
- Anxiété massive++++, troubles du sommeil avec insomnies pendant une semaine, marchait de long en large : premier épisode hypomaniaque
- Bilan complet
- Introduction de lithium
- Nette amélioration de symptômes
- Pourtant, nombreuses tentatives de négociation pour arrêter le traitement

# MANON 2

- Traitement à minima // **Personnes âgées** : les posologies des médicaments doivent être adaptées à l'état cardio-vasculaire, cognitif, rénal et hépatique.
- Les patients âgés sont plus sensibles aux effets indésirables et nécessitent souvent des posologies plus faibles que celles utilisées chez l'adulte.
- Deux fils
- Un fils qui pose des pb d'insertion dans la société et se pense HPI
- Mais qui ressemble à Manon
- Hypothèse pas entendable par la famille



# CONCLUSION

- Peu d'études chez le patient âgé
- Notre expérience clinique
- Une meilleure connaissance chez les patients plus jeunes mais aussi chez la personne âgée : des signes qui vont nous alerter
- Une anamnèse fine, un recueil de l'histoire de vie auprès de l'entourage
- Permettre de proposer des traitements et stratégies adaptées
- Et oser l'ensemble des traitements tel que le lithium
- Pour améliorer la qualité de vie du patient, de sa famille, et parfois pour éviter une vie gâchée

# POUR EN SAVOIR PLUS

- [Fondation-fondamental.org/les maladies mentales/troubles bipolaires](http://Fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/troubles-bipolaires)
- Argos 2001, association d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires et leurs entourages
- Livret d'accueil du centre hospitalier Montpellier le trouble bipolaire Pr.P Courtet
- Goupil ou Face Lou Lubie aux éditions Vraoum
- Référence HAS 2014
- Pauline Mallet. Troubles bipolaires du sujet âgé : spécificités cliniques et thérapeutiques, aspects cognitifs, questions des liens avec les démences. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02406705

# MERCI DE VOTRE ATTENTION

