

Aspects cliniques et évolutifs du trouble bipolaire en fonction de la polarité du premier épisode. À propos de 38 cas.

Bram Nessrine, Elloumi Hend, Zalila Haifa, Cheour Majda, Boussetta Afif

Hôpital Razi. Manouba. Tunisie

Faculté de Médecine de Tunis - Université Tunis El Manar

Bram N., Elloumi H., Zalila H., Cheour M., Boussetta A.

Bram N., Elloumi H., Zalila H., Cheour M., Boussetta A.

Aspects cliniques et évolutifs du trouble bipolaire en fonction de la polarité du premier épisode. À propos de 38 cas.

Clinical and evolutionary characteristics of bipolar disorder according to the polarity of the first episode

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°05) : 380 - 386

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°05) : 380 - 386

R É S U M É

Prérequis : La polarité de l'épisode inaugural semble déterminer le profil clinique et évolutif du trouble bipolaire.

But : Etudier les caractéristiques cliniques et évolutives du trouble bipolaire en fonction de la polarité du premier épisode.

Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et comparative incluant tous les patients atteints de trouble bipolaire de type I et II (DSM IV TR) qui ont été hospitalisés entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2006. La durée minimale de suivi était de 4 ans. Les malades ont été répartis en deux groupes en fonction de la polarité du premier épisode : maniaque ou hypomaniaque et dépressive. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, évolutives et thérapeutiques ont été relevées et comparées entre les deux groupes.

Résultats : L'échantillon était composé de 38 patients (23 hommes et 15 femmes). Le premier épisode était de polarité maniaque chez 57,89% des cas. Ce mode de début était lié à une polarité ultérieure préférentiellement maniaque, plus souvent ponctuée de caractéristiques psychotiques avec une surreprésentation des conduites addictives et du trouble bipolaire de type I. Un épisode index de polarité dépressive était associé à une évolution plus chronique, marquée par une plus forte récurrence des épisodes notamment de polarité dépressive, avec un risque suicidaire majoré et une surreprésentation du trouble bipolaire de type II.

Conclusion : Le profil clinique et évolutif du trouble bipolaire semble fortement lié à la polarité du premier épisode. Les stratégies de prévention doivent tenir compte de la polarité inaugurale.

S U M M A R Y

Background: The polarity of the inaugural episode seems to determine the clinical and evolutionary profile of bipolar disorder.

Aim: To study the clinical and evolutionary characteristics bipolar disorder according to the polarity of the first episode.

Methods: We undertook a retrospective, descriptive and comparative study including all the patients reached of bipolar disorder I and II (DSM IV TR) who were hospitalized between January 1 2000 and December 31 2006. The minimal duration of follow-up was 4 years. Patients were divided into two groups according to the polarity of the first episode: maniac or hypomaniaque and depressive. The characteristics socio-demographic, clinical, evolutionary and therapeutic were raised and compared between the two groups.

Results: The sample was composed of 38 patients (23 men and 15 women). The first episode was of polarity maniac in 57.89% of cases. This mode of beginning was related to a later polarity preferentially maniac, more often punctuated of characteristics psychotics with a sur representation of the addictives conduits and bipolar disorder of type I an episode index of depressive polarity was associated to more chronic evolution, marked by a stronger recurrence of episodes particularly depressive episodes, with a raised suicidal risk and a high representation of the bipolar disorder II.

Conclusion: The clinical and evolutionary profile of the bipolar disorder seems strongly related to the polarity of the first episode. The strategies of prevention must take account of the inaugural polarity.

Mots-clés

Trouble bipolaire, manie, dépression, premier épisode, polarité maniaque, polarité dépressive

Key - words

Bipolar disorders, mania, depression, first episode, manic polarity, depressive polarity

Dans le trouble bipolaire, le caractère variable de l'humeur représente un élément essentiel, classiquement considéré comme constitutif de la maladie (1). Cette variabilité s'exprime par une succession d'épisodes maniaques, dépressifs ou mixtes et de périodes de rémission, faisant du trouble bipolaire une entité clinique extrêmement hétérogène (2). Dès lors, une des questions principales dans l'étude du trouble bipolaire reste de savoir s'il existe un certain déterminisme dans l'histoire naturelle de la maladie qui structure les modifications de l'humeur, et s'il est possible d'identifier précocement chez les patients des caractéristiques qui soient prédictibles de leur évolution ultérieure. Dans cette perspective, la polarité du premier épisode thymique semble constituer un élément-clé, permettant de distinguer d'emblée des sous groupes plus homogènes de patients (1, 3). Une telle distinction permettrait d'ajuster précocement les interventions thérapeutiques, de façon à cibler spécifiquement les risques futurs encourus par chaque groupe de patients.

