

# Le trouble bipolaire infanto-juvénile

## *Bipolar disorder in children and adolescents*

**C. Dame et P. Caspar**

Hôpital psychiatrique St Jean-de-Dieu, Leuze-en-Hainaut

### RESUME

*Le trouble bipolaire (TBP) touche toutes les catégories d'âge, y compris les enfants en âge préscolaire (trouble bipolaire infanto-juvénile ou TBPIJ). Son diagnostic chez l'enfant et l'adolescent soulève deux difficultés : une présentation différente de celle rencontrée chez l'adulte et une comorbidité psychiatrique importante (tout spécialement le trouble déficit de l'attention-hyperactivité). Cette revue présente la clinique, le diagnostic différentiel, les antécédents familiaux, la comorbidité et le traitement du TBPIJ.*

*Rev Med Brux 2006 ; 27 : 437-43*

### ABSTRACT

*Bipolar disorder affects all age categories, included children and adolescents (in this case, prepubertal and early adolescent or PEA-BP). Its diagnosis at this age is difficult for two reasons : first, clinical symptoms are different from these encountered by adults and second, an important psychiatric comorbidity is often observed (especially with attention-deficit/hyperactivity disorder or ADHD). This review presents the clinical presentation, the differential diagnosis, the familial antecedents, the comorbidity and the treatment of the PEA-BP.*

*Rev Med Brux 2006 ; 27 : 437-43*

*Key words : bipolar disorder, children, adolescents, review*

### INTRODUCTION

Aretaeus, un médecin grec appartenant à l'école pneumatique du 2<sup>ème</sup> siècle après JC, décrit déjà la maniaque-dépression chez " *ceux qui approchent de l'adolescence, et les jeunes...* "1. Le grand aliéniste français Etienne Esquirol observe quelques cas au début du 19<sup>ème</sup> siècle2. En 1921, Emil Kraepelin montre, dans une étude rétrospective portant sur 903 patients adultes bipolaires, la présence de symptômes avant l'âge de 10 ans chez 0,4 % d'entre eux3. Plus récemment, Goodwin et Jamison obtiennent un pourcentage similaire de 0,3 %4.

Enfin, de nombreux articles et études sur le trouble bipolaire infanto-juvénile (TBPIJ) ont été publiés ces dernières années, ce qui prouve le renouveau de l'intérêt clinique pour cette pathologie1 après une période où les théories psychanalytiques en méconnaissaient l'existence chez l'enfant et l'adolescent pour des raisons qu'il ne nous revient pas de discuter dans le cadre de cet article.

Par conséquent, le TBPIJ est souvent mal ou sous-diagnostiqué et, jusqu'il y a peu, son existence n'était pas confirmée5,6.

### DIAGNOSTIC ET EVOLUTION

Le TBPIJ se manifeste parfois très tôt dans la vie de l'enfant. Il est cependant relativement méconnu par le praticien, ce qui s'explique notamment par une symptomatologie différente de celle de l'adulte.

Les critères du DSM-IV, basés sur la clinique de l'adulte, devraient être revus pour une application pédopsychiatrique1. Il n'est pas aisé de reconnaître les symptômes de dépression ou d'(hypo)manie chez les enfants, d'une part parce que ces derniers éprouvent des difficultés à exprimer leurs propres sentiments, et d'autre part parce que plusieurs symptômes maniaques de l'adulte ne peuvent pas leur être appliqués comme tels.

Les caractéristiques atypiques du TBP chez l'adulte semblent être celles que l'on retrouve le plus fréquemment chez l'enfant7. En second lieu, le diagnostic de TBPIJ est rendu plus difficile par la présence d'une comorbidité psychiatrique très importante, le trouble le plus fréquemment associé étant celui combinant déficit de l'attention et hyperactivité (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* ou ADHD)8-11.

## Critères DSM-IV

Rappelons que le DSM-IV propose des critères de diagnostic des pathologies psychiatriques particulièrement pertinents chez l'adulte. Le manuel distingue deux types de troubles bipolaires (TBP), le TBP de type I et le TBP de type II<sup>12</sup>.

Le TBP de type I se caractérise par la survenue d'un ou plusieurs épisodes (hypo)-maniaques ou mixtes (" caractérisés par l'alternance de phases maniaques et dépressives "). Ces patients ont souvent présenté un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs.

Pour rappel, l'épisode maniaque est caractérisé par une humeur élevée de façon anormale pendant au moins une semaine et au moins trois des symptômes suivants (augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ; réduction du besoin de sommeil ; désir de parler constamment ou plus grande communicabilité ; fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ; distractibilité ; agitation psychomotrice ou augmentation de l'activité orientée vers un but ; engagement excessif dans des activités agréables mais dommageables).

