

Demi-Journée de formation continue de
la SNM

**L'avenir du traitement du
Trouble bipolaire (le présent aussi)**

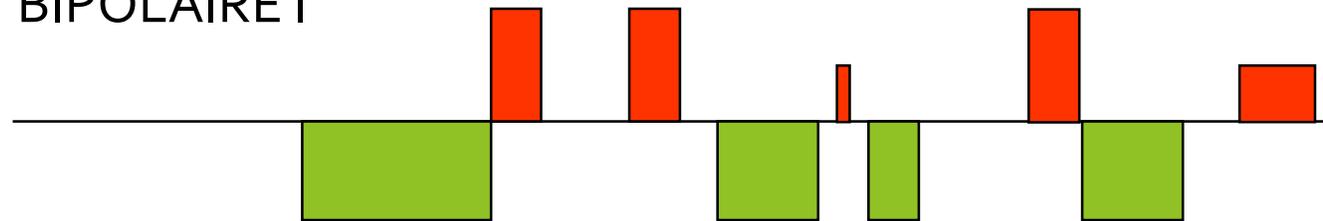
Dr. Bdeir Ibanez, Psychiatre et psychothérapeute FMH

Neuchâtel , le 8 mai 2025

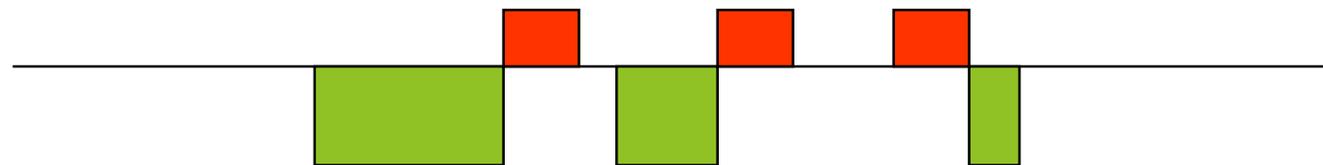
Conflits d'intérêt

- ▶ Lundbeck
- ▶ Sunovion
- ▶ OM Pharma
- ▶ J&J
- ▶ Otsuka

BIPOLAIRE I



BIPOLAIRE II



CYCLOTHYMIE



Epidémiologie

- ▶ Prévalence vie entière: 0.6-2.1%
- ▶ Sex ratio 1/1
- ▶ Pics de début: 15-24 ans et 45-54 ans
- ▶ TB-2 devient un jour TB-1 dans 5 à 15% des cas

Blanco et al. 2017

Kroon et al. 2013

Merikangas et al. 2011

Problème du diagnostic

- ▶ 68% des patients indiquent avoir consulté entre 1-4 médecins avant d'avoir le bon diagnostic
- ▶ Faux diagnostic les plus fréquents : dépression unipolaire (60%)

Hirschfeld, 2003

- ▶ Retard diagnostique (TB-1 et TB-2): délai moyen entre 1^{er} épisode et 1^{er} traitement stabilisateur de l'humeur:
 - ▶ 8 ans pour les patients ayant présenté un épisode maniaque
 - ▶ 13 ans pour ceux avec un épisode dépressif
 - ▶ 14,5 ans pour ceux avec un épisode hypomane

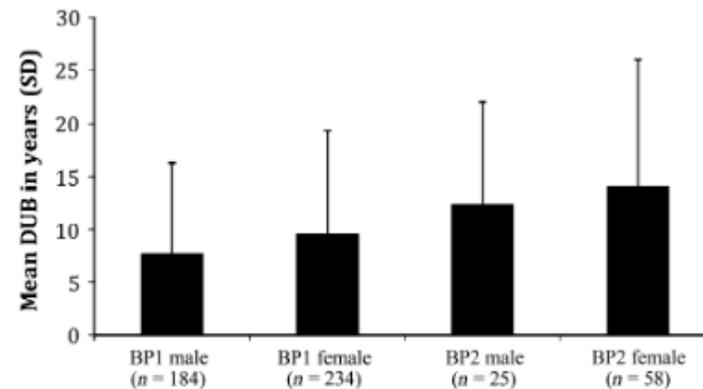
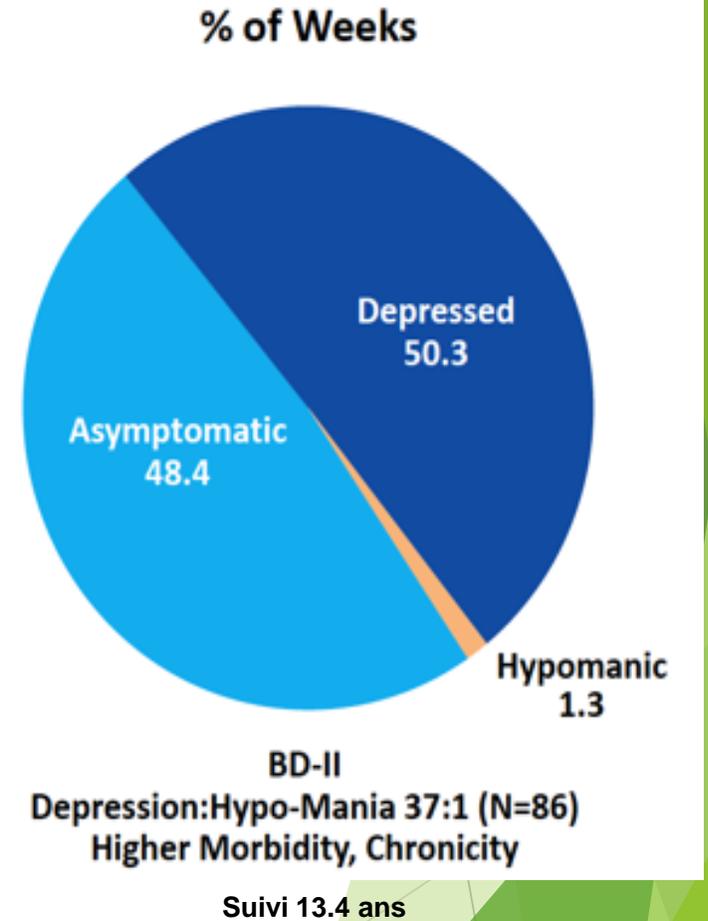
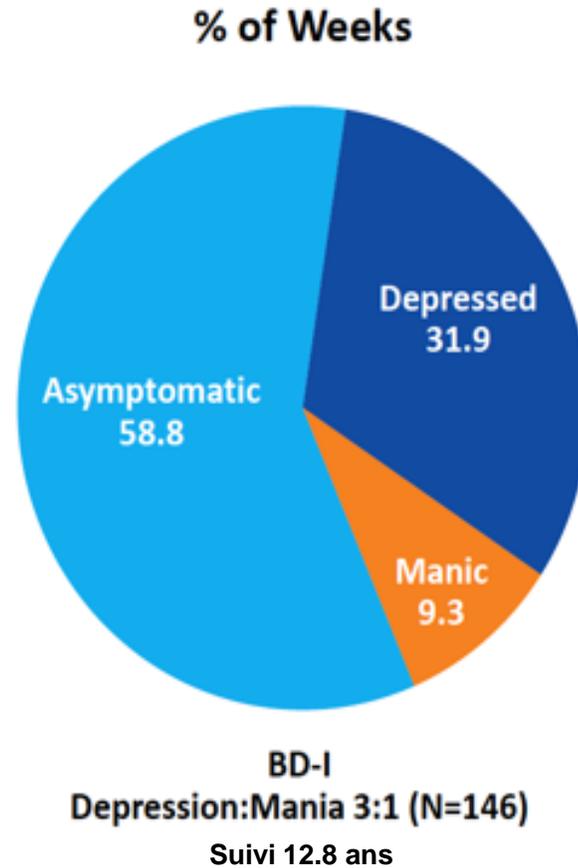