Ce travail a été mené afin d'étudier les caractéristiques cliniques et évolutives du trouble bipolaire en fonction de la polarité du premier épisode.

PATIENTS ET METHODES

Une étude rétrospective, descriptive et comparative a été menée au service de psychiatrie « E » de l'hôpital Razi de Tunis. Nous avons inclus tous les patients atteints de trouble bipolaire de type I et II (selon les critères du DSM IV TR) qui ont été hospitalisés entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2006. La durée minimale de suivi était fixée à 4 ans. Les critères d'exclusion étaient les suivants : les patients atteints de trouble schizoaffectif et de pathologies neurologiques évolutives, un premier épisode de type psychotique sans participation thymique et les patients dont le premier épisode n'a pas été documenté. Les malades ont été répartis en deux groupes en fonction de la polarité du premier épisode :

- Début dépressif (DD): patients dont le premier épisode a été de polarité dépressive.

- Début maniaque (DM): patients dont le premier épisode a été de polarité maniaque ou hypomaniaque.

Le premier épisode a été défini selon les critères du DSM IV TR (4). Le premier épisode n'était pas nécessairement celui de la première hospitalisation.

Les variables suivantes ont été relevées et comparées entre les deux groupes:

- Les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents familiaux de trouble bipolaire et de tentatives de suicide

- L'âge de début de la maladie, l'âge à la première hospitalisation, la durée d'évolution des troubles, le délai de prise en charge et les diagnostics antérieurement portés.

- Le nombre et le type des épisodes thymiques, le nombre d'hospitalisations, le nombre d'épisodes avec caractéristiques psychotiques, la polarité dominante, le type de trouble bipolaire, les antécédents suicidaires, les co-morbidités addictives et anxieuses, le caractère saisonnier et la forme à cycles rapides.

Une polarité dominante de type dépressif a été retenue si la majorité des épisodes étaient de polarité dépressive, une polarité dominante de type maniaque était retenue si la somme des épisodes maniaques et hypomaniaques était supérieure au nombre d'épisodes dépressifs (5).

La saisie et l'exploitation des données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 10 sur windows. L'analyse des données quantitatives a été effectuée à l'aide du test t de Student et le test Chi 2 a servi à la comparaison des données qualitatives. En cas d'effectifs insuffisants, les comparaisons ont été effectuées à l'aide du test exact de Fisher. Le seuil de signification retenu a été de $p < 0,05$.

RESULTATS

L'échantillon étudié était composé de 38 patients (23 hommes et 15 femmes). La durée médiane de suivi était de 7,85 ans.

Prévalence

Le premier épisode se présentait plus souvent sur le versant maniaque (57,89%, n=22) que dépressif (42,10%, n=16). Nous n'avons retrouvé aucun patient dont le premier épisode était de polarité mixte.

Caractéristiques sociodémographiques et antécédents familiaux

Les données sociodémographiques étaient comparables entre les deux groupes, ainsi que les antécédents familiaux de trouble bipolaire et de tentatives de suicide (tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et antécédents familiaux en fonction de la polarité du premier épisode.

	DM (N=22)	DD (N=16)	P
Age moyen (années)	36,80	39,21	0,7
Sexe féminin (N, %)	6 (27,27)	9 (56,25)	0,09
Nombre moyen d'années d'études	10,71	9,23	0,4
Statut marital : mariés (N, %)	8 (36,36)	5 (31,25)	0,9
Statut professionnel : actifs (N, %)	6 (27,27)	4 (25)	0,7
Niveau économique bas ou moyen (N, %)	18 (81,81)	13 (81,25)	0,3
ATCD Fx de TB*	8 (36,36)	6 (37,5)	0,08
ATCD Fx de TS**	3 (13,63)	3 (18,75)	0,06

Age de début et délai de prise en charge

L'âge moyen de début de la maladie était significativement plus bas chez les patients à début dépressif (24,71 ans vs 28,32 ans) avec une durée moyenne d'évolution plus longue (16,54 ans vs 12,65 ans). Le délai médian entre le premier épisode thymique et l'instauration du traitement thymo-régulateur était plus long chez les patients à début dépressif (5,89 ans, vs 2,72 ans). Ces patients étaient significativement plus âgés lors de la première hospitalisation (32,79 ans vs 29,81 ans).

