

# Trouble bipolaire

## Le trouble bipolaire pour les médecins de famille

### *Partie 1 : Diagnostic*

Par Kevin Kjernisted, M.D., FRCPC

Professeur agrégé de clinique,  
Département de psychiatrie,  
Université de la Colombie-Britannique  
Vancouver (Colombie-Britannique)

L'identification et la prise en charge optimale du trouble bipolaire (TB) peuvent s'avérer fort complexes. Distinguer les symptômes de la phase dépressive du TB de ceux de la dépression majeure unipolaire constitue possiblement le plus important obstacle à l'établissement du diagnostic<sup>1</sup>. De plus, des troubles concomitants d'anxiété, d'alcoolisme et de toxicomanie ou de trouble déficitaire d'attention avec hyperactivité (TDAH) peuvent aussi venir compliquer l'établissement d'un diagnostic correct de trouble affectif bipolaire<sup>2</sup>.

Cette revue (le premier de deux articles) souligne brièvement l'épidémiologie et l'évolution naturelle du TB. Elle explore ensuite de façon plus approfondie les approches les plus efficaces pour reconnaître les différentes présentations des symptômes de l'humeur, de l'anxiété et des symptômes somatiques pour parvenir à distinguer le TB de la dépression unipolaire. La seconde partie de cette revue (plus loin dans ce même numéro) discute des options de traitement pour les patients diagnostiqués d'un TB.

#### Épidémiologie et évolution naturelle du trouble bipolaire

Les données épidémiologiques provenant de sources variées suggèrent que le TB est plus commun que ce que l'on pensait<sup>4-11</sup>. Des données canadiennes (publiées en 1988), suggèrent une prévalence de 0,5 %<sup>5</sup>. Des données américaines indiquent que les taux de prévalence à vie pour le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II et le TB infraliminaire sont de 1,0 %, 1,1 % et 2,4 % respectivement<sup>12</sup>. De façon générale, il y a encore place à amélioration au niveau du pronostic associé au TB, qui est typiquement caractérisé par de fréquentes récurrences. En fait, des études publiées par Judd et ses collègues en 2002 et en 2003 ont démontré qu'après avoir été diagnostiqués, suivis sur une base prospective et traités, les patients souffrant d'un TB ont passé la moitié de leur vie en phase symptomatique (Figure 1)<sup>13,14</sup>.

Les comorbidités sont très communes chez les patients atteints d'un TB. Les troubles d'anxiété sont les

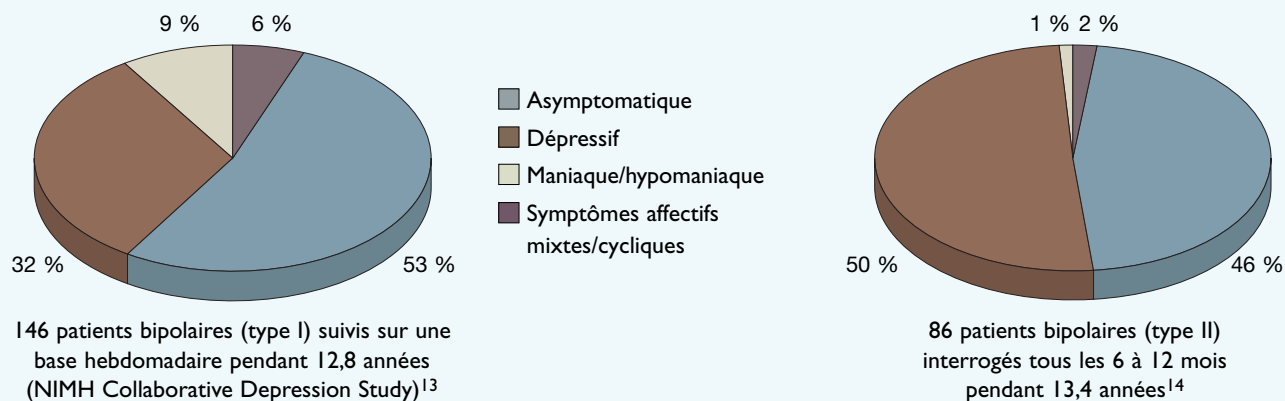
comorbidités psychiatriques qu'on observe le plus souvent, survenant chez au moins 93 % des patients bipolaires<sup>16</sup>.