Fig. 1. Duration of untreated bipolar disorder (DUB) according to gender and bipolar disorder sub-type.

Evolution de l'état symptomatique à long terme



Dépression bipolaire

- ▶ Début précoce de la dépression (<25 ans)
- ▶ Plusieurs épisodes antérieurs (≥5)
- ▶ Antécédents familiaux positifs de trouble bipolaire
- ▶ Hypersomnie / augmentation des siestes pendant la journée
- ▶ Hyperphagie/augmentation de poids
- ▶ Caractéristiques atypiques
- ▶ Ralentissement psychomoteur
- ▶ Symptômes psychotiques/culpabilité pathologique
- ▶ Labilité de l'humeur/irritabilité/agitation psychomotrice
- ▶ Symptômes affectifs post-partum
- ▶ Abus de substances
- ▶ Troubles anxieux

La règle de trois

- ▶ ≥ 3 épisodes dépressifs
- ▶ ≥ 3 mariages ayant échoués
- ▶ ≥ 3 professions différentes
- ▶ ≥ 3 proches du 1^{er} degré avec trouble affectif
- ▶ ≥ 3 essais inefficaces avec antidépresseur
- ▶ ≥ 3 drogues, de longue date
- ▶ ≥ 3 relations sentimentales simultanées

Caractéristiques mixtes

Journal of Affective Disorders 172 (2015) 259–264

Contents lists available at ScienceDirect

 **Journal of Affective Disorders**
journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad



Research report

The prevalence and illness characteristics of DSM-5-defined “mixed feature specifier” in adults with major depressive disorder and bipolar disorder: Results from the International Mood Disorders Collaborative Project

 CrossMark

Roger S. McIntyre^{a,b,c,d,*}, Joanna K. Soczynska^{c,d}, Danielle S. Cha^{c,d},
Hanna O. Woldeyohannes^c, Roman S. Dale^e, Mohammad T. Alsuwaidan^c,
Laura Ashley Gallagher^c, Rodrigo B. Mansur^c, David J. Muzina^f,
Andre Carvalho^g, Sidney H. Kennedy^{a,d}

- ▶ 33.8 % des patients avec un trouble dépressif inaugural avait des caractéristiques mixtes lors de TB-2
- ▶ Ces patients présentaient un phénotype dépressif plus sévère

Suicidalité

- ▶ Risque suicidaire quinze fois plus élevé qu'en population générale
- ▶ 25 à 60 % des personnes souffrant de trouble bipolaire feront au moins une tentative de suicide dans leur vie
- ▶ Prévalence du suicide: 6-19 %
- ▶ Sex-ratio 1/1
- ▶ $TB\ 1 \leq TB\ 2$

Goodwin et Jamison 1990, 2007
Hawton and Sutton, 2005
Novick, 2010
Rihmer, 2007
Valtonen, 2005

Suicidalité

Journal of Affective Disorders 225 (2018) 489–494

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Research paper

The relative influence of individual risk factors for attempted suicide in patients with bipolar I versus bipolar II disorder

William V. Bobo^{a,*}, Peter J. Na^a, Jennifer R. Geske^b, Susan L. McElroy^c, Mark A. Frye^a, Joanna M. Biernacka^{a,b}



- Trouble anxieux: 74.6%
- Dépendance / abus d'alcool: 48.8%
- Dépendance / abus de substances: 32.3%

Clinical characteristics of BID patients.

