

Evolution des troubles bipolaires à l'adolescence : A propos de 30 cas

Imen Hadjkacem, Héla Ayadi, Adel Walha, Khaoula Khmekhem, Youss Moalla, Farhat Ghribi

Université de Sfax, Faculté de Médecine de Sfax, CHU Hédi Chaker, Service de pédopsychiatrie, 3029, Sfax, Tunisie

I. Hadjkacem, H. Ayadi, A. Walha, K. Khmekhem, Y. Moalla, F. Ghribi

Evolution des troubles bipolaires à l'adolescence : A propos de 30 cas

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°05) : 300-303

R É S U M É

Prérequis : Les troubles bipolaires présentent à l'adolescence un intérêt majeur, du fait en partie, du caractère récidivant du trouble ainsi que son retentissement en termes d'adaptation psychosociale.

But : Etudier les spécificités des modalités évolutives des troubles bipolaires (nombre et durée des épisodes thymiques, qualité de rémission, retentissement du trouble sur le plan scolaire, social et familial ...) chez les adolescents suivis au service de pédopsychiatrie de Sfax.

Méthodes : Etude rétrospective et descriptive portant sur 30 adolescents atteints de trouble bipolaire selon les critères du DSM-IV TR.

Résultats : Le nombre moyen des épisodes thymiques /an était de $1,36 \pm 0,75$. La durée moyenne des épisodes maniaques était de $39,75 \text{ jours} \pm 24,79$, celle des épisodes dépressifs de $78,75 \text{ jours} \pm 43,73$ alors que la durée moyenne des intervalles inter critiques était de $13,78 \text{ mois} \pm 11,29$. La rémission complète des troubles après deux ans d'évolution a été notée dans 42,8% des cas, la rémission incomplète dans 53,6% des cas alors que le passage à la chronicité a été observé dans 3,6% des cas. Le retentissement du trouble sur le plan scolaire était manifeste et l'adaptation sociale était non satisfaisante dans 53,3% des cas. Les tentatives de suicide ont été relevées dans 10% des cas.

Conclusion : L'évolution des troubles bipolaires était caractérisée dans notre étude par la fréquence des récurrences, le retentissement manifeste du trouble aussi bien sur le plan social que scolaire et le passage à l'acte suicidaire chez certains adolescents de notre groupe. Ainsi, l'identification et la prise en charge précoces permettront de réduire la durée et la sévérité des épisodes, ainsi que leur retentissement délétère sur la vie du sujet.

Mots-clés

Adolescent – adaptation - Evolution - Retentissement - Trouble bipolaire

I. Hadjkacem, H. Ayadi, A. Walha, K. Khmekhem, Y. Moalla, F. Ghribi

Evolution of bipolar disorders in adolescents: About 30 cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°05) : 300-303

S U M M A R Y

Background: Bipolar disorders in adolescence are of a great importance, partly because of the relapsing character of this disorder and its impact in terms of psychosocial adjustment.

Aim: To study the evolution of bipolar disorders in adolescents.

Methods: We conducted a descriptive and retrospective survey on 30 adolescents followed in the child and adolescent psychiatry department of Sfax for bipolar disorders diagnosed according to the DSM-IV TR criteria.

Results: The average number of the thymic episodes /year was 1.36 ± 0.75 . The average duration of the manic episodes was $39.75 \text{ day} \pm 24.79$ and that of the depressive episodes was $78.75 \text{ days} \pm 43.73$. The average duration of the inter critical intervals was $13.78 \text{ months} \pm 11.29$. The complete remission was noted in 42.8% of the cases whereas the passage to chronicity was noticed in 3.6% of the cases. The family adaptation was satisfactory in 63.3% of the cases whereas the repercussion of the disorder on the school level was obvious. The social adaptation was non satisfactory in 53.3% of the cases. The suicide attempts were found in 10% of the cases.

Conclusion : The findings of the present study justify an early identification of bipolar disorders in adolescents as well as the initiation of appropriate therapy. The early intervention will permit to reduce the duration and the severity of the episodes. It will also limit the deleterious impact on the life of the subject and decrease the risk of suicide, which seems to be raised when the subject is not or is badly treated.