*De façon générale, il y a encore place à amélioration au niveau du pronostic associé au TB, qui est typiquement caractérisé par de fréquentes récurrences.*

Parmi les comorbidités non psychiatriques possiblement les plus menaçantes, on note le syndrome métabolique et la maladie cardiovasculaire, pour lesquels les patients bipolaires sont plus à risque par rapport à la population générale<sup>3,17</sup>. Plus précisément, les

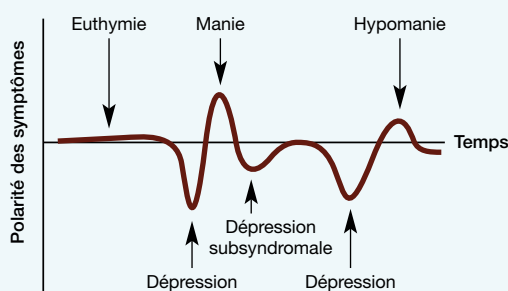
**Figure 1**

## Proportion de temps passé par les patients bipolaires dans les différentes catégories de symptômes affectifs<sup>13,14</sup>



**Figure 2**

## Évolution naturelle des troubles bipolaires<sup>18</sup>



auteurs des lignes directrices de 2009 en matière de troubles bipolaires publiées conjointement par le CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments) et l'ISBD (International Society for Bipolar Disorders)<sup>3</sup> font état de l'obésité, du diabète de type 2, de la maladie cardiovasculaire, de la migraine, de l'hépatite C, du VIH, de la démence, des douleurs lombaires, de la maladie pulmonaire obstructive chronique, de l'asthme et des allergies comme faisant partie des troubles non psychiatriques présents à des taux élevés chez les patients bipolaires.

D'intérêt particulier, on note l'émergence de nouvelles données depuis la publication précédente (2007) des lignes directrices du CANMAT pour appuyer les rapports d'incidence élevée du syndrome métabolique chez les patients bipolaires. Notamment, une analyse démontrait que jusqu'à 30 % de 60 patients consécutifs (dont tous, sauf sept, étaient traités par des médicaments antipsychotiques) répondaient aux critères du syndrome métabolique et 7 % étaient atteints de diabète de type 2.

Une récente étude américaine a démontré un risque deux fois plus élevé d'hypertension et un risque environ cinq fois plus élevé de maladie cardiovasculaire chez les personnes bipolaires par rapport au groupe témoin<sup>17</sup>.

### Diagnostic du trouble bipolaire

**Distinguer le TB de la dépression unipolaire.** L'évolution naturelle du TB peut inclure une gamme de symptômes, allant de la manie totale ou de la dépression à l'euthymie complète. Entre ces extrêmes, les patients pourraient

présenter des symptômes dépressifs subsyndromaux ou hypomaniaques. Comme on peut le voir à la Figure 2, la plupart des patients bipolaires (en particulier de type 2) passent plus de temps avec des symptômes dépressifs qu'avec des symptômes maniaques<sup>18</sup>. De plus, un patient qui présente des symptômes maniaques ou hypomaniaques est beaucoup moins susceptible de consulter un médecin que celui qui présente de la dépression<sup>19</sup>. Ainsi, il est particulièrement important pour les cliniciens d'être en mesure de distinguer la dépression unipolaire de la dépression bipolaire. Ces deux types de dépression peuvent sembler identiques, de sorte que lorsqu'on examine un patient dépressif à tout moment donné dans le temps, il est pratiquement impossible de voir la différence pour identifier une approche thérapeutique efficace sans un historique longitudinal du patient. L'information collatérale obtenue des proches du patient est également essentielle pour révéler les épisodes hypomaniaques que les patients pourraient voir comme un