Variables	Attempters (n = 54)			
Medication adherence N (%)				
Low	52 (96.3)			
High	2 (3.7)	45 (68.2)		
Comorbid disorders in axis I N (%)			51.051	0.0001
No disorders	1 (1.9)	36 (54.5)		
Anxiety disorders	20 (37)	18 (27.3)		
Psychotic disorders	1 (1.9)	1 (1.5)		
Substance abuse disorders	6 (11.1)	8 (12.1)		
Comorbidity of substance abuse disorders and anxiety disorders	26 (48.1)	3 (4.5)		
Stressful life events (mean ± SD)	58.81 ± 19.20	32.32 ± 10.12	9.688	0.0001
Quality of life (mean ± SD)	32.03 ± 4.49	43.78 ± 5.97	12.039	0.012

Psychiatry Research 275 (2019) 373–378

Contents lists available at ScienceDirect

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres

Studying the predictive factors of suicide attempts in patients with type 1 bipolar disorder

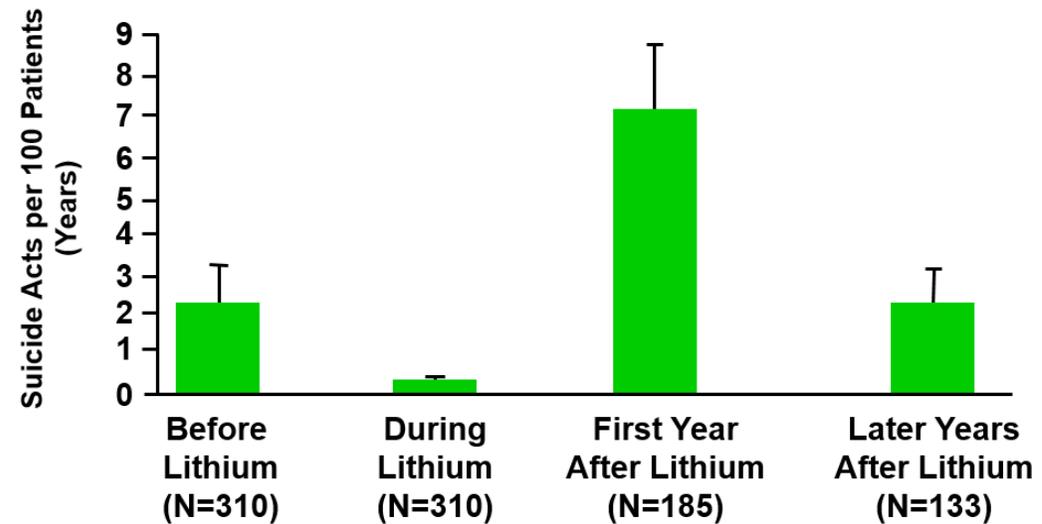
Maryam Mazaheri^a, Banafsheh Gharraee^{a,*}, Amir Shabani^b, Mozghan Lotfi^c



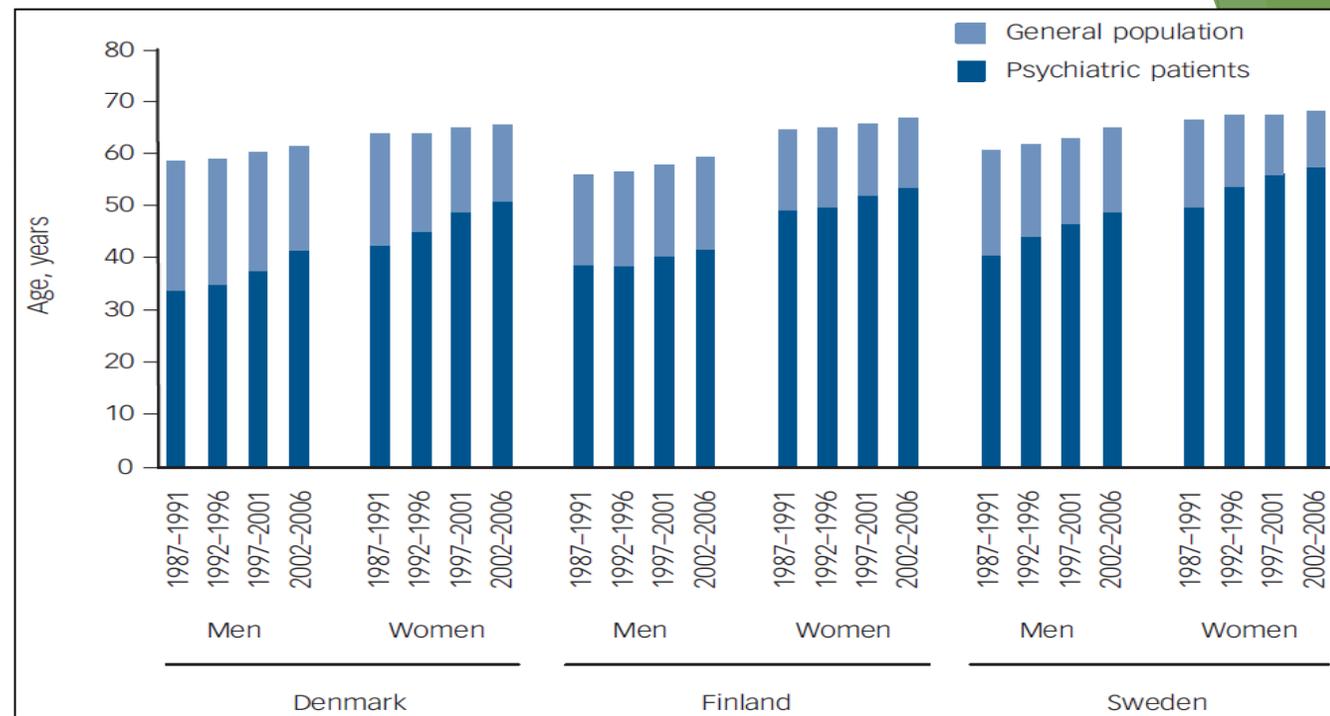
Suicidalité

- ▶ Attention à l'effet-rebond à l'arrêt du stabilisateur

	BP 1	BP 2
Non-traité	17 %	17.6 %
Traité	6.1 %	10.3 %



Espérance de



Wahlbeck et al. 2011

Table 2. Life expectancy at birth of people with specific mental disorders in the period of 2007–09 (N=31,719).