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques et évolutives du TB en fonction de la polarité du premier épisode

	DM (N=22)	DD (N=16)	P
Age moyen de début (années)	28,32	24,71	0,02
Durée moyenne d'évolution (années)	12,65	16,54	0,04
Age moyen de la première hospitalisation (années)	29,81	32,79	0,03
Délai moyen d'instauration du traitement thymorégulateur (années)	2,72	5,89	0,001
Diagnostics antérieurs (N, %)			
Trouble bipolaire	14 (63,63)	4 (25)	0,01
Trouble dépressif majeur	1 (4,54)	5 (31,25)	0,03
Trouble anxieux	1 (4,54)	4 (25)	0,01
Schizophrénie	4 (18,18)	1 (6,25)	0,04
Trouble de la personnalité	2 (9,09)	2 (12,5)	0,1
Traitements reçus (N, %)			
Thymorégulateurs	20 (90,90)	14 (87,5)	0,7
Antidépresseurs seuls	2 (9,09)	4 (25)	0,02
antipsychotiques	16 (72,72)	7 (43,75)	0,04
Cycles rapides (N, %)	0 (0)	2 (12,5)	0,01
Caractère saisonnier (N, %)	4 (18,18)	3 (18,75)	0,8
Polarité dominante (N, %)			
Maniaque	17 (77,27)	3 (18,25)	0,02
Dépressive	5 (22,72)	13 (81,25)	
Nombre moyen d'épisodes			
Dépressifs	1,98	6,42	0,001
Maniaques	3,38	1,20	0,04
Hypomaniaques	2,10	1,83	0,6
Mixtes	0,30	0,87	0,7
Avec caractéristiques psychotiques	3,89	1,04	0,03
Total des épisodes	7,76	10,32	0,01
Nombre moyen d'hospitalisations	4,01	2,66	0,02
Nombre d'épisodes par an	1,74	3,06	0,03
Nombre d'hospitalisations par an	1,26	0,58	0,02
ATCD de TS* (N, %)	6 (27,27)	8 (50)	0,02
Comorbidités anxieuses	4 (18,18)	5 (31,25)	0,01
Conduites addictives	8 (36,36)	3 (18,75)	0,04
Type de TB			
TB-I	18 (81,81)	6 (37,5)	0,001
TB-II	4 (18,18)	10 (62,5)	

* Antécédents de tentatives de suicide

Diagnostics antérieurs

Un diagnostic autre que celui de trouble bipolaire a été initialement porté chez 75% des patients à début dépressif, contre 36,37% chez les patients à début maniaque. Le trouble

dépressif majeur (31,25%) et le trouble anxieux (25%) étaient les diagnostics les plus attribués aux patients déprimés lors du premier épisode. Les patients à début maniaque avaient reçu surtout le diagnostic de schizophrénie (18,18%) (tableau 2).

Caractéristiques cliniques et évolutives

La polarité dominante était de type maniaque chez 77,27% (n=17) des patients à premier épisode maniaque, et de type dépressif chez 81,25% (n=13) des patients à début dépressif. La différence était significative (p=0,02).

Le nombre moyen d'épisodes thymiques était significativement plus élevé chez les patients à premier épisode dépressif (10,32 vs 7,76). Ces patients faisaient significativement plus d'épisodes dépressifs (6,42 vs 1,98), tandis que les patients à premier épisode maniaque expérimentaient plus d'épisodes maniaques (3,38 vs 1,20), plus d'épisodes avec caractéristiques psychotiques (3,89 vs 1,04), et étaient plus souvent hospitalisés (4,01 vs 2,66). Etant donné une durée d'évolution différente entre les deux groupes, nous avons calculé la fréquence annuelle des épisodes thymiques et des hospitalisations. La différence demeurait significative (tableau 2). En comparaison des patients avec premier épisode maniaque, les patients avec premier épisode dépressif ont présenté plus d'antécédents suicidaires (50% vs 27,27%) et de co-morbidités anxieuses (31,25% vs 18,18%). Les conduites addictives étaient plus souvent observées chez les patients à début maniaque (36,36% vs 18,75%). La forme à cycles rapides était exclusivement repérée chez les patients à premier épisode dépressif (12,5%), par contre, le caractère saisonnier n'était pas associé à la polarité du premier épisode. Sur le plan diagnostique, le trouble bipolaire de type I était plus représenté chez les patients à premier épisode maniaque (81,81% vs 37,5%), alors que le trouble bipolaire de type II était plus fréquent dans le groupe à début dépressif (62,5% vs 18,18%). Sur le plan thérapeutique, la prescription de thymorégulateurs (lithium, acide valproïque et carbamazépine) était comparable dans les deux groupes. Par contre, la prescription isolée d'antidépresseurs (sans thymorégulateur) était plus fréquente chez les patients à polarité initiale dépressive (25% vs 9,09%). Les antipsychotiques (atypiques et classiques) étaient plus souvent prescrits pour les patients à premier épisode maniaque (72,72% vs 43,75%) (tableau 2).