**Tableau 1**

**Indices pour distinguer la dépression bipolaire de la dépression unipolaire<sup>21</sup>**

Caractéristique	Dépression bipolaire	Dépression unipolaire
Historique familial de TB	Élevé	Faible
Historique familial de TDM unipolaire	Élevé	Élevé
Âge d'apparition	Ado et vingtaine	Plus de 30 ans
Rapport hommes-femmes	Égal (pour le TB-I) F:H = 2:1 (pour le TB-II)	F:H = 2:1
Alcoolisme ou toxicomanie	Élevé	Modéré
Saisonnabilité	Fréquent	Occasionnel
Épisodes post-partum	Plus fréquent	Moins fréquent
Début de l'épisode	Souvent abrupte	Plus subtil
Fréquence des épisodes	Élevé	Faible
Caractéristiques atypiques en phase dépressive	Plus fréquent	Moins fréquent
Alternance début/arrêt rapide	Typique	Inhabituel
Brefs épisodes de dépression majeure (< 3 mois)	Plus fréquent	Moins fréquent
Caractéristiques psychotiques avant 35 ans	Plus fréquent	Moins fréquent
Activité psychomotrice	Ralentissement > agitation	Agitation > ralentissement
Sommeil	Hypersomnie > insomnie	Insomnie > hypersomnie
Dépression réfractaire au traitement	Plus fréquent	Moins fréquent
Efficacité antidépressive de courte durée	Plus fréquent	Moins fréquent
Risque de manie ou d'hypomanie induite par l'antidépresseur	Élevé	Faible
Caractéristiques mixtes (symptômes hypomaniaques tout en étant déprimé)	Prédictif	Rare
Anxiété concomitante	Très fréquent (90 %)	Fréquent (60 %)
Historique de problèmes avec la loi	Plus fréquent	Moins fréquent
Impression que les gens sont inamicaux	Plus fréquent	Moins fréquent
Irritabilité et colère	Plus fréquent	Moins fréquent
Comorbidités médicales (migraine, asthme, fatigue chronique, bronchite chronique, hypertension, ulcère gastrique)	Plus fréquent	Moins fréquent

soulagement euthymique de leur dépression. Les patients qui présentent des symptômes dépressifs reçoivent souvent un diagnostic de dépression unipolaire, sans réelle considération pour la possibilité d'un diagnostic de TB. Des statistiques américaines ont démontré que jusqu'à deux tiers des patients bipolaires sont souvent mal diagnostiqués initialement<sup>1</sup>. Bien que le faux diagnostic le plus fréquent (~60 % des cas) soit la dépression unipolaire, les patients bipolaires sont aussi souvent diagnostiqués à tort comme ayant un trouble d'anxiété, un trouble schizophrénique, un trouble de

la personnalité ou un trouble d'alcoolisme ou de toxicomanie. De plus, chez jusqu'à un tiers des patients bipolaires, il peut falloir jusqu'à 10 ans ou plus pour parvenir au bon diagnostic<sup>1,20</sup>.

Établir cette distinction entre la dépression unipolaire et bipolaire peut représenter tout un défi. Le simple fait de garder le TB à l'esprit est un premier pas important pour le médecin qui examine un patient présentant des symptômes dépressifs. Des renseignements additionnels vous seront présentés dans les pages qui suivront pour vous aider à distinguer le TB de la dépression unipolaire.

Un certain nombre de caractéristiques peuvent vous orienter vers un diagnostic de TB plutôt que de dépression unipolaire (Tableau 1)<sup>21</sup>. Les lignes directrices de 2009 du CANMAT et de l'ISBD<sup>3</sup> mettent l'accent sur la présence de symptômes dépressifs atypiques (p. ex., l'hypersomnie, l'hyperphagie, le gain de poids et la paralysie psychosomatique qui fait référence à une fatigue corporelle extrême), de troubles psychomoteurs, de caractéristiques psychotiques et d'un historique familial positif de TB.

Un relevé minutieux de l'historique du patient peut révéler certaines de ces

### Distinguer les sous-types de trouble bipolaire : Présentation du premier cas

#### **Monsieur Y : homme de 31 ans, PDG de sa propre entreprise en informatique**

Janvier 2007 : En état d'excitation constante pendant environ deux mois : délire des grandeurs (croit être un aristocrate), beaucoup d'énergie avec un moins grand besoin de sommeil; parle rapidement; humeur euphorique; dépense des milliers de dollars de façon non caractéristique et donne ses possessions matérielles (ex. : motocyclette).

Mars 2007 : Après deux mois de pure euphorie, il devient irritable et colérique tout en demeurant euphorique (c.-à-d. état mixte qu'on appelle manie dysphorique).

Mai 2007 : Alors qu'il se trouve outremer, il reçoit un diagnostic d'épisode de dépression majeure (EDM) de type unipolaire.

- Traité par du bupropion; aucun effet.

Juillet 2007 : À son retour au Canada, diagnostic de TB de type I lorsqu'il a été vu par un psychiatre en salle d'urgence.

- Transféré à l'olanzapine 15 mg/j; hypersomnolence subséquente, gain de poids (10 kg en un mois).

- Transféré au valproate 1 500 mg au coucher et lamotrigine 200 mg le matin et au coucher en commençant avec 25 mg au coucher et en augmentant la dose de 25 mg aux deux semaines; la dépression s'est lentement résorbée sur une période de trois mois.

Septembre 2007 à janvier 2009 : Euthymique lorsqu'il prenait du valproate et de la lamotrigine, puis le patient a cessé de prendre ses médicaments parce qu'il se « sentait bien ».

Juillet à octobre 2010 : « Excitation » semblable à l'épisode enregistré en janvier 2007; dépenses non caractéristiques, perte de poids considérable; a développé à nouveau un état mixte.

Octobre 2010 : Hospitalisé pour épisode mixte et psychose, croyant être le prophète Mohammed. Débuté avec le valproate 1 500 mg au coucher et l'aripiprazole 10 mg le matin pour traiter l'état mixte et la psychose; la psychose s'est résolue une semaine plus tard après l'augmentation de la dose à 15 mg et le patient était euthymique trois semaines après son admission. L'euthymie se maintient jusqu'à présent.

- Inhabituellement tranquille, incapable d'accomplir quoi que ce soit, anhédonique, hypersomnolent, sans espoir, idées suicidaires, mais sans plan ou intention.

- Commence à fumer et, à l'insu du personnel médical, s'automédicamente avec de l'oxycodone/acétaminophène.

Ces caractéristiques suggèrent un diagnostic de trouble bipolaire de type I (historique d'au moins une manie ou manie dysphorique – ce patient avait les deux). En état d'excitation, ce patient était psychotique, avait une altération marquée de la perspicacité et du jugement ce qui a requis une hospitalisation; n'importe lequel de ces éléments signifie que le patient est au-delà de l'hypomanie (c.-à-d. maniaque).

caractéristiques. Pour ce qui est des symptômes concrets, l'hypersomnolence, l'anergie, l'hyperphagie et un important gain de poids sont particulièrement suggestifs de la possibilité d'une dépression bipolaire. Il con-

viendrait également de demander aux patients s'ils ont vécu des épisodes d'énergie accrue durant lesquelles ils ont moins besoin de dormir, où ils ont la sensation que leurs pensées défilent à toute vitesse, se sentent plus irritables et