Key-words

Adolescent – Evolution – Impact – Bipolar disorder

Les troubles bipolaires présentent à l'adolescence un intérêt majeur, du fait en partie, du caractère récidivant du trouble ainsi que son retentissement en termes d'adaptation psychosociale. Les résultats des différentes études portant sur le profil évolutif de ces troubles sont controversés. Certains auteurs considèrent que l'évolution à moyen et à long terme des troubles bipolaires reste similaire, que les troubles aient débuté précocement, à l'adolescence; ou plus tardivement, à l'âge adulte (1). Pour d'autres auteurs, le pronostic serait plus péjoratif en cas de début précoce (2).

L'objectif de cette étude était d'étudier les spécificités des modalités évolutives des troubles bipolaires débutant à l'adolescence (nombre et durée des épisodes thymiques, qualité de rémission, retentissement du trouble sur le plan scolaire, social et familial ...).

PATIENTS ET METHODES

L'étude était rétrospective et descriptive portant sur 30 adolescents ayant consulté et/ou ayant été hospitalisés au service de pédopsychiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax ; durant une période de 10 ans, s'étalant du premier Janvier 1998 au 31 Décembre 2007 et chez lesquels le diagnostic de trouble bipolaire a été retenu selon les critères du DSM-IV TR.

La saisie des données était effectuée à l'aide du logiciel d'épidémiologie et de statistique SPSS 15. Nous avons relevé des fréquences pour les variables qualitatives et des moyennes pour les variables quantitatives.

L'âge de ces adolescents lors de la première consultation variait entre 12 et 18 ans avec une moyenne d'âge de 15,53 ans \pm 1,45 et un sex-ratio de 0,25.

RESULTATS

1. Les épisodes thymiques

Le nombre des épisodes thymiques/an variait entre un

minimum de 0,3 et un maximum de 3,5 avec une moyenne de $1,36 \pm 0,75$ (Figure 1) et la durée de ces épisodes était variable de 10 jours à 90 jours pour les épisodes maniaques (durée moyenne : $39,75 \pm 24,79$ jours) alors que celle des épisodes dépressifs variait entre 15 jours et 120 jours (durée moyenne de $78,75 \pm 43,73$ jours). Au cours de ces épisodes, la présence d'éléments psychotiques a été relevée chez 73,3% des adolescents de notre échantillon. Le nombre d'hospitalisation /an variait entre un minimum de 0 et un maximum de 3 avec une moyenne de $0,75 \pm 0,76$ (Figure 2).

2. Les cycles rapides : Le trouble à cycles rapides est défini dans le DSM IV TR par la survenue d'au moins quatre épisodes par an. Dans notre étude, l'évolution selon le mode de cycles rapides a été notée dans 13,8% des cas.

3. Les intervalles inter critiques

La durée des intervalles inter critiques n'a pu être précisée que pour 21 adolescents parmi 30. Cette durée variait entre un minimum de un mois et un maximum de 48 mois avec une moyenne de 13,78 mois \pm 11,29 (Figure 3). La rémission des épisodes thymiques était complète chez 42,8% des adolescents de notre échantillon et incomplète chez 53,6% d'entre eux. L'absence de rémission a été notée dans 3,6% des cas. Le retentissement du trouble a été étudié sur le plan social, familial et scolaire. Ainsi, l'adaptation familiale des adolescents atteints de trouble bipolaire était satisfaisante dans 63,3% des cas et non satisfaisante dans 37,7% des cas. Le retentissement sur le plan scolaire était manifeste. En effet, 48% des adolescents ont interrompu leur scolarité et 26% d'entre eux avaient des difficultés d'adaptation. Les adolescents qui avaient une scolarité adaptée représentaient 26 % de l'échantillon. L'adaptation sociale était non satisfaisante dans 53,3% des cas, marquée par l'isolement, le rejet et la marginalisation avec des compétences sociales faibles.

La complication du trouble par des tentatives de suicide a été relevée chez 10% des adolescents.

Figure 1 : Répartition selon le nombre des épisodes thymiques/an (Total de 27 cas)

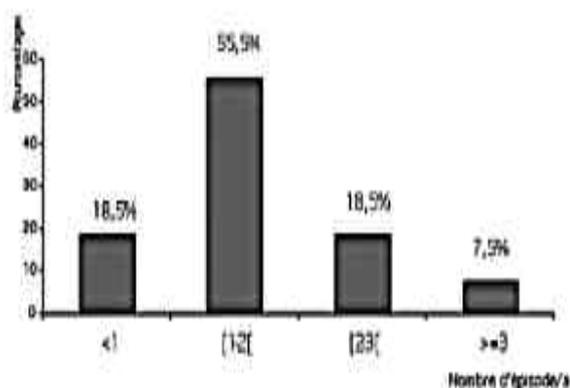


Figure 2 : Répartition selon le nombre d'hospitalisation/an (Total de 30 cas)