Tableau 3 : Caractéristiques cliniques et évolutives du TB-I et du TB-II en fonction de la polarité du premier épisode.

TB-I (N=24)	DM (N=14)	DD (N=10)	P
Nombre moyen d'épisodes	5,38	9,21	0,03
Polarité dominante (N, %)			
Maniaque			
Dépressive	10 (71,42)	3 (30)	0,001
Nombre moyen d'épisodes avec caractéristiques psychotiques	4 (28,57)	7 (70)	
ATCD de TS*	3,67	1,89	0,01
	2 (14,28)	5 (50)	0,03
TB-II (N=14)	DM (N=8)	DD (N=6)	P
Nombre moyen d'épisodes	9,11	10,73	0,07
Polarité dominante			
Maniaque	4 (50)	2 (33,33)	0,1
Dépressive	4 (50)	4 (66,66)	0,3
Nombre moyen d'épisodes avec caractéristiques psychotiques	1,70	2,01	
ATCD de TS*	4 (50)	3 (50)	0,1

* Antécédents de tentatives de suicide

Etant donné que l'échantillon étudié comportait les deux sous types de trouble bipolaire (TB-I et TB-II), on pourrait supposer que les résultats suscités étaient influencés par cette variable. Afin d'écarter un éventuel biais, d'autres comparaisons ont été effectuées en fonction du type de trouble bipolaire. La différence demeurait significative entre TB-I à début maniaque et TB-I à début dépressif concernant le nombre d'épisodes, la polarité dominante, les antécédents suicidaires et la fréquence des caractéristiques psychotiques. Par contre, aucune différence significative n'a été retrouvée entre TB-II à début maniaque et TB-II à début dépressif (tableau 3).

DISCUSSION

Prévalence

Notre étude a révélé que le premier épisode du trouble bipolaire se présentait sur le versant maniaque de façon significativement plus fréquente que sur le versant dépressif. Ce résultat est partagé par certaines études (5-7) ayant noté un début maniaque dans, respectivement; 52,4% et 69% des cas. Néanmoins, la plupart des données publiées insistent sur la prédominance de la polarité dépressive lors de l'épisode inaugural du trouble bipolaire (1, 2, 6, 8-11). Cette divergence avec la littérature occidentale serait expliquée par l'influence des facteurs ethniques, climatiques et culturels sur la présentation du premier épisode bipolaire. En effet, Kennedy et al ont mis en exergue une association significative entre mode de début dépressif et race blanche européenne.

Un épisode index de nature dépressive a été observé chez plus de 60% des patients européens, contre 13% des patients d'origine africaine (12). Dans le même ordre d'idées, l'étude réalisée par Kassem et al (13) a suggéré l'existence d'un certain déterminisme génétique de la polarité du premier épisode thymique. D'autre part, une étude tunisienne effectuée en 1999 à l'hôpital Razi par Douki et al (14), a mis l'accent sur l'impact des facteurs climatiques sur l'éclosion de la manie. En effet, ces auteurs ont démontré que l'incidence de la manie concordait avec les variations mensuelles de la température moyenne et de la longueur de la photopériode. Par ailleurs, on pourrait supposer que le faible taux de dépression inaugurale, retrouvé dans notre étude, soit lié aux déterminants culturels et religieux de la société tunisienne.