Diagnosis	Male		Female	
	Life Expectancy (95% CI, number of deaths)	Difference from male UK population*	Life Expectancy (95% CI, number of deaths)	Difference from female UK population*
Any Serious Mental Illness[^]	64.5 (63.3–65.6, n=243)	–12.9	69.9 (68.7–71.0, n=203)	–11.8
Schizophrenia (F20) [^]	62.8 (61.6–64.10, n=196)	–14.6	71.9 (71.0–72.8, n=126)	–9.8
Schizoaffective disorder (F25) [^]	69.4 (68.3–70.5, n=16)	–8.0	64.1 (60.9–67.2, n=28)	–17.5
Bipolar affective disorder (F31) [^]	67.3 (66.1–68.5, n=43)	–10.1	70.4 (69.5–71.4, n=65)	–11.2
Substance use disorders (F10–F19)[^]	63.9 (62.7–65.0, n=254)	–13.6	66.9 (65.5–68.3, n=94)	–14.8
Depressive episode and recurrent depressive disorder (F32–F33)[^]	66.8 (65.6–67.9, n=284)	–10.6	74.4 (73.5–75.3, n=336)	–7.2

*Life expectancy at birth 2006–08 in UK: Male=77.4 years; Female=81.6 years [27].

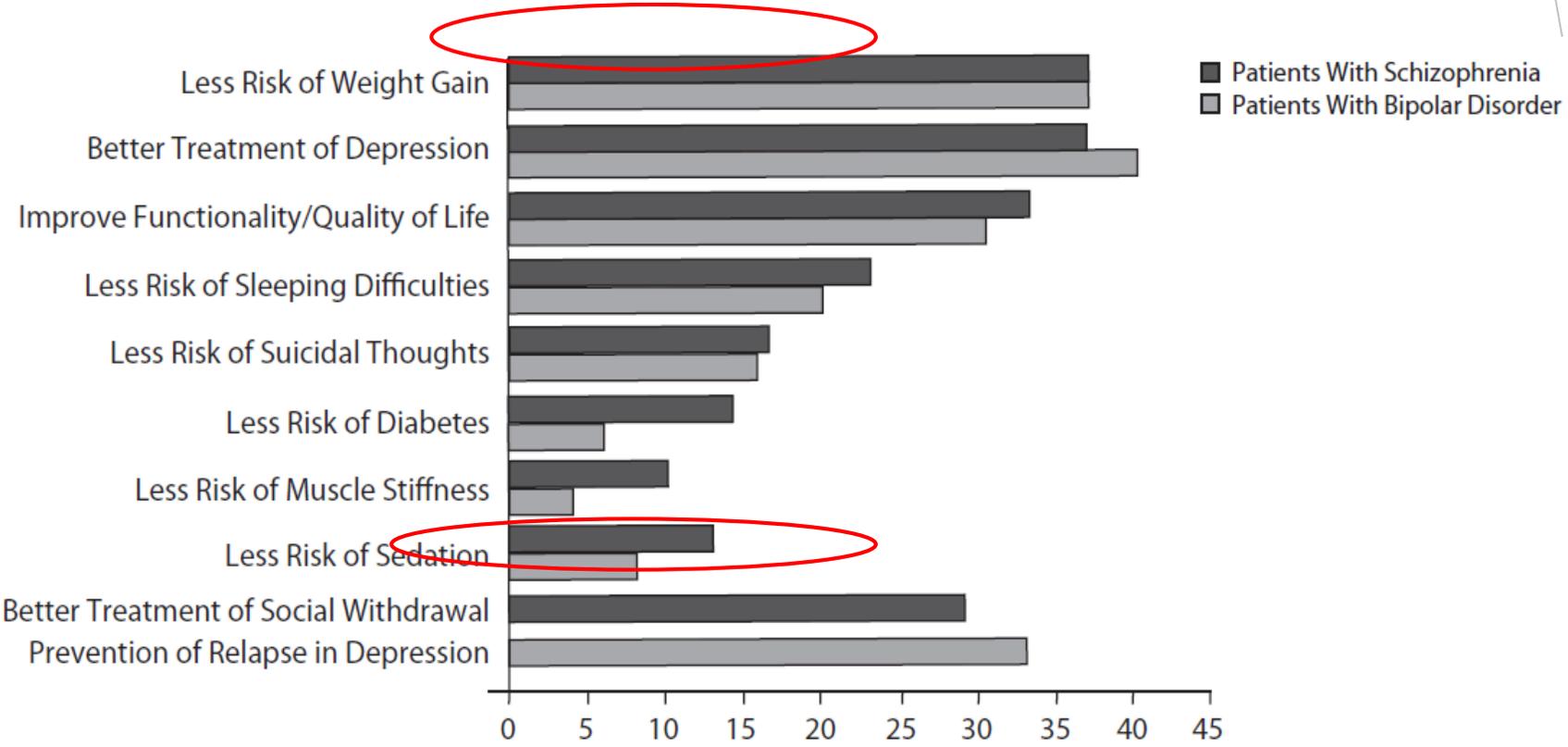
Chang et al. 2011

Défis de la prise en charge

- ▶ Erreur diagnostique (co-morbidités, phases dépressives prédominantes)
- ▶ Traitements des phases aiguës
- ▶ Prévention des rechutes maniaques et dépressives à long terme
- ▶ Amélioration de l'espérance de vie

