

# Université Ferhat Abbas – Sétif

Faculté de Médecine – Département de Médecine

Enseignement de la 5<sup>ème</sup> année de médecine

Année universitaire : 2019-2020

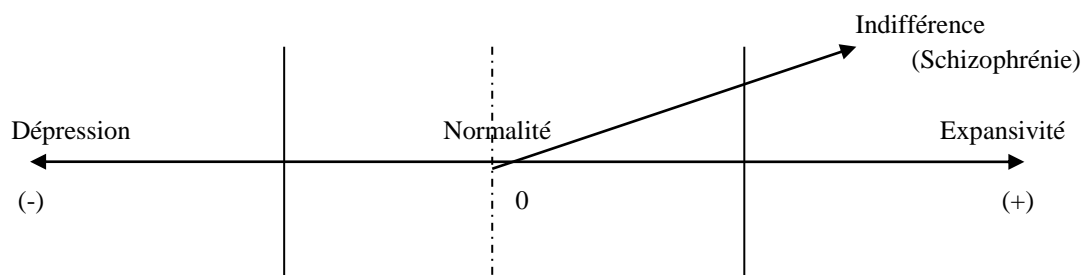
## *Les troubles de l'humeur*

*Pr ALOUANI (Professeur de psychiatrie)*

### **I. Introduction**

« L'humeur est cette disposition affective fondamentale riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les 2 pôles extrêmes du plaisir et de la douleur » (Jean Delay).

Les variations pathologiques de l'humeur peuvent se faire dans le sens négatif (dépression), dans le sens positif (accès maniaque) ou dans le sens d'une indifférence (schizophrénie).



### **II. L'accès maniaque**

La manie aiguë est un état d'excitation caractérisé par :

- Une exaltation de l'humeur avec euphorie.
- Une accélération des processus psychiques.
- Une hyperactivité motrice.
- Une perturbation de certaines fonctions biologiques (sommeil, appétit...).

## A/ Clinique

### 1. Mode de début

Dans la moitié des cas, l'accès maniaque succède à une phase dépressive. Quand l'accès maniaque s'installe, le début est brutal ou progressif. Le sujet se sent envahi par un sentiment d'euphorie, de jovialité et de facilité. Les troubles du sommeil sont fréquents, les troubles du caractère et de l'excitation sont présents.

### 2. Phase d'état

#### a- Présentation

Le visage maniaque est animé de mouvements, ses yeux brillants, sa mimique est hyper expressive.

Il est d'une familiarité excessive. Le maniaque aime les couleurs chatoyantes, sa tenue est extravagante.

#### b- Les troubles de l'humeur et de la vie instinctuelle

→ *Troubles de l'humeur* : l'humeur maniaque est exaltée, le malade se sent léger, capable de tout faire et infatigable. La familiarité est présente et rien ne l'intimide. Il programme des projets grandioses et se croit capable de tout faire.

La versatilité de l'humeur est frappante ; l'humeur maniaque est changeante, le sujet passe facilement des rires aux pleurs ; il s'irrite à la moindre contrariété et peut passer de la générosité à l'agressivité.

→ *Le débordement instinctuel* : relâchement des censures morales et sociales, excitation érotique. Ce déchaînement contraste avec le comportement antérieur chez un sujet auparavant réservé et timide. Le sujet peut proférer des propos orduriers et peut recourir à l'exhibitionnisme.

#### c- Troubles de l'idéation

la pensée maniaque se caractérise par le désordre. Les processus psychiques sont accélérés (tachypsychie), la fuite des idées constitue l'aspect essentiel de cette pensée. Les images défilent, des souvenirs surgissent en désordre avec une logorrhée intarissable. Le maniaque saute d'une idée à l'autre, son attention est éparpillée, il joue avec les mots, raconte des anecdotes, des proverbes, ses propos sont rimés. L'exaltation de l'imagination se traduit souvent par une fabulation pseudodélirante. Le maniaque n'adhère que partiellement à son délire. On retrouve des idées délirantes de grandeur et parfois de persécution.

#### d- Troubles de la motricité

Le maniaque a besoin d'agir et son hyperactivité se traduit par des achats inconsidérés (pathologiques), des démarches.

L'agitation ne manque jamais, le maniaque vit sur un rythme accéléré, il fait les cent pas, manipule les objets et gesticule.