La « non reconnaissance » de la dépression comme pathologie pouvant nécessiter un traitement, la stigmatisation de la maladie mentale et la tolérance de l'entourage face à des symptômes peu « bruyants », peuvent occulter un épisode dépressif inaugural. Ces différentes données corroborent nos résultats qui rejoignent, à juste titre, ceux des études tunisiennes, menées auprès de populations comparables à la notre et recrutées au sein de la même institution. Ainsi, les travaux de Chemingui (15) et Dammak (16) ont attesté la prépondérance de la polarité maniaque lors de l'épisode index. Ces auteurs ont souligné un début maniaque dans, respectivement, 77,8%, 59% et 54,5% des cas.

Caractéristiques sociodémographiques

Aucune différence significative n'a été constatée concernant ces paramètres. Ce résultat est une donnée courante de la littérature (5, 6, 9, 10, 17). Les malades de notre série étaient de ce fait issus de la même population d'origine et les différences retrouvées sur le plan pronostique n'étaient donc pas dues à un biais de sélection à base de ces facteurs. Par ailleurs, l'influence du sexe sur la polarité du premier épisode ne fait pas l'unanimité. Notre travail n'a pas mis en évidence des particularités liées au genre, mais les données de la littérature restent partagées sur ce point. En effet, certains auteurs tels que Forty et al (2), Azorin et al (7) et Perlis et al (18), estiment que les femmes sont surreprésentées dans les formes de trouble bipolaire à début dépressif. Ainsi, Forty et al (2) ont trouvé significativement plus de femmes dans le groupe à début dépressif (71,7% vs 28,3%). A l'opposé, plusieurs autres études n'ont pas objectivé de différence entre hommes et femmes concernant la polarité du premier épisode (5, 6, 9, 10, 17).

Les études tunisiennes réalisées à Razi reflètent cette disparité. En effet, Dammak (16) a montré que 34% des femmes avaient débuté leur trouble par un épisode dépressif contre 13% chez les hommes, avec une différence significative. En revanche, l'étude menée par Nehdi (19) n'a pas conclu à une différence significative entre les sexes.

Antécédents familiaux

En accord avec plusieurs travaux antérieurs (2, 5, 6, 9, 17), notre étude n'a pas révélé de relation significative quant aux antécédents familiaux affectifs et suicidaires et la polarité de l'épisode inaugural. Ce résultat confirme l'homogénéité de notre échantillon, notamment par rapport à la charge héréditaire des patients.

Age de début et délai de prise en charge

La précocité du mode de début dépressif a été confirmée par certaines études (2, 13, 18, 20) mais pas toutes (6, 7, 9). Ainsi, d'après Forty et al (2), l'âge de début était significativement plus bas chez les patients avec un début dépressif (21 ans vs 25 ans), tandis que dans l'étude de Daban et al (6), le début dépressif était associé à un âge plus élevé (28,25 ans vs 25,48 ans). D'un autre côté, Perugi et al (9) ont noté que l'âge de début était comparable dans les deux groupes. Ces disparités seraient probablement liées à la diversité des méthodologies empruntées par ces auteurs, notamment en ce qui concerne la définition du premier épisode : premiers symptômes de labilité thymique ou premier épisode thymique caractérisé selon les critères du DSM IV TR. Par ailleurs, la majorité des auteurs s'accordent pour reconnaître au trouble bipolaire à début dépressif une durée d'évolution significativement plus longue (2, 6, 7, 13, 18). L'étude menée par Forty et al (2) a noté une durée moyenne de 22 ans (vs 15 ans pour le début maniaque), Perugi et al (9) ont retrouvé une durée d'évolution de 13,8 ans (vs 10,1 ans). Malgré un début précoce et un cours évolutif plus long, les patients de notre série ayant un premier épisode de polarité dépressive pâtissaient d'un retard diagnostique et thérapeutique. Ce constat est partagé par plusieurs études. En effet, selon Daban et al, l'âge moyen de la première

hospitalisation étant de 33,8 ans contre 29,4 ans chez les sujets à début maniaque avec une différence significative (6). D'autre part, Cha et al (5) ont constaté que le délai entre le premier épisode thymique et le diagnostic de bipolarité était de 5,6 ans chez les patients à début dépressif, vs 2,5 ans chez les patients à début maniaque avec un risque de « faux diagnostics » notamment de dépression unipolaire chez 78% des sujets du premier groupe contre 39,4% chez l'autre groupe. Sur le plan thérapeutique, Azorin et al (7) ont relevé que le délai entre le premier épisode thymique et l'instauration du premier thymorégulateur était de 9,27 ans dans le groupe à début dépressif, vs 5,39 ans dans l'autre groupe. Dans notre étude, les formes à cycle rapide ont été exclusivement observées chez les sujets à polarité initiale dépressive. Bien que le lien entre antidépresseurs et accélération des cycles n'ait pas été formellement établi (8), on pourrait supposer, en accord avec plusieurs autres auteurs (9, 21, 22, 23, 24), que la prescription préalable d'antidépresseurs sans couverture thymorégulatrice aurait pu contribuer à l'induction des formes à cycles rapides chez nos patients. D'un autre côté, le temps de latence précédant la mise en route du traitement pourrait majorer le potentiel suicidaire, déjà important chez les sujets bipolaires à début dépressif (5, 7, 25). D'ailleurs l'étude menée par Cha et al a objectivé que la totalité des actes suicidaires perpétrés par les patients à début dépressif est survenue au cours des trois premières années suivant le premier épisode, à un moment où la maladie bipolaire n'était pas encore diagnostiquée et encore moins traitée (5).

Caractéristiques cliniques et évolutives

Polarité dominante

Il est ressorti de notre étude que la polarité préférentielle des épisodes thymiques semblait liée à la polarité du premier épisode. Ce résultat est corroboré par plusieurs travaux attestant la puissante valeur prédictive de la polarité inaugurale (1, 2, 7, 8, 9, 11, 13, 17, 18, 26, 27). Perugi et al affirment que cette tendance n'était pas influencée par les traitements prophylactiques, connus par leur action sur la polarité des récurrences. En effet, la polarité dominante reflétait la polarité inaugurale aussi bien chez les patients traités que chez les patients naïfs de traitement prophylactique (9).

Une des conséquences thérapeutiques envisageables à l'issue de ce résultat serait l'utilisation de traitements normo-thymiques avec un profil ciblant préférentiellement la polarité de ce premier épisode, reflet de la polarité dominante des épisodes pouvant survenir au cours de l'histoire naturelle de la maladie bipolaire (1).

Profil évolutif et co-morbidités

Le profil évolutif est confirmé par les données de la littérature. En effet, certaines études ont montré que les patients à début maniaque étaient plus enclins à la consommation de toxiques, et plus particulièrement de cannabis (1, 5, 12). D'autre part, ces patients présentaient un cours évolutif de la maladie marqué par des épisodes maniaques plus sévères et par une prépondérance des caractéristiques psychotiques lors des épisodes thymiques, qu'ils soient dépressifs ou maniaques (1, 2, 8, 5, 6). Dans ce

sens, Daban et al (5) ont souligné la présence des éléments psychotiques chez 70,1% des patients à début maniaque, contre 50% chez les sujets à début dépressif. Les caractéristiques psychotiques étant responsables d'une errance du diagnostic (la schizophrénie étant plus souvent évoquée), de la sévérité des accès thymiques et de l'altération des performances cognitives (5, 28-30). Néanmoins, ces études ont affirmé que le mode de début dépressif n'était pas pour autant prédictif d'un meilleur pronostic. Le trouble bipolaire à début dépressif revêtait une évolution chronique et pernicieuse (5, 7), marquée par une plus forte récurrence des épisodes (1, 2, 5, 6, 8, 12, 18), une surreprésentation des comorbidités anxieuses (12, 18) avec des périodes de rémission plus courtes et de moindre qualité (18) et un risque suicidaire accru (9).

Type de trouble bipolaire

Il se dégage de notre travail que le trouble bipolaire de type I était surreprésenté chez les patients à début maniaque, tandis que le trouble bipolaire de type II était plus fréquent chez les patients à début dépressif. Nos résultats sont confirmés par des études antérieures (5, 7). Daban et al (5) avaient attesté que le trouble bipolaire de type I était diagnostiqué chez 87,8% des patients à début maniaque, contre 53% des patients à début dépressif. En contre partie, le diagnostic de trouble bipolaire de type II était porté chez 47% des patients à début dépressif, contre 12,2% des patients à début maniaque. En considérant de plus près l'impact de la polarité inaugurale sur le type de trouble bipolaire, d'autres données émergent de notre travail. En effet, la polarité du premier épisode n'avait pas d'influence significative sur le cours évolutif du trouble bipolaire de type II. En revanche, les patients atteints de trouble bipolaire de type I présentaient un profil différent en fonction de la polarité du premier épisode. Ainsi, les patients bipolaires de type I à début dépressif avaient une polarité dominante dépressive avec plus de récurrences, de tentatives de suicide, et moins de symptômes psychotiques. Ces résultats sont confirmés par les travaux de Daban et al (5), Perugi et al (8) et Quitkin et al (31). Dans le même ordre d'idées, certains auteurs ont proposé que le trouble bipolaire de type II (caractérisé par une polarité dominante dépressive et un profil plus chronique) pouvait être considéré comme une entité clinique et nosographique distincte du trouble bipolaire de type I (marqué par une polarité dominante maniaque avec des accès plus riches en éléments psychotiques) (32, 33).