Evans 2000
Hirschfeld et al. 2003
Judd et al. 2002 2003
Citrome & Goldberg 2005
Kupka et al. 2007

Besoins des patients



Recommandations internationales

ORIGINAL ARTICLE WILEY BIPOLAR DISORDERS

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder

	Acute depression	Maintenance			Acute mania
		Prevention of any mood episode	Prevention of depression	Prevention of mania	
First-line treatments					
Quetiapine	●	●	●	●	●
Lurasidone + Li/DVP	●	◐ ^a	◐ ^b	◐ ^c	n.d.
Lithium	◐	●	●	●	●
Lamotrigine	◐	●	●	◐	■
Lurasidone	◐	◐	◐	◐	n.d.
Lamotrigine (adj)	◐	◐	◐	◐	◐
Second-line treatments					
Divalproex	◐	●	◐	◐	●
SSRIs/bupropion (adj)	●	n.d.	◐	n.d.	n.d.
ECT	◐	◐	◐	◐	◐
Cariprazine	●	n.d.	n.d.	n.d.	●
Olanzapine-fluoxetine	◐	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

NB: Recommandations pour TB-1 uniquement

Traitement aigu de la dépression bipolaire

Recommandations thérapeutiques de la Société Suisse des Troubles Bipolaires (SSTB)

Quétiapine/quétiapine XR (1), lithium (1), lamotrigine^a (2)

Traitements combinés

Association avec la lamotrigine^a (2) ou un autre antidépresseur (2), dont les plus recommandés sont: ISRS (sauf paroxétine) (2) et bupropion (2)

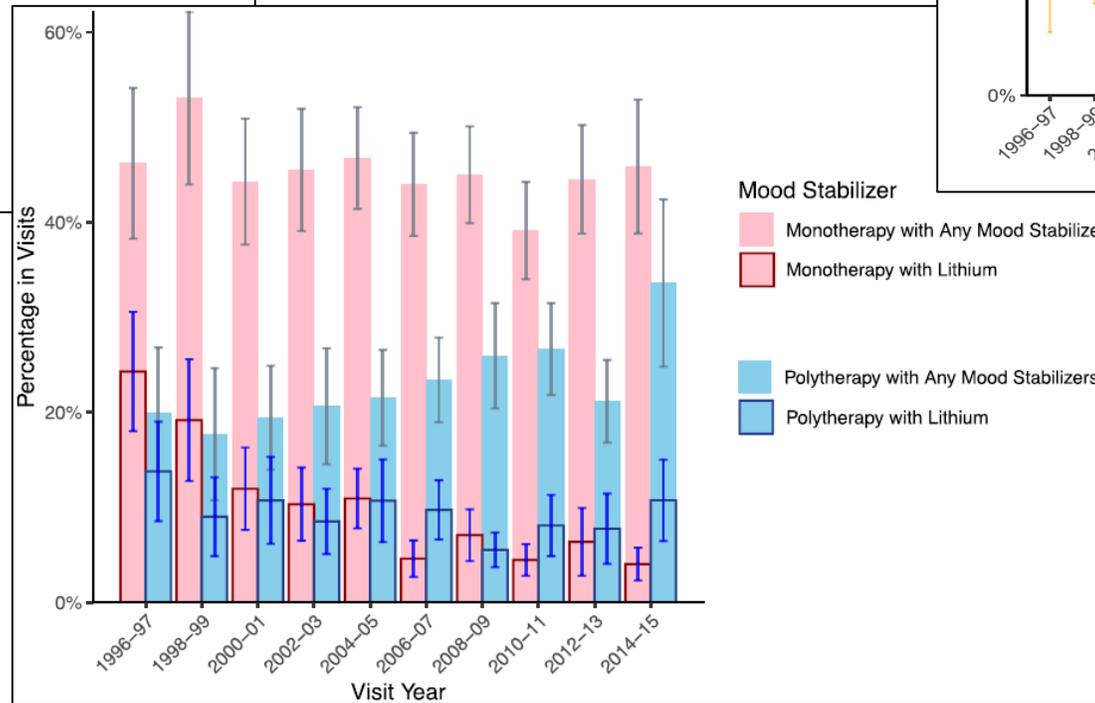
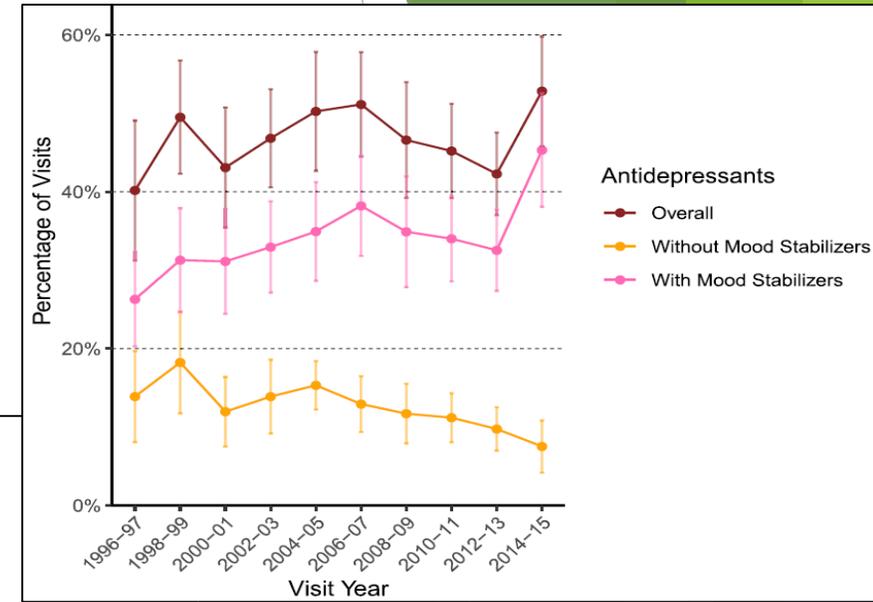
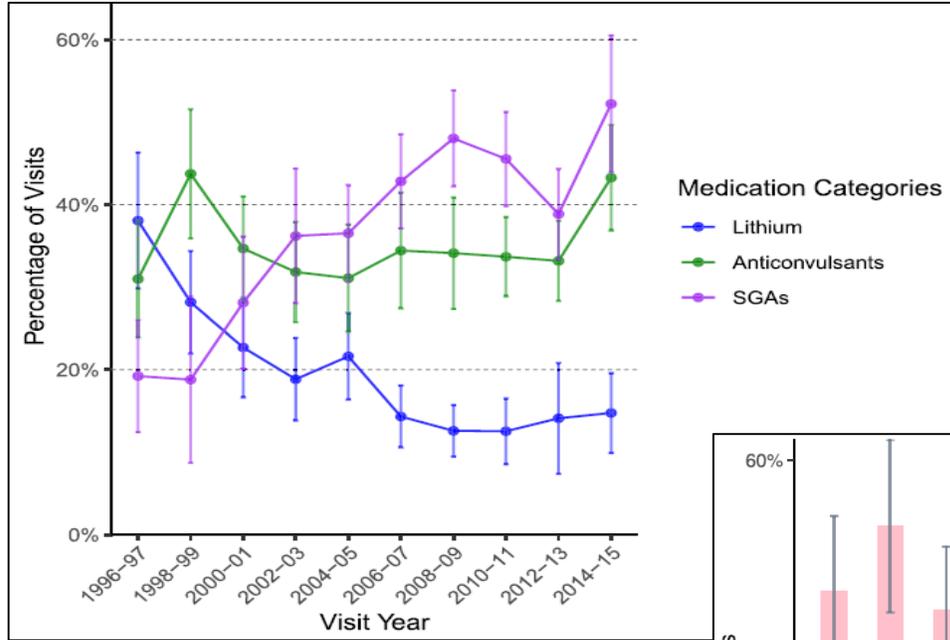
BAP Guidelines Psychopharm

Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology

Journal of Psychopharmacology 2016, Vol. 30(6) 495-553
© The Author(s) 2016
Reprints and permissions: sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269881116636545

Phase of illness	Modality and format	Underlying methodology	Recommended treatments	GRADE
Depressive episode	Medication: choice of alternative treatments (NMA not likely to be stable)	Downgraded RCTs (risk of unblinding)	Quetiapine	***
		Downgraded RCTs (unblinding, small size)	Olanzapine, Olanzapine plus fluoxetine	***
			Antidepressants	
		RCTs	Lurasidone	****
			Lamotrigine as combination	

Evolutions des prescriptions



Place des traitements antidépresseu rs

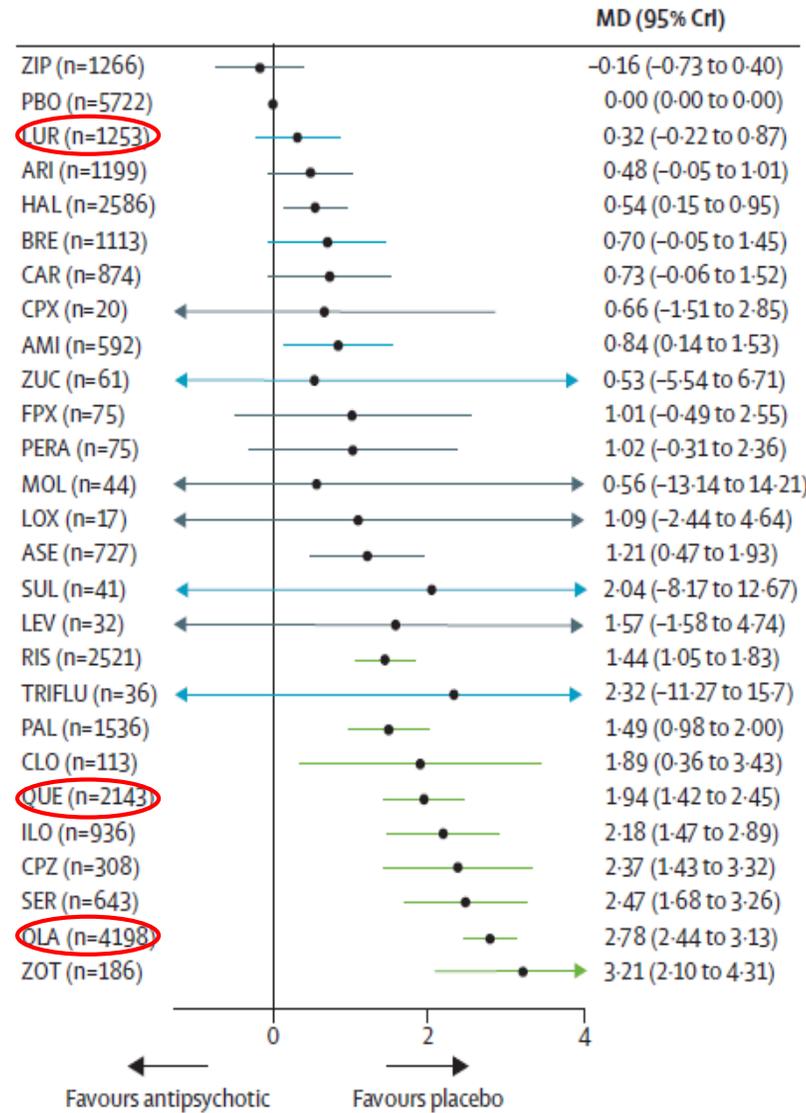
- ▶ Bonne réponse lors d'un épisode antérieur
- ▶ Maintenance sui rechute à l'arrêt du traitement dépressive antidépresseur
- ▶ Pas de traitement antidépresseur en monothérapie dans le TB-1
- ▶ Pas de traitement antidépresseur lors des épisodes maniaques ou avec caractéristiques mixtes
- ▶ Pas de traitement antidépresseur pour les cycles rapides

