



Troubles de l'humeur

Dépression			
Épidémiologie	Pathologie psychiatrique la plus fréquente au monde : touche plus de 350 millions de personnes France : 3 millions de personnes 1^{ère} cause de suicide dans le monde 2 femmes / 1 homme Touchera 1/10 homme et 1/5 femme		
Étiologie	La dépression résulte d'une interaction complexe entre des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques Différents types : épisode dépressif caractérisé – la mélancolie – l'épisode dépressif avec caractéristiques psychotiques		
Épisode dépressif caractérisé	<p>DSM-5 : au moins 5 des 9 symptômes doivent avoir été présents pendant les 15 derniers jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humeur dépressive (indispensable au diagnostic) - Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (indispensable au diagnostic) - Diminution ou augmentation de l'appétit - Insomnie ou hypersomnie - Agitation ou ralentissement - Fatigue ou perte d'énergie - Sentiment de dévalorisation, de culpabilité ou d'inutilité - Diminution de la capacité à penser, à se concentrer, à prendre des décisions - Pensées de mort récurrentes ou de suicide <p>1ers symptômes, sémiologie :</p>		
	<table border="1"> <tr> <td>Perturbations psychoaffectives</td> <td> <p>Perturbation de l'humeur : humeur triste, envahissante, peu accessible au réconfort, début progressif ou brutal</p> <p>Perturbation émotionnelle : anhédonie (perte sensation plaisir), aboulie (absence d'envies)</p> <p>Altération du contenu de la pensée : idées de culpabilité, reconstruction négative du passé, vécu d'indignité, autodépréciation, pessimisme</p> <p>Présence d'idées suicidaires à rechercher : évaluer le risque suicidaire</p> <p>Présence d'idées délirantes associées, congruentes à l'humeur, à rechercher</p> </td> </tr> </table>	Perturbations psychoaffectives	<p>Perturbation de l'humeur : humeur triste, envahissante, peu accessible au réconfort, début progressif ou brutal</p> <p>Perturbation émotionnelle : anhédonie (perte sensation plaisir), aboulie (absence d'envies)</p> <p>Altération du contenu de la pensée : idées de culpabilité, reconstruction négative du passé, vécu d'indignité, autodépréciation, pessimisme</p> <p>Présence d'idées suicidaires à rechercher : évaluer le risque suicidaire</p> <p>Présence d'idées délirantes associées, congruentes à l'humeur, à rechercher</p>
	Perturbations psychoaffectives	<p>Perturbation de l'humeur : humeur triste, envahissante, peu accessible au réconfort, début progressif ou brutal</p> <p>Perturbation émotionnelle : anhédonie (perte sensation plaisir), aboulie (absence d'envies)</p> <p>Altération du contenu de la pensée : idées de culpabilité, reconstruction négative du passé, vécu d'indignité, autodépréciation, pessimisme</p> <p>Présence d'idées suicidaires à rechercher : évaluer le risque suicidaire</p> <p>Présence d'idées délirantes associées, congruentes à l'humeur, à rechercher</p>	
	Perturbations psychomotrices	<p>Ralentissement psychomoteur et agitation</p> <p>Perturbations du cours de la pensée : bradypsychie, ruminations, monoïdéisme</p> <p>Déficits cognitifs : augmentation de la vitesse de tt de l'info, altération de la mémoire à court et long terme, des fonctions exécutives, diminution des capacités d'apprentissage, perte de flexibilité cognitive</p> <p>Ralentissement moteur et comportemental : bradykinésie, hypomimie, bradyphémie, voix monocorde, apragmatisme, parfois incurie et clinophilie</p>	
Perturbations physiologiques	<p>Troubles du sommeil : insomnie le plus souvent, somnolence</p> <p>Fatigue et perte d'énergie</p> <p>Perturbations des conduites alimentaires : anorexie, hyperphagie, perte des rythmes alimentaires, modifications pondérales</p> <p>Perturbations de la sexualité : diminution de la libido</p>		
Mélancolie	<p>Épisode dépressif majeur d'intensité sévère avec risque suicidaire majeur</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Découragement, sentiment de désespoir ⇒ Ralentissement, mutisme, clinophilie ⇒ Culpabilité, indignité, incurabilité exacerbée ⇒ Grand retentissement sur fonctions instinctuelles ⇒ Très souvent intégrée dans un trouble bipolaire 		
Épisode dépressif avec	<p>Avec idées délirantes congruentes à l'humeur : contenu des idées délirantes et des hallucinations en lien avec les thèmes dépressifs</p> <p>Avec idées délirantes non-congruentes à l'humeur : aucun rapport avec les thèmes dépressifs</p>		