Cette activité incessante a un caractère ludique, le maniaque aime se déguiser et jouer des rôles, il continue parfois à danser et à chanter. La grande agitation maniaque est rare.

#### e- Les symptômes somatiques

L'insomnie est constante, précoce et rebelle au traitement.

La température est normale, le pouls est rapide et la TA est parfois basse. La faim et la soif sont excessives, l'amaigrissement est habituel.

Les sécrétions sont toujours augmentées (sueur,..).

## **B / Evolution**

L'évolution spontanée se fait vers la guérison en 5-6 mois en moyenne avec des accès courts de quelques semaines et prolongés durant plusieurs années. Avec la chimiothérapie, la durée de l'accès est écourtée, l'amélioration se fait progressivement : la fabulation disparaît rapidement, mais la logorrhée et les troubles de l'activité motrice disparaissent plus lentement.

## **C / Les formes Cliniques**

- *L'accès hypomaniaque* : forme de manie atténuée, mineure, plus fréquente que l'accès maniaque typique. Son diagnostic est plus facile quand il survient chez un maniaco-dépressif connu et plus difficile quand il s'agit d'une 1<sup>ère</sup> manifestation. La symptomatologie est celle de l'accès maniaque : exaltation de l'humeur, excitation psychomotrice, troubles du caractère, troubles somatiques.

- *Les états mixtes* : au cours de l'accès, des symptômes maniaques et des symptômes mélancoliques sont étroitement associés ; le diagnostic est très difficile. Les états cliniques sont rares.

## **D / Traitement**

Dans l'accès maniaque franc, l'hospitalisation est nécessaire afin d'éviter les conséquences néfastes des troubles du comportement (excitation motrice, dépenses pathologiques).

→ *Chimiothérapie* :

- TRT neuroleptique par voie IM en donnant une association de deux NLP : l'un incisif et l'autre sédatif. Si l'agitation est importante on peut donner un anxiolytique en IVL (Diazepam®). On prend le relais per os après quelques jours (3-5j) en donnant la même association.
- Les thymorégulateurs (sels de lithium) : faire un bilan préthérapeutique complet avant de les prescrire (rénal, thyroïdien, cardio-vasculaire, ...). Ils sont donnés comme TRT d'attaque d'un accès maniaque aigu unique et en prévention de l'accès maniaque d'une psychose maniacodépressive (PMD ou maladie bipolaire). Le taux de lithium sanguin thérapeutique efficace se situe entre 0.8 et 1.2 meq/l. En Algérie, par absence de laboratoire de dosage de la lithiémie, on donne la carbamazépine (Tégretol® : 800-1200 mg/j en dose d'attaque, 200-400 mg/j en dose d'entretien)

→ *Psychothérapie institutionnelle*.

## **III- L'état dépressif majeur grave (mélancolie)**

Il est caractérisé par :

- Une humeur dépressive avec une profonde douleur morale.
- Une inhibition psychique et motrice.
- Une perturbation de certaines fonctions biologiques (anorexie, insomnie).

## **A / Clinique**

### **1. Mode de début**

L'accès se constitue progressivement avec comme premiers signes : la fatigue et l'insomnie. La symptomatologie se précise en quelques semaines ou en quelques mois : dépréciation, dégoût, ruminations anxieuses avec parfois des idées ou des gestes suicidaires. Parfois l'accès mélancolique est favorisé par une cause psychologique (maladie somatique) ou toxique.

### **2. Phase d'état**

#### **a-Présentation**

Le visage mélancolique est terreux, vieilli, les traits du visage sont peu mobiles, ses yeux sont fixes. Le malade est inerte et prostré, son activité spontanée est réduite au minimum, ses gestes sont lents et pénibles. La mélancolie parle peu, répond avec lenteur, par monosyllabes, ses propos sont entrecoupés de soupirs et de gémissement.

#### **b-Inhibition psychomotrice**

→ *Inhibition intellectuelle* : l'idéation est lente (bradypsychie) et pauvre, le sujet évoque des souvenirs avec difficultés, son attention est relâchée, le malade ne peut pas suivre une conversation ou se concentrer sur une lecture. Sa production verbale est ralentie avec parfois un semi mutisme.

→ *Inhibition de la volonté* : on retrouve un sentiment d'impuissance et d'indécision. Toute activité motrice est ralentie, les actes de la vie courante demandent un effort démesuré (nettoyage corporel, habillement, ...).