Limites de l'étude

Les limites de notre travail sont liées à son caractère rétrospectif, à la taille réduite de l'échantillon étudié et à l'absence d'épisodes inauguraux de type mixte. Afin de

répondre à notre objectif, les études de cohorte auraient été plus fiables, mais elles se heurtent à des difficultés de réalisation nous obligeant à opter pour la méthodologie suscitée.

Toutefois, le caractère rétrospectif de notre étude a permis d'explorer les corrélats évolutifs des patients sur une durée assez prolongée (7,85 ans en moyenne), et d'avoir un diagnostic stabilisé et fiable (1). De plus, ce type d'études a été propice à la pratique de comparaisons entre des épisodes index de polarité différente (1).

Afin d'écarter d'éventuels biais de mesure, les dossiers imprécis ne permettant pas une caractérisation exacte de la typologie et de chronologie des épisodes ont été exclus. C'était également le cas des patients dont le premier épisode était purement psychotique ou de polarité douteuse. Bien que les patients aient été recrutés sur une période totale de 7 ans, notre échantillon avait tout de même une taille assez réduite. Ceci serait expliqué par les critères d'exclusion suscités ainsi que par la durée minimale de 4 ans exigée pour le suivi. Malgré ce fait, toutes les comparaisons effectuées étaient statistiquement valides. A l'instar de plusieurs travaux publiés (2, 4, 5, 17), notre étude n'a pas inclus des patients à polarité initiale de type mixte. Ce fait serait sous tendu par la faible représentativité des états mixtes lors des épisodes inauguraux du trouble bipolaire (Dammak (16): 2,5%, Chemingui (15):0%). Malgré ces limitations, l'originalité de notre étude est de s'être adressée à des patients bipolaires de type I et de type II, et d'avoir étudié les aspects cliniques, évolutifs et thérapeutiques de ces patients sur une durée assez prolongée.

CONCLUSION

Le profil clinique et évolutif du trouble bipolaire semble fortement lié à la polarité inaugurale. Ainsi, un épisode index de polarité dépressive semble déterminer une évolution plus chronique, marquée par une plus forte récurrence des épisodes notamment de polarité dépressive, avec un risque suicidaire majoré. En revanche, un début maniaque serait prédictif d'une polarité ultérieure préférentiellement maniaque, plus souvent ponctuée de caractéristiques psychotiques avec une surreprésentation des conduites addictives. Dans un contexte où il apparaît que la répétition des épisodes aggrave le pronostic du trouble bipolaire, il serait particulièrement utile d'instaurer, dès le premier épisode, une prise en charge médicamenteuse, psychologique et psychoéducative adaptée en fonction de la polarité initiale. Cette polarité inaugurale, semble elle-même prédestinée par des facteurs culturels, climatiques et ethniques. Ainsi, des études transculturelles prospectives gagnent à être mises en œuvre.

Références

1. Kaladjian A, Fakra E, Adida M et al. Polarité maniaque du premier épisode d'un trouble bipolaire: aspects cliniques et pronostiques. *L'Encéphale* 2010;36:13-17.
2. Forty L, Jones L, Smith DJ et al. Polarity at illness onset in bipolar I disorder and clinical course of illness. *Bipolar Disorder* 2009;11:82-88.
3. Berk M, Hallem K, Lucas N et al. Early intervention in bipolar disorders: opportunities and pitfalls. *Med J Aust* 2007;187:11-4.
4. American psychiatric association_DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition,

- Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.D. Guelfi et al, Masson, Paris, 2003, 1120 pages.
5. Cha B, Kim JH, Ha TH et al. Polarity of the first episode and time to diagnosis of bipolar disorder. *Psychiatry Invest* 2009;6:96-101.
 6. Daban C, Colom F, Sanchez-Moreno J et al. Clinical correlates of first episode polarity in bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2006;47:433-37.
 7. Azorin JM, Kaladjian A, Adida A et al. Correlates of first episode polarity in a French cohort of 1089 bipolar I disorder patients: role of temperaments and triggering events. *J Affect Disord* 2011;129:39-46.
 8. Besnier N, Fakra E, Kaladjian A, et al. Premier épisode dépressif d'un trouble bipolaire : aspects cliniques et pronostiques. *L'Encéphale* 2010;36:18-22.
 9. Perugi G, Micheli C, Akiskal HS et al. Polarity of the first episode, clinical characteristics, and course of manic depressive illness: a systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. *Compr Psychiatry* 2000;41:13-8.
 10. Chaudhury SR, Grunebaum MF, Galfavly HC et al. Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder? *J Affect Disord* 2007;104:245-50.
 11. Rosa AR, Andreazza AC, Kunz M et al. Predominant polarity in bipolar disorder: diagnostic implications. *J Affect Disord* 2008;107:45-51.
 12. Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S et al. Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. *Am J Psychiatry* 2005;162: 257-62.
 13. Kassem L, Lopez V, Hedeker D et al. Familiality of polarity at illness onset in bipolar affective disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163:1754-9.
 14. Douki S, Taktak MJ, Ben Zineb et al. Cultural aspects of bipolar disorder. Symposium régional de la WPA, Beyrouth, Avril 1998.
 15. Chemingui H. Les manies délirantes. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Tunis 2000.
 16. Dammak MA. Trouble bipolaire chez la femme (à propos de 100 cas). Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Tunis 2005.
 17. Colom F, Vieta E, Daban C et al. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2006; 93:13-7.
 18. Perlis R H, Delbello MP, Miyahara S et al. Revisiting depressive-prone bipolar disorder: polarity of initial mood episode and disease course among bipolar I systematic treatment enhancement program for bipolar disorder participants. *Biol Psychiatry* 2005; 58: 549-53.
 19. Nehdi HZ. L'évolution du trouble bipolaire : une étude comparative entre deux populations de patients hospitalisés en Tunisie et en France. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Tunis 2001.
 20. Kawa I, Carter JD, Joyce PR et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disord* 2005;7:119-25.
 21. Kukopulos A, Caliri B, Tundo A et al. Rapid cyclers, temperament, and antidepressants. *Compr Psychiatry* 1983;24:249-58.
 22. Bauer MS, Calabrese J, Dunner DL, et al. Multisite data reanalysis of the validity of rapid cycling as a course modifier for bipolar disorder in DSM-IV. *Am J Psychiatry* 1994;151:506-15.
 23. Kukopulos A, Reginaldi D, Laddomada P, et al. Course of the manic-depressive cycle and changes caused by treatment. *Pharmakopsychiatr Neuropsychopharmakol* 1980;13:156-67.
 24. Altshuler LL, Post RM, Leverich GS et al. Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: a controversy revisited. *Am J Psychiatry* 1995;152:1130-8.
 25. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, et al. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA* 2003;290:1467-73.
 26. Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 2000;61:804-8.
 27. Calabrese JR, Vieta E, El-Mallakh R, et al. Mood state at study entry as predictor of the polarity of relapse in bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2004;56:957-63.
 28. Strakowski SM, Williams JR, Sax KW, et al. Is impaired outcome following a first manic episode due to mood-incongruent psychosis? *J Affect Disord* 2000;61:87-94.
 29. Goldberg JF, Harrow M. Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. *J Affect Disord* 2004;81:123-31.
 30. Martinez-Aran A, Vieta E, Colom F, et al. Cognitive dysfunctions in bipolar disorder: evidence of neuropsychological disturbances. *Psychother Psychosom* 2000;69:2-18.
 31. Quitkin FM, Rabkin JG, Prien RF. Bipolar disorder: are there manic-prone and depressive-prone forms? *J Clin Psychopharmacol* 1986;6:167-72.
 32. Judd LL, Akiskal HS, Schetter PJ, et al. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders? *J Affect Disord* 2003;73:19-32.
 33. Vieta E, Gast C, Otero A, et al. Differential features between bipolar I and bipolar II disorder. *Compr Psychiatry* 1997;38:98-101.