Phase maniaque

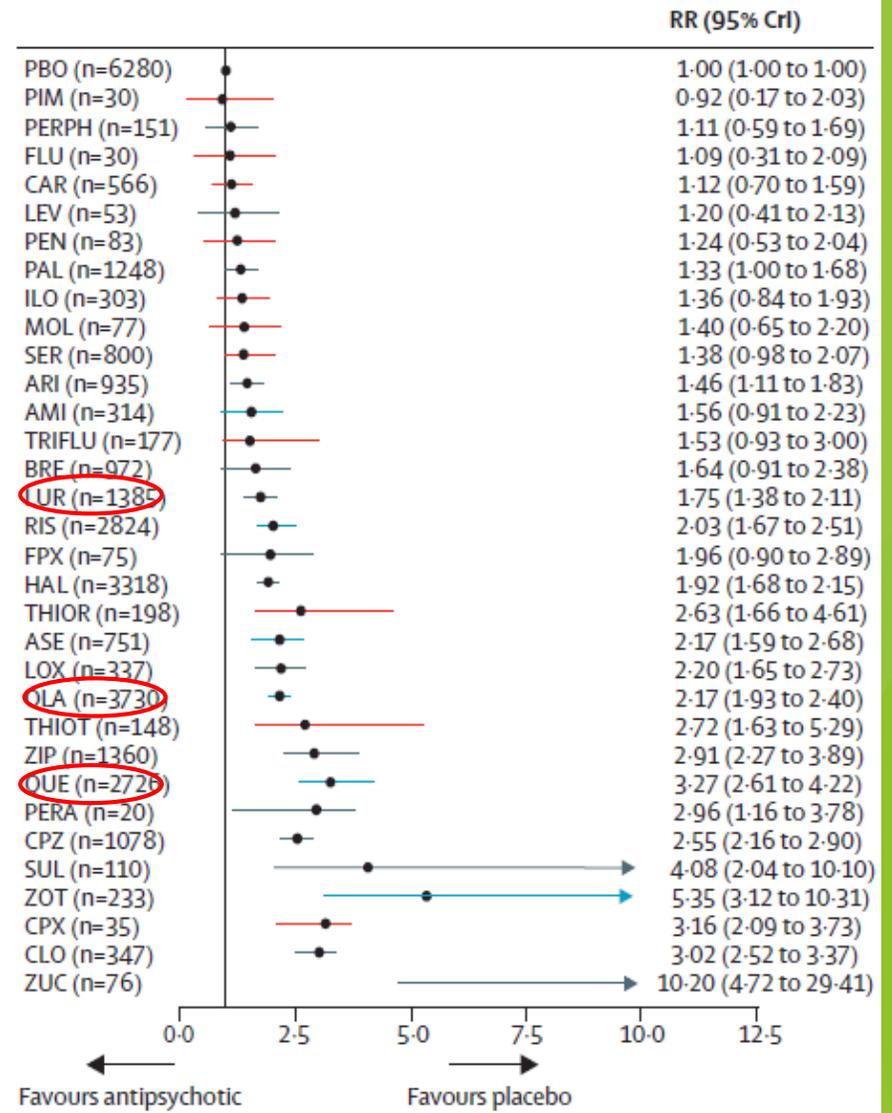
- ▶ **Traitement symptomatique sur symptômes-cibles**
 - ▶ Antipsychotique atypique en premier lieu
 - ▶ + -
 - ▶ ISRS
 - ▶ Thymorégulateur