→ *Inhibition de l'affectivité* : il existe une anesthésie affective avec un profond désespoir.

#### **c-Troubles de l'humeur et la douleur morale**

L'humeur mélancolique est triste et dépressive. Le malade a perdu le goût de la vie, son champ de conscience est envahi par une tristesse importante, c'est une tristesse permanente et profonde. Rien ne peut reconforter le mélancolique confiné dans son malheur (anhédonie).

#### **d-Le désir de la mort et les conduites suicidaires**

La conscience mélancolique est dominée par l'idée de mort, les conduites suicidaires sont fréquentes et graves justifiant des mesures de surveillance constante. Environ 15% des mélancoliques meurent par suicide.

#### **e-Les symptômes somatiques**

L'insomnie est constante, pénible et rebelle au TRT ; elle est parfois totale, souvent initiale, mais surtout terminale.

Les troubles digestifs sont habituels (anorexie, constipation) l'amaigrissement est constant. L'aménorrhée est constante, il ya une baisse de la libido et du désir sexuel.

## **B / Evolution**

L'évolution spontanée se fait vers la guérison en 6-7 mois en moyenne avec des accès courts de quelques semaines et prolongés de plusieurs années.

La chimiothérapie a beaucoup amélioré le pronostic de cette affection et a raccourci la durée.

L'amélioration est généralement progressive par la reprise de l'activité et l'appétit. L'humeur se normalise tardivement.

## **C / Formes cliniques**

- Forme simple.
- Forme délirante.
- Forme stuporeuse.
- Forme agitée.
- Dépression masquée.

## **D / Traitement**

L'hospitalisation est systématique devant :

- Tous les patients qui présentent un état mélancolique franc et sévère
- Tous les déprimés chez lesquels il existe un risque suicidaire
- Tous les déprimés qui présentent un trouble persistant du sommeil ou une AEG importante.
- Les déprimés âgés ou ceux qui nécessitent une surveillance étroite.
- Les déprimés dont l'accès persiste malgré un TRT ambulatoire bien conduit.
- Le choix du traitement dépend de l'âge du malade, de la forme clinique de la dépression et de l'état somatique du sujet.

→ *La sismothérapie* : la cure comporte 9 à 12 séances pratiquées sous anesthésie (curarisation), tout en éliminant les contre-indications (neurologiques et cardio-vasculaires).

La cure est réservée :

1. Aux dépressions anxieuses et délirantes
2. Aux dépressions stuporeuses et délirantes.
3. Aux formes où il y a une contre-indication ou une résistance au traitement antidépresseur.

→ *La chimiothérapie* : fait appel aux ATD tricycliques type Clomipramine (Anafranil®) par voie parentérale associés à un sédatif.

- Exemple de schéma

- J<sub>1</sub> : 150cc de SGI 5% + une ampoule d'Anafranil® à 25mg (de préférence le matin en 2-4h).
- - J<sub>2</sub> : 150cc de SGI à 5% + 2 ampoules d'ampoules d'Anafranil® (50mg).
- - J<sub>3</sub> → J<sub>15</sub> : 150cc de SGI à 5% + 3 ampoules d'Anafranil® (75mg).
- Association de Lévoméprazine (Nozinan® 25mg) en IM : une ampoule le matin et une le soir.
- Le relais se fait per os après 15j en donnant le double de la posologie des ATD (Exemple : Anafranil® cp 75mg : 1x 2/j).
- Le TRT est donné sur une durée de 6 mois au minimum après l'amélioration des signes cliniques. La surveillance se fait sur le plan somatique (Effets secondaires) et sur le plan psychique (risque d'inversion de l'humeur).

→ *La Psychothérapie Institutionnelle*.

#### **IV / La psychose maniacodépressive (PMD) ou troubles bipolaires**

- Elle se caractérise par la survenue d'une perturbation cyclique de l'humeur sous forme d'accès maniaques ou mélancoliques ; le malade retrouve son état de « normalité » dans l'intervalle des accès.
- Formes cliniques
  - Forme bipolaire : caractérisée par la survenue d'accès maniaques et dépressifs (au moins 1 accès de chaque sorte).
  - Forme unipolaire dépressive : la plus fréquente avec une nette prédominance pour le sexe féminin.
- Traitement : Intérêt du traitement prophylactique par les thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur).