



## 9 Trouble affectif bipolaire Diagnostic conforme à la CIM-10 V F31.3

Classification internationale des troubles psychologiques CIM-10 Chapitre V.

Trouble affectif bipolaire, épisode dépressif modéré actuellement F31,3 (Dilling et al. 2011).

Comme Kasper et Hauk (2006) l'ont décrit, le trouble affectif bipolaire présente trois manifestations. Celles-ci se différencient par leurs différentes bases d'humeur. La première phase s'appelle dépression de phase basse, la deuxième phase manie/hypomanie, et la troisième phase la phase normale, dans laquelle il n'y a ni phase maniaco-dépressive. Cette humeur peut aller et venir indépendamment du moment ou de l'étendue de l'autre. C'est pourquoi l'attribution de cette maladie est compliquée. Le déroulement de ces formes se caractérise par deux phases alternées différentes. Une humeur dépressive actuelle et l'autre la phase haute/mania. Une apparence peut aussi être un mélange des deux phases.

Cette forme progressive se caractérise par un changement d'au moins une phase dépressive, suivie d'une forte phase haute (manie) ou d'une forme mixte des deux phases (ibid.).

L'illustration schématique montre une vue d'ensemble des différentes phases de perturbation.

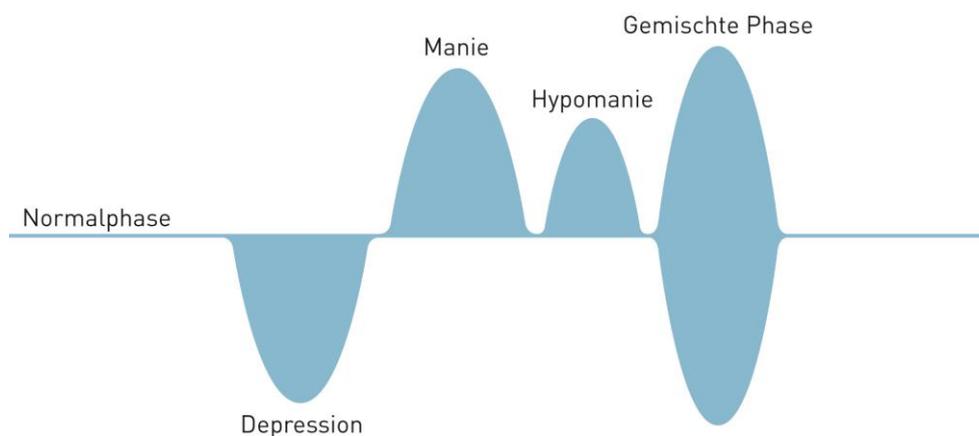


Fig.8: Phases individuelles de la maladie bipolaire.

Source: (Kasper & Hauk 2006)

Si la phase euphorique dure au moins 14 jours, ce processus peut être appelé manie. Cependant, on ne dit pas que le patient souffrait de dépression auparavant. Cela ne signifie pas pour autant qu'il soit crucial pour la manie.

Fig.9: Maladie bipolaire phase II.

Source: (Kasper & Hauk 2006:12)

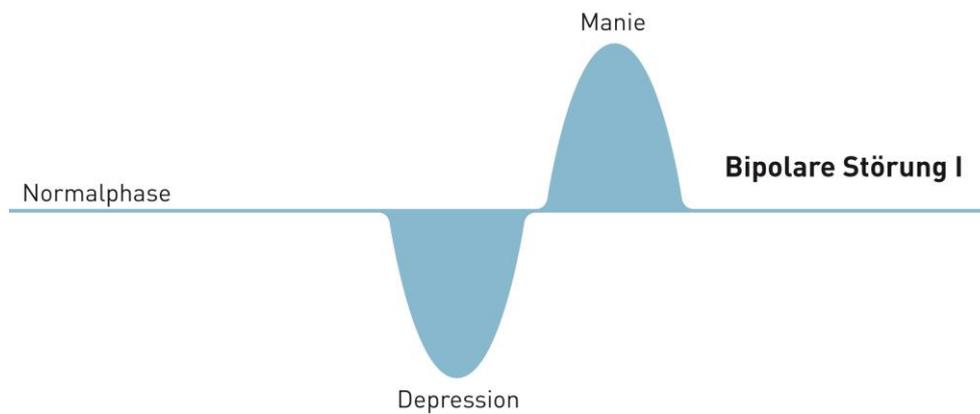


Fig.9 : Maladie bipolaire phase II.