Effets indésirables des traitements antipsychotiques

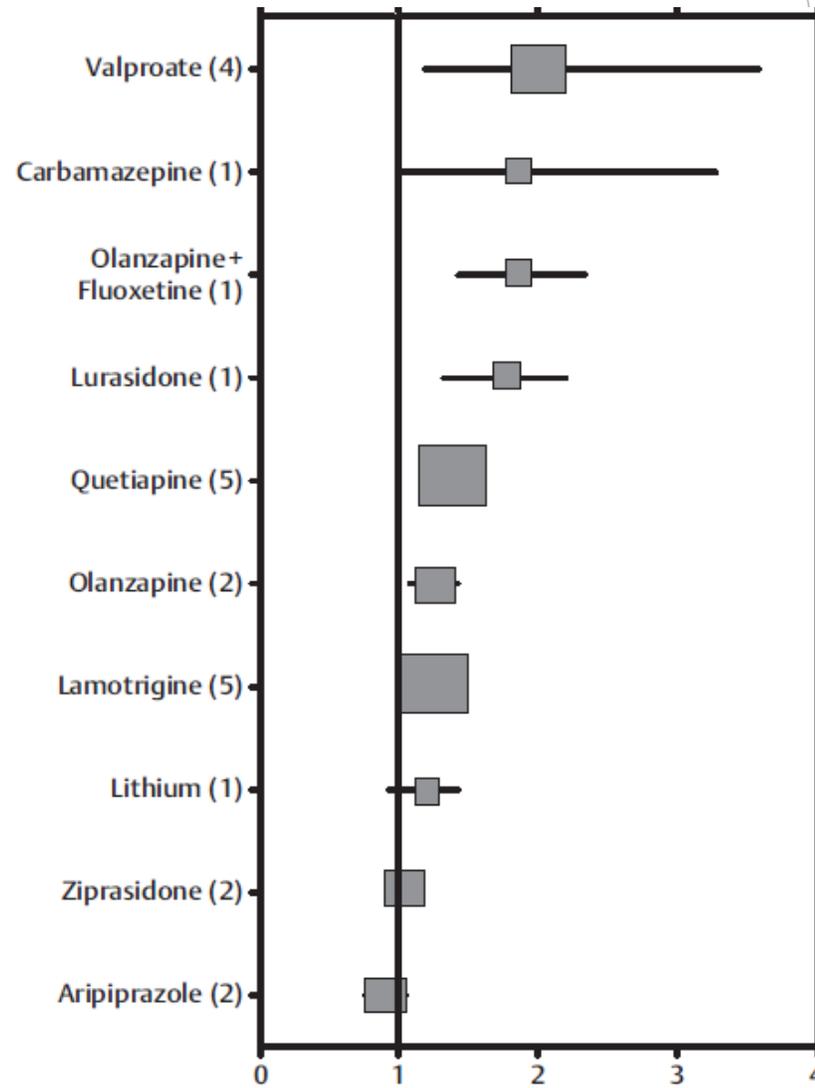
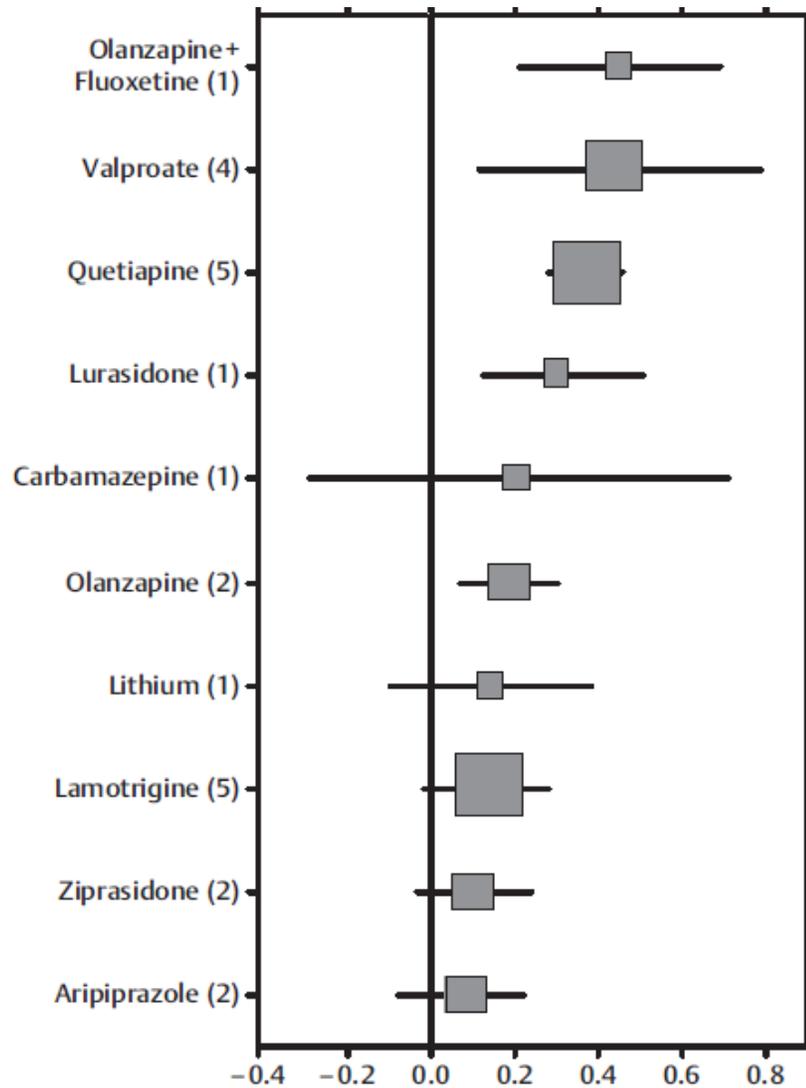
A Weight gain in kg (N=116 [29%], n=28317 [53%])



F Sedation (N_T=162 [40%], n_I=30770 [58%])



Traitements de la dépression bipolaire en monothérapie



Pour résumer

La dépression bipolaire...

- ▶ Impact majeur sur la qualité de vie
- ▶ Suicidalité importante
- ▶ Erreur diagnostique fréquente
- ▶ Efficacité des traitements antidépresseurs controversées; pas de traitement antidépresseur en monothérapie dans le TB-1
- ▶ Polythérapie de plus en plus répandue
- ▶ Vigilance quant aux effets indésirables

CONCLUSIONS

- Relever le niveau d'exigence et se rapprocher des attentes: la *rémission*, le *fonctionnement*, la *qualité de vie*
- Se donner le maximum de chance: traiter *vite*, le *temps nécessaire* et avec une *couverture pharmacologique stable*.
- Le bénéfice peut alors être meilleure, le risque de rechute moindre et la « perte de chances » (clinique, cognitive et sociale) freinée.



DISCUSSION