caractéristiques psychotiques	Syndrome de Cotard : idées délirantes de négation d'organe, négation du temps (immortalité) ou de négation du monde (rien n'existe plus)	
Pronostic et évolution	L'épisode : présence d'un certain nombre de symptômes Réponse : tt aigu de 6 à 12 semaines Rémission : tt de consolidation 4 à 9 mois, retour à un état antérieur Mais possible rechutes entre réponse/rémission et rémission/guérison 1 seul épisode au cours de la vie : 50% Récurrences d'épisodes dépressifs : 35% Chronicité avec évolution de l'épisode en cours > 2 ans : 15%	
	Facteurs de mauvais pronostic	Sexe féminin, histoire familiale de trouble de l'humeur, âge de début précoce, nombre d'épisodes passés, durée plus longue de l'épisode index, sévérité, persistance de symptômes résiduels dépressifs, comorbidités
Complications	Risque de suicide (30% de TS) Désinsertion socio-professionnelle Récurrences dépressives Comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques (addictions ++)	
Comorbidités	Trouble anxieux (50 – 70%) Addictions (30%) Trouble de la personnalité Troubles de conduites alimentaires Pathologies physiques, troubles somatoformes Schizophrénie	
Prise en charge	Diagnostic : DSM-5, échelles psychométriques (auto-questionnaire de Beck, MADRS, HDRS...) Élimination des diagnostics différentiels (toxiques, hypothyroïdie, tumeur cérébrale, hormones...)	
	Hospitalisation	Pour les formes sévères , mélancolie, risque suicidaire élevé ou milieu de vie défavorable
	Psychothérapie	De soutien (toujours), thérapies cognitivo-comportementales, d'inspiration analytique
	Tt médicamenteux	Tt symptomatique , sur une courte durée de temps : Anxiolytiques (Atarax, Xanax), somnifères (Stilnox, Imovane) Tt de fond : antidépresseurs pendant 8 – 12 mois : IRS (Seroplex, Prozac), IRSNA (Effexor), Autres (Valdoxan, Anafranil)
Éducation thérapeutique	Observance des tt Antidépresseur actif au bout de 2 – 3 semaines de tt Surveiller le risque de majoration des idées suicidaires sous antidépresseur	

Troubles bipolaires

Épidémiologie	3 – 4 % de la population, près de 10% si prise en compte des formes légères Début : 15 – 25 ans Retard diagnostique +++ : près de 10 ans Fréquence des rechutes : 70 – 80 % dans les 2 ans suivant un épisode	
Sémiologie	Épisode maniaque : persistance dans le temps d'une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie	
	Perturbations psychoaffectives	Perturbation de l'humeur : humeur élevée, euphorique ou expansive, possible irritabilité Possibilités d'idées délirantes congruentes à l'humeur, d'hallucinations Perturbation émotionnelle : labilité émotionnelle, hyperréactivité, hypersyntonie Altération du contenu de la pensée augmentation de l'estime de soi, idées de grandeur, sentiment de toute-puissance, mégalomanie
	Perturbations psychomotrices	Accélération du cours de la pensée : tachypsychie, pensée diffuse, fuite des idées, coq-à-l'âne, jeux de mots Altérations cognitives : Hypervigilance, distractibilité, trouble de l'attention et de la concentration Accélération motrice et comportementale : agitation motrice, hyperactivité, augmentation de l'énergie, logorrhée, tachypnée, hypermimie, désinhibition Comportements à risque +++





	<p>Perturbations physiologiques</p>	<p>Perturbations du sommeil et des rythmes circadiens : insomnie importante Perturbations des conduites alimentaires : anorexie, hyperphagie, amaigrissement, possible déshydratation Perturbations de la sexualité : augmentation du désir, et de l'excitation sexuelle, hypersexualité</p>
	<p>Existence de formes atténuées : épisode hypomaniaque ou tempérament hyperthymique Épisode mixte : associe l'agitation psychomotrice des maniaques avec les idées dépressives et suicidaires des dépressifs, risque suicidaire +++ On distingue les manies secondaires à un trouble organique : tumeurs cérébrales, hyperthyroïdie, prise de corticoïdes...</p>	
Types de troubles bipolaires	<p>Type 1 : Un ou plusieurs épisodes maniaques +/- épisodes dépressifs (0,6% de la pop) Type 2 : Un ou plusieurs épisodes maniaques et un ou plusieurs épisodes dépressifs (0,4% pop) NOS (Not otherwise specified) : hypomanie sous antidépresseur, formes peu symptomatiques (1,4 % pop)</p>	
Troubles résiduels	<p>Troubles cognitifs Syndrome subdépressifs Troubles du sommeil, rythmes circadiens, dérégulation émotionnelle Impact sur l'autonomie, les capacités relationnelles, la capacité à mener des activités, à gérer son budget</p>	
Prise en charge du syndrome maniaque	<p>Hospitalisation Mesures de protection : sauvegarde de justice Tt sédatif : BZD (Valium) ou Neuroleptique (Tercian) en IM ou en PO Tt de fond</p>	
Prise en charge du trouble bipolaire	<p>Tt symptomatique de l'épisode Attention pas de tt antidépresseur car risque de virage manique Tt de fond Thymorégulateurs Choix en fonction du type de bipolarité, tonalité dominante : lithium, anticonvulsivants, neuroleptiques Prise en charge biopsychosociale Maladie d'évolution chronique : psychoéducation, info sur la maladie</p>	