Source : (Kasper & Hauk 2006:12)

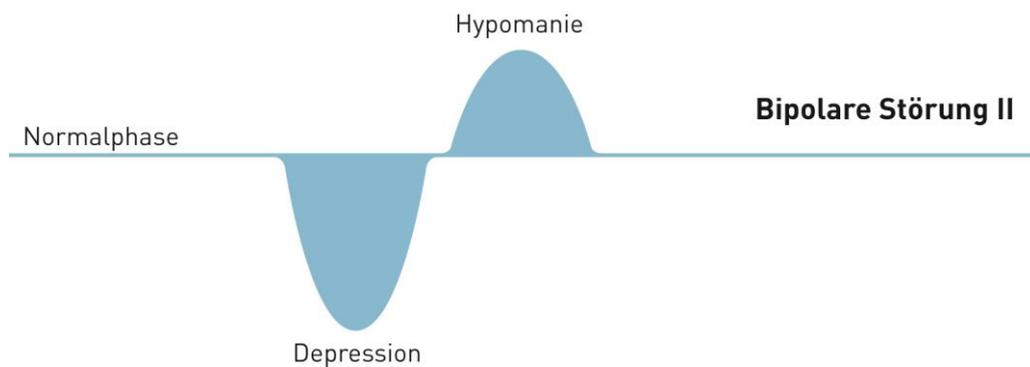


Fig.10 : Trouble bipolaire phase III.

Source : (Kasper & Hauk 2006:13)

## 23.1 Thérapie

Comme le décrivent Ebert et Loew (2011), le trouble bipolaire nécessite un traitement médicamenteux qui prendra certainement beaucoup de temps, tandis que la prophylaxie des rechutes est inévitable comme traitement à long terme. Ces mesures doivent être prises dans l'année qui suit la disparition des symptômes. En cas de rechute, les thérapies sont répétées. Les épisodes peuvent être réduits et une absence permanente de symptômes est obtenue (ibid.).

La dépression est traitée avec des psychotropes et des antidépresseurs. Comme l'a déjà souligné Frank (2007), il est également recommandé de recourir à la psychothérapie, mais cela n'a de sens qu'après la phase aiguë. Dans l'épisode aigu, une hospitalisation est nécessaire pour assurer un traitement intensif et éviter le risque de suicide. Dans le cas des formes bénignes, le traitement ambulatoire est souvent suffisant, surtout si des parents fiables surveillent le patient. Le patient lui-même ne doit s'exposer à aucun stress professionnel - pas même à la circulation routière (ibid.).

Une fois les critères diagnostiques remplis, il est important que les examens internes et neurologiques commencent. Comme déjà décrit par Laux, la numération globulaire est déterminée en laboratoire (foie, reins, électrolytes, glycémie, cal, valeurs thyroïdiennes, taux de vitamine B12, taux de fer sérique), EEG, CT, RMN possible, scintigraphie cérébrale, SPECT, rCBF, sonographie Doppler suivre. Un test de dexaméthasone doit être effectué en cas de rémission de la dépression. Des échelles d'évaluation normalisées facilitent l'évaluation de la gravité de la maladie (Laux 2001).

### **Trouble affectif bipolaire lié à la progression de la maladie**

Au moment d'expliquer le trouble affectif bipolaire chez la patiente, il était clair que son état était agité. Elle a indiqué une forte agitation intérieure, qui s'est également traduite par une nette agitation motrice, où elle se levait souvent du fauteuil pendant l'anamnèse et marchait de haut en bas dans la pièce. Ses pensées étaient accélérées, verbeuses, et parfois elle sautait d'une pensée à l'autre. Sa concentration et sa fonction de mémoire étaient considérablement réduites. L'humeur variait beaucoup entre l'euphorie et l'irritation. Elle a signalé des troubles du sommeil, avec le sentiment subjectif qu'elle avait besoin de moins de sommeil dernièrement.

Au cours des derniers mois, la patiente n'avait pas pris ses médicaments régulièrement, ce qui a entraîné une autre poussée de manie.

Après plusieurs phases dépressives explosibles et connues, le diagnostic du trouble affectif bipolaire, actuellement un épisode dépressif modéré F31.3, a été établi.

Prof. DR. Andrawis