distracts, désinhibés sur le plan sexuel et ont un sentiment de dépersonnalisation ou d'irréalité (en dehors des crises de panique). Si le patient a des antécédents de dépression traitée, on pourra lui demander comment il a répondu à la pharmacothérapie. Les patients bipolaires traités par des antidépresseurs présentent parfois une réponse excessivement rapide au traitement ou une aggravation paradoxale persistante des troubles d'humeur et des symptômes d'anxiété. Dans ma pratique clinique, j'ai vu plus d'une douzaine de patients normalement parfaitement respectueux de la loi, qui se sont ensuite avérés être bipolaires, devenir cleptomaniaques après avoir été traités par des antidépresseurs. J'ai aussi souvent eu l'occasion de voir d'autres troubles comorbides du contrôle des impulsions avec le TB, y compris le jeu pathologique, la trichotillomanie et l'arrachage de la peau. Une autre tendance que j'ai observé dans ma pratique clinique (et dont la littérature scientifique ne parle pas) a été l'important gain de poids (20 à 30 kg) avec les ISRS et les ISRSN, surtout avec le TB de type II, comparativement au gain de 4 à 6 kg généralement observé avec la dépression unipolaire après l'utilisation d'antidépresseurs pendant six mois ou plus. J'ai également observé une tendance à présenter peu d'amélioration, ou même aucune amélioration, sur le plan des crises de panique, de l'agitation et de l'insomnie en phase dépressive/mixte chez les patients atteints du TB de type II avec de fortes doses de benzodiazépines (p. ex., 12 mg de clonazépam, qui équivaut à 48 mg de lorazépam). L'insomnie qui ne se résorbe pas avec

de fortes doses de zopiclone, de trazodone et d'agents tricycliques sédatifs répond souvent très bien à de faibles doses d'agents antipsychotiques de deuxième génération (atypiques) sédatifs (p. ex., 2,5 à 5 mg d'olanzapine ou 25 à 50 mg de quétiapine). En plus de 10 années passées à travailler dans une clinique de soins tertiaires pour les troubles de l'anxiété, j'ai constaté que plus le nombre de troubles de l'anxiété pour lesquels un patient répondait aux critères était élevé (en particulier le TOC, le trouble d'anxiété sociale et le trouble panique), plus il était probable qu'il s'agisse d'un cas de trouble bipolaire. Dans une analyse qui n'a pas encore été publiée (Kjernisted et Chartier) des données de l'Enquête sur la santé en Ontario, si un patient répondait aux critères d'au moins trois troubles de l'anxiété, la probabilité qu'il soit bipolaire correspondait à un rapport de cotes de 71. Chez les patients bipolaires, les symptômes d'anxiété surviennent souvent en cycle avec les épisodes de dépression, devenant beaucoup moins prononcés durant les périodes d'euthymie ou d'hypomanie. Le handicap fonctionnel, le risque de suicide et le pronostic sont plus sévères chez les patients bipolaires présentant des symptômes d'anxiété importants ou des troubles d'anxiété concomitants.

Il est essentiel d'obtenir un historique longitudinal ciblé des symptômes de la part du patient et de ses proches, y compris les caractéristiques classiques de la manie et de l'hypomanie, pour pouvoir faire la distinction entre le TB et la dépression unipolaire<sup>18</sup>. Le questionnaire MDQ (*Mood Disorder Questionnaire*) est un des outils très

utiles de dépistage par auto-évaluation qui consiste en une liste de symptômes maniaques/hypomaniaques à cocher fondée sur le DSM-IV et l'expérience clinique<sup>22,23</sup>. Si un clinicien soupçonne un cas de bipolarité, il peut orienter le patient vers le site *Web psycheducation.org* dont le Dr James Phelps est l'auteur. Ce site donne accès à un autre outil de dépistage par auto-évaluation, le « *Mood Check* », qui évalue les symptômes de la dépression ainsi que de la manie ou de l'hypomanie. Le Dr Phelps est l'auteur d'un excellent livre intitulé *Why Am I Still Depressed? Recognizing and Managing the Ups and Downs of Bipolar II and Soft Bipolar Disorder* (Pourquoi suis-je encore déprimé? Reconnaître et gérer les hauts et les bas du trouble bipolaire de type II et les formes plus douces). Je recommande à mes patients de lire ce livre afin de les éduquer à propos du trouble bipolaire. Beaucoup de mes patients, même ceux avec des formes plus « douces » de bipolarité, qui répondraient aux critères de trouble bipolaire non spécifié (p. ex., l'hypomanie d'une durée de moins de quatre jours ou cycle tombant en dessous de la ligne euthymique) me diront souvent « ce livre parle de moi », ce qui m'aide à être plus certain de mon diagnostic.