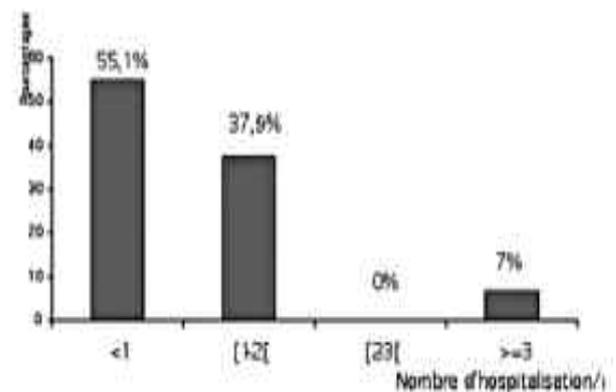
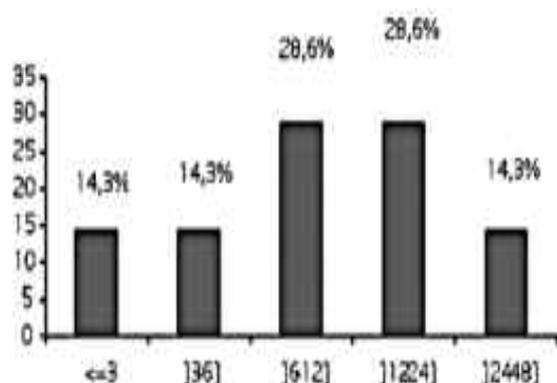


Figure 3 : Répartition selon la durée des intervalles inter critiques en mois (Total de 21 cas)



DISCUSSION

Les épisodes thymiques

Le caractère récurrent de l'affection est confirmé par le recul. En effet, nous avons trouvé un nombre d'épisodes par an de 1,36. Plusieurs travaux mettent en évidence qu'un début précoce à l'adolescence de la maladie bipolaire entraîne une plus grande récurrence des épisodes (3). Moalla et al. (4) rapportent, en comparant l'évolution chez un groupe de patients atteints de TBP débutant à l'adolescence et un deuxième groupe chez qui le trouble est survenu après l'adolescence, que le nombre d'épisodes thymiques/an était de $0,6 \pm 0,4$ chez les sujets du premier groupe contre $0,5 \pm 0,3$ chez ceux du deuxième groupe. Comme facteurs qui augmentent cette récurrence, Walter. M et al (5) relèvent l'âge de début précoce, les antécédents de dépendances, le nombre d'épisodes antérieurs et la présence d'éléments psychotiques. Ces derniers ont été retrouvés chez 73,3% des adolescents bipolaires de notre échantillon. Dans notre étude, l'évolution selon le mode de cycles rapides a été observée dans 13,8% des cas. L'intérêt pour cette forme de trouble thymique chez l'adolescent est en nette expansion actuellement (6, 7), mais le repérage, la délimitation des cycles et surtout la distinction d'avec les variations « normales » propres à cet âge pose un grand problème, ce qui pourrait expliquer le faible taux observé dans notre étude. Geller et al (6) rapportent, chez des enfants et adolescents bipolaires, la présence de « cycles rapides » dans 80% des cas et de cycles ultrarapides dans 77,4% des cas (1). Cette forme est associée à un mauvais pronostic et à une résistance au traitement (8). IL s'agit d'une modalité évolutive extrêmement invalidante et difficile à traiter (9, 10), souvent rencontrée chez les patients ayant commencé par un épisode dépressif et /ou ayant un épisode initial biphasique (9). Le diagnostic est porté d'emblée chez 20 à 27% des patients (1, 11). Enfin, l'association avec certaines comorbidités, telle que les troubles addictifs et les troubles de la personnalité, est bien documentée (1, 12).

Dans la présente étude, la durée moyenne des épisodes dépressifs était de 78,75 jours, celle des épisodes maniaques était de 39,75 jours. Strober et al. (13) rapportent une durée moyenne de 182 jours pour l'épisode dépressif et de 63 jours pour l'épisode maniaque. Celle-ci est de 44 jours dans l'étude de Corcos et al (2). Dans notre série, le nombre moyen d'hospitalisations par an était de 0,75. Certaines études rapportent que les formes à début précoce sont caractérisées par un grand nombre d'hospitalisations (14).