**Diagnostiquer le type particulier de TB.** Histoire de compliquer les choses un peu plus, différents sous-types de TB ont été identifiés. Il est important de pouvoir diagnostiquer le sous-type exact de TB puisque les lignes directrices de pratique clinique émettent des recommandations de traitement différentes pour chaque sous-type. Le trouble bipolaire de type I (désigné dans un

article comme la maladie de Cade, décrivant le patient grandiose et euphorique, sans caractéristiques mixtes, qui répond bien au lithium, comme John Cade l'avait découvert en Australie en 1949)<sup>24</sup> est le cas classique où le patient présente des antécédents de phases de manie complète et de dépression complète. Les patients atteints du trouble bipolaire de type II ont présenté au moins un épisode de dépression majeure et, à l'autre extrême, au moins un épisode d'hypomanie de quatre jours, mais sans manie apparente (voir le cas de Madame X dans l'encadré). La question de savoir si le trouble bipolaire de type II est un diagnostic distinct légitime a alimenté plusieurs débats, mais le consensus des experts en la matière affirme que c'en est bien un<sup>25</sup>. Le trouble bipolaire de type II semble être familial et, si un patient a présenté des épisodes d'hypomanie et répond aux critères du type II pendant plus de cinq ans, selon H.S. Akiskal, il est peu probable que cette personne présentera jamais les symptômes de véritable manie qui amènerait un diagnostic bipolaire de type I. Le trouble cyclothymique est caractérisé par des antécédents de fluctuations entre des symptômes d'hypomanie et des symptômes de dépression qui demeurent à un niveau insuffisant pour être qualifiés d'épisode de dépression majeure. Le trouble cyclothymique et d'autres sous-types du TB sont plus difficiles à diagnostiquer que les cas relativement simples de TB de type I et II; des efforts ont toutefois été mis en œuvre pour tenter de les caractériser. Pour ces présentations moins clas-

### Distinguer les sous-types de trouble bipolaire : Présentation du deuxième cas

#### **Madame X : femme de 55 ans avec antécédents de fibromyalgie depuis 15 ans**

- À l'âge de 14 ans, ressentait une forte anxiété et le sentiment d'une catastrophe imminente.
- Dans la vingtaine et la trentaine, a vécu plusieurs fausses-couches, chacune suivie de périodes de dépression majeure.
- A donné naissance à trois enfants par césarienne, suivi de dépression post-partum à chaque fois.
- Antécédents de crises de panique après la naissance de son deuxième fils; évitement agoraphobique persistant.
- Plus forte incidence de « sautes d'humeur » débutant au milieu de la vingtaine.
- Périodes de dépression avec hypersomnie, anergie, hyperphagie, gain de poids, « lourdeur des membres », anxiété accrue, douleur fibromyalgique accrue, pleurs. Durée variable (moins d'une semaine à quelques mois); irritabilité prémenstruelle marquée.
- Brèves (environ 3 ou 4 jours) périodes de surexcitation, environ tous les trois mois : humeur joyeuse; moins grand besoin de sommeil (3 à 5 heures) avec niveau d'énergie élevé continu; hausse d'activité, incluant faire le ménage et magasiner; hausse de libido avec comportement charmeur; absence de douleur et d'anxiété; pas de perte significative de lucidité ou de jugement; pas de symptômes psychotiques et pas d'hospitalisation requise pour son humeur « surexcitée ».
- Comorbidités : syndrome de fibromyalgie et de fatigue chronique, migraines (traitées par le nabilone), asthme, hypothyroïdie et diabète de type 2.
- Antécédents de dépendance aux opiacés : a participé à des rencontres de Narcotiques Anonymes.
- Historique familial :
  - mère atteinte de lupus, fibromyalgie, trouble obsessionnel compulsif (TOC), trouble bipolaire possible (jamais diagnostiqué);
  - trois sœurs cadettes, toutes avec des antécédents de dépression;
  - fils aîné atteint de TOC.
- Humeur stabilisée par la lamotrigine 200 mg 2 f.p.j. et la quétiapine XR 300 mg 3 heures avant de se coucher, et par l'optimisation de la posologie de son hormone thyroïdienne; stabilisation de l'humeur associée à une amélioration marquée de ses symptômes d'anxiété, de migraines, de fibromyalgie et de fatigue chronique.