Les intervalles inter critiques

La durée moyenne des intervalles inter critiques était de 13,78 mois \pm 11,29. Certaines études soulignent que les sujets ayant un début précoce de la maladie présentent des périodes d'euthymie plus courtes, avec un cours évolutif chronique et continu en comparaison à ceux ayant un début tardif (15, 16). Notre résultat concernant le taux de rémission rejoint celui rapporté par Strober (13). En effet, cet auteur souligne que 40 à 100% des adolescents atteints de trouble bipolaire sont en rémission complète après une évolution de 2 ans. Cependant, d'autres auteurs avancent que le trouble bipolaire à début précoce serait associé à un moins bon pronostic avec une évolution plus fréquemment chronique et continue plutôt qu'épisodique (17, 18). Certaines particularités cliniques de ces formes à début précoce contribuent à cette évolution chronique. En effet, ces formes sont caractérisées par la fréquence des épisodes maniaques, des cycles rapides, des épisodes mixtes, des troubles graves des conduites, des symptômes psychotiques au cours des épisodes thymiques et des troubles anxieux, addictifs et suicidaires comorbides (18-20). Contrairement aux résultats de plusieurs études (2, 21) qui soulignent l'importance des dysfonctionnements associés aux TBP à début précoce avec une dégradation des relations interpersonnelles et des conflits familiaux sévères, nous avons observé que 63,3% de nos jeunes patients avaient une adaptation familiale satisfaisante. Ce résultat pourrait s'expliquer par la tolérance du milieu familial de certains adolescents de notre étude, face aux troubles que présentent ces derniers.

Quand à l'adaptation scolaire, celle-ci n'était satisfaisante que dans 26% des cas. Soutullo et al. (22) rapportent l'absence de problèmes scolaires chez 31,6% des jeunes bipolaires, l'interruption scolaire dans 18,4% des cas et la présence d'au moins un problème scolaire dans 47,4% des cas. Plusieurs auteurs rapportent que les troubles de l'humeur sont liés aux difficultés d'apprentissage (difficultés de concentration, inhibition...) ainsi qu'aux difficultés relationnelles avec les enseignants et les pairs (23-26). Les travaux de Mc Cauley et al. (23) indiquent, cependant, que ces jeunes font dans l'ensemble des progrès scolaires satisfaisants entre chaque épisode, bien que les relations avec les pairs prennent souvent plus de temps à revenir à la normale. Concernant l'adaptation sociale, celle-ci était non satisfaisante dans plus que la moitié des cas. Ce qui rejoint les données de la littérature (5, 27, 28). Bellevier (9) attribue l'ampleur de cette altération de la qualité de vie aux conséquences délétères des accès thymiques sur la vie professionnelle et relationnelle de ces patients d'une part et à la réactivité et l'instabilité émotionnelle durant les périodes d'euthymie d'autre part. Dans notre étude, 10% des adolescents

ont présenté des tentatives de suicide. Ce taux est de 20% selon Strober (13) et de 25% selon Welner et al (29). Les études explorant ce risque montrent des taux significativement plus élevés de passage à l'acte suicidaire chez les adolescents présentant un trouble bipolaire comparativement à ceux présentant d'autres troubles psychiatriques (26, 30, 31).

De plus, les TBP sont associés à des tentatives de suicide plus sérieuses qu'elles le sont dans la population générale (32). D'où l'intérêt d'évaluer la possibilité d'un trouble bipolaire chez tout adolescent présentant des idéations suicidaires ou passant à l'acte (33).