Ces caractéristiques suggèrent un diagnostic de trouble bipolaire de type II (historique de dépression majeure et hypomanie durant quatre jours ou plus).

siques et plus « douces », le concept de « spectre bipolaire » a été proposé, pour lequel des critères de diagnostic suggérés ont été publiés<sup>24,26</sup>. Il existe également un outil validé, le questionnaire de dépistage BSDS (*Bipolar Spectrum Diagnostic Scale*), qui a été démontré hautement sensible et spécifique pour les troubles du spectre

bipolaire<sup>27</sup>. Le BSDS utilise une description narrative qui englobe de subtiles caractéristiques de la maladie bipolaire; on demande ensuite au patient d'indiquer dans quelle mesure l'histoire racontée correspond à sa propre expérience, phrase par phrase. Le « *Mood Check* » mentionné plus tôt a été dérivé du BSDS.

L'évolution naturelle du TB peut inclure une gamme de symptômes, allant de la manie totale ou dépression à l'euthymie complète. Entre ces extrêmes, les patients pourraient présenter des symptômes dépressifs subsyndromaux ou hypomaniaques.

**Comorbidités.** La présence de comorbidités psychiatriques peut masquer le diagnostic de TB. Il est important pour les cliniciens d'en prendre conscience, étant donné l'incidence concomitante significative d'autres états psychiatriques avec le TB. Les preuves présentées par D.L. Evans (2000) suggèrent que le chevauchement des symptômes avec d'autres troubles psychiatriques (p. ex., la schizophrénie et la dépression unipolaire), maladies concomitantes (y compris les troubles d'anxiété, les troubles de l'alimentation et les troubles d'alcoolisme et de toxicomanie) et troubles neurocognitifs (qui entravent souvent la perception qu'ont les patients de leur propre maladie et leur capacité à recon-

naître leurs propres symptômes maniaques) pourrait contribuer au diagnostic erroné du TB<sup>2</sup>. Les troubles d'anxiété, y compris le trouble panique avec agoraphobie, le trouble d'anxiété sociale et le trouble obsessionnel compulsif sont particulièrement fréquents chez les personnes atteintes du TB<sup>28</sup>. Dans le cas du TB infanto-juvénile, les troubles d'anxiété, le trouble déficitaire de l'attention, le trouble de comportement, le trouble oppositionnel avec provocation et l'énurésie sont des comorbidités fréquentes<sup>29</sup>. La stigmatisation associée au TB, surtout chez les enfants et les adolescents, pourrait aussi nuire à la capacité de rendre ce diagnostic.

## Conclusions

Le TB est un trouble hautement variable associé à un risque élevé de rechute et de récurrence. Il existe un risque accru de nombreux troubles médicaux et de comorbidité significative avec d'autres troubles psychiatriques, y compris les troubles d'anxiété (le TOC serait le plus commun selon la National Comorbidity Survey Replication [NCS-R], suivi par l'anxiété sociale et ensuite le trouble panique)<sup>30</sup>, les troubles de l'alimentation et les troubles de consommation d'alcool et de drogues. Le diagnostic peut s'avérer difficile, étant donné que la plupart des patients atteints du TB ne consultent un médecin que dans la phase dépressive de leur maladie. La dépression bipolaire est souvent de nature atypique, s'accompagnant d'hypersomnie, d'hyperphagie, de gain de poids, de fatigue lourde, de sensibilité interpersonnelle et d'anxiété considérable. Cela est toutefois

impossible à distinguer de la dépression unipolaire atypique. Un relevé détaillé de l'historique longitudinal du patient et l'information collatérale fournie par ses proches, avec des listes de vérification structurées de symptômes, peuvent aider à révéler d'autres indices utiles pour l'établissement du diagnostic, ce qui est de la plus haute importance pour déterminer le traitement approprié.

L'élaboration de cet article a été financée par une subvention éducative sans restrictions de Bristol-Myers Squibb Canada Co. L'auteur bénéficiait d'une indépendance éditoriale complète et est responsable de l'exactitude de l'article. Le commanditaire n'a exercé aucune influence sur la sélection du contenu ou du matériel publié.

### Références :

- Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(2):161-74.
- Evans DL. Bipolar disorder: diagnostic challenges and treatment considerations. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Supp 13:26-31.
- Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disorders* 2009; 11:225-55.
- Regier DA, Shapiro S, Kessler LG, et coll. Epidemiology and health service resource allocation policy for alcohol, drug abuse, and mental disorders. *Public Health Rep* 1984; 99(5):483-92.
- Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1988; 338:24-32.
- Heun R, Maier W. Morbid risks for major disorders and frequencies of personality disorders among spouses of psychiatric inpatients and controls. *Compr Psychiatry* 1993; 34(2):137-43.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et coll. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(1):8-19.
- Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(4):454-63.
- Weissman MM, Bland R, Joyce PR, et coll. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord* 1993; 29(2-3):77-84.
- Szádóczy E, Papp Z, Vitrai J, et coll. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord* 1998; 50(2-3):153-62.
- Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998; 50:143-51.
- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et coll. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:543-52.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et coll. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(6):530-7.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et coll. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(3):261-9.
- Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48(6):445-57.
- Coryell W, Solomon DA, Fiedorowicz JG, et coll. Anxiety and outcome in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166(11):1238-43.
- Goldstein BI, Fagioli A, Houck P, et coll. Cardiovascular disease and hypertension among adults with bipolar I disorder in the United States. *Bipolar Disord* 2009; 11(6):657-62.
- Muzina DJ, Colangelo E, Manning JS, et coll. Differentiating bipolar disorder from depression in primary care. *Cleve Clin J Med* 2007; 74(2):89, 92, 95-9.
- Suppes T, Leverich GS, Keck PE, et coll. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord* 2001; 67:45-59.
- Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, et coll. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994; 31:281-94.
- Muzina DJ, Kemp DE, McIntyre RS. Differentiating bipolar disorders from major depressive disorders: treatment implications. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 19(4):305-12.
- Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:53-9.
- Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, et coll. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1873-5.
- Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry* 2002; 47(2):125-34.
- Vieta E, Suppes T. Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar Disord* 2008; 10(1 Pt 2):163-78.
- Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J Psychiatr Pract* 2001; 7(5):287-97.
- Ghaemi SN, Miller CJ, Berv DA, et coll. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Dis* 2005; 84: 273-7.
- Angst J, Gamma A, Endrass J, et coll. Obsessive-compulsive syndromes and disorders: significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255(1):65-71.
- Henin A, Biederman J, Mick E, et coll. Childhood antecedent disorders to bipolar disorder in adults: a controlled study. *J Affect Disord* 2007; 99(1-3):51-7.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et coll. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6):617-27.