Références

- Goodwin FK, Jamison KR. Manic depressive illness. New York: Oxford University Press, 1990.
- Corcos M, Bocherneau D, Jeammot P. Les troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence. Paris, Masson ; 1999.
- Lish JD, Dime Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld PMA. The national depressive and manic depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994; 31: 281-94.
- Moalla Y, Ayedi H, B Ayed M, et al. Spécificités des troubles Maniaco-dépressifs débutant à l'adolescence. *Arabpsynet E. Journal (revue électronique)* 2007; 15.
- Walter M, Genest P. Les complications du trouble bipolaire. *L'encéphale* 2006; 32: 515-8, cahier 2.
- Geller B, Ziemerman B, Williams M et al. Diagnostic characteristics of 93 cases of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype by gender, puberty and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000 ; 10 :157-64.
- Spurkland I., Vandvik I.H. Rapid cycling depression in adolescence. *Acta Psychiatr. Scand* 1989; 80:60-63.
- Wehr TA, Sack DA, Rosenthal NE, Cowdry RW. Rapid cycling affective disorder: Contributing factors and treatment responses in 51 patients. *Am J Psychiatry* 145: 179-89.
- Bellivier F. Évolution du trouble bipolaire. *L'encéphale* 2006 ; 32 : 506-11, cahier 2.
- Wehr TA, Goodwin FK. Can antidepressants cause mania and worsen the course of affective illness? *Am J Psychiatry* 1987 ; 144 :1403-11.
- Angst J, Sellaro R. Historical perspective and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48:445-57.
- Coryell W, Endicott J, Keller M. Rapid cycling affective disorder. Demographics, diagnosis, family history, and course. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 126- 31.
- Strober MA. La maladie bipolaire. In Mouren-Siméoni M.C., R.G.Klein. Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent : Faits et questions ; expansions scientifiques Publications 1997 : 187-196.
- Carlson GA, Kelly KL. Manic symptoms in psychiatrically hospitalized children- What do they mean? *J Affect Disord* 1998; 51:123-35.
- Carter TD, Mundo E, Paikh SV, Hennedy JL. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2003; 37: 297-303.
- Delamilleure P. Aspects pronostiques des troubles bipolaires. *L'Encéphale* 2006 ; 32 : 21-4, Cahier 2.
- Biederman J, Mick E, Faraone SV et al. Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? *Biol Psychiatry* 2000 ; 48 : 458-66.
- Schurhoff F, Bellivier F, Jouvent R, et al. Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness? *J. Affect Disord* 2000 ; 58 :215-21.
- Sculzet TG, Muller DJ, Krauss H et al. Further evidence for age of onset being an indicator for severity in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2002; 68:343-5.
- Yildiz A, Sachs GS. Age onset of psychotic versus non psychotic bipolar illness in men and women. *J Affect Disord* 2003; 74:197-201.
- DO. Taylor, DJ. Miklowitz. Bipolar Disorder in Childhood and Adolescence. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26: 22-26.
- Soutullo C A, Canales I E, Wozniak J, Garrán PG, Quintana AF, Biederman J. Pediatric bipolar disorder in a Spanish sample: Features before and at the time of diagnosis. *J Affect Disord* 2009; 118: 39-47.
- Mc Cauley E, Mitchell JR, Burke P, Moss S. Cognitive attributes of depression in children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:903-8.
- Nolan SA, Flynn C, Garber J. Prospective relations between rejection and depression in young adolescents. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85:745-55.
- Dumas JE. Les troubles de l'humeur. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. De Boeck et Larcier, 2007.
- Corcos M, Consoli A, Nicolas I, Clervoy P, Bocherneau D, Jeammot P. Troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence. EMC (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie 2006; 37-214-A-50.
- Carlson GA., Early onset bipolar disorder: clinical and research consideration. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34:333-43.
- Sherazi R, McKeon P, McDonough L, Daly I, Kennedy N. What's new? The clinical epidemiology of bipolar I disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2006; 14 : 273-84
- Welner A, Welner Z, Fishman R. Psychiatric adolescent inpatients: a 10year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 698-700.
- Brent DA, Perper JA, Moritz G et al. Suicide in affectively ill adolescents: a case control study. *J Affect Disord* 1994; 31:193-202.
- Galfalvy H, Oquendo MA, Carballo JJ, et al. Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: A prospective study. *Bipolar Disord* 2006; 8: 586-95.
- Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, et al. History of suicide attempt in pediatric bipolar disorder: Factors associated with increased risk. *Bipolar Disord* 2005; 7:525-35.
- Kochman F, Ferrari P, Hantouche EG, Akiskal H. Les troubles bipolaires chez l'adolescent. In Ferrari P. et al. Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, Flammarion; 2001: 282- 290.

CONCLUSION

L'évolution des troubles bipolaires était caractérisée dans notre étude par la fréquence des récurrences, le retentissement manifeste du trouble aussi bien sur le plan social que scolaire et le passage à l'acte suicidaire chez certains des adolescents de notre groupe. Ainsi, l'identification et la prise en charge précoces permettront de réduire la durée et la sévérité des épisodes, ainsi que leur retentissement délétère sur la vie du sujet, et de diminuer le risque suicidaire, qui semble majoré chez le sujet non ou mal pris en charge.