Il existe de plus une altération importante du fonctionnement social, professionnel ou interpersonnel. On demande en outre que les symptômes ne soient pas expliqués par la prise d'une substance ou par un état pathologique (hyperthyroïdie par exemple).

Toujours pour rappel, l'épisode dépressif se caractérise par la présence d'au moins cinq des symptômes suivants, dont au moins un des deux premiers, et persistant pendant au moins deux semaines (humeur dépressive pratiquement toute la journée presque tous les jours ; diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour les activités ; perte ou gain de poids ou augmentation ou diminution de l'appétit ; insomnie ou hypersomnie presque tous les jours ; agitation ou ralentissement psychomoteur ; fatigue ou perte d'énergie ; sentiment de dévalorisation ou sentiment de culpabilité excessive ; diminution de l'aptitude à penser, perte de concentration, indécision ; pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires).

Il existe en outre une altération importante du fonctionnement social, professionnel ou interpersonnel. On demande en outre que les symptômes ne soient pas expliqués par la prise d'une substance, par un état pathologique (hypothyroïdie par exemple) ou par un deuil.

Toujours selon le DSM-IV, le TBP de type II est caractérisé par la présence d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs et d'au moins un épisode hypomaniaque, sans existence d'un épisode maniaque ou mixte. On demande également que les symptômes ne soient pas expliqués par un trouble schizo-affectif ou psychotique quelconque.

L'épisode hypomaniaque se caractérise par une humeur élevée de façon expansive, persistante ou irritable tous les jours pendant au moins quatre jours et au moins trois des symptômes typiques de l'épisode maniaque.

Le patient est indiscutablement différent de son état normal, sans que cette perturbation n'affecte profondément l'activité sociale ou professionnelle.

## Transposition à l'enfant

La transposition de ces critères à l'enfant et à l'adolescent n'est pas aisée. Cette difficulté est particulièrement manifeste pour les épisodes (hypo)maniaques. En effet, il est difficile d'imaginer qu'un enfant puisse être pathologiquement trop heureux, trop expansif ou encore puisse présenter des idées de grandeur. A la différence des adultes, les enfants ne peuvent pas utiliser à l'excès leur carte de crédit (les dépenses inconsidérées font partie du tableau de l'épisode maniaque) ou se marier à plusieurs reprises. En revanche, les troubles du sommeil, par exemple, peuvent se retrouver aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant ou l'adolescent. Le praticien se trouve donc devant une réelle difficulté pour identifier chez l'enfant ou l'adolescent les équivalents des manifestations maniaques de l'adulte<sup>13</sup>.

Les exemples suivants illustrent cette difficulté.

- Humeur haute : un enfant débordant de bonheur le jour où il va à Disneyland, le matin de Noël ou lors de la visite de ses grands-parents est normal et approprié au contexte. En revanche, un enfant renvoyé de l'école parce qu'il fait le clown et rit sans arrêt pendant les cours peut manifester des symptômes maniaques.
- Sentiment de grandeur : un garçon de 7 ans qui joue au pompier, dirige d'autres pompiers et sauve des vies, joue de manière normale et appropriée pour son âge, tant qu'il n'appelle pas les vrais pompiers pour les commander ou y joue pendant les heures de classe.
- Diminution du besoin de sommeil : un enfant normal a besoin de huit à dix heures de sommeil par nuit et se sent fatigué le lendemain s'il dort moins. Un enfant maniaque peut ne dormir que quelques heures et se sentir en pleine forme le lendemain.
- Hypersexualité : un enfant de 7 ans qui joue au docteur avec un(e) ami(e) du même âge est normal. Un garçon de 8 ans qui imite une star de rock en se déhanchant et se frotte l'entre-jambe durant un entretien psychologique est pathologique.
- Fuite des idées : un enfant normal ne donne pas de réponse affirmative à une question portant sur la fuite des idées. Les enfants maniaques donnent des réponses concrètes telles que : " je ne sais que penser en premier ", " mes pensées dépassent les limites de vitesse " <sup>14</sup>.

## Spécificité symptomatologique du TBPIJ

Les symptômes de bipolarité chez l'enfant et l'adolescent sont différents de ceux présentés par l'adulte. Par ordre d'importance décroissante des symptômes du TBPIJ, on trouve une irritabilité (92 %) <sup>16</sup>, la présence d'un épisode dépressif majeur (90 %) <sup>5</sup>, la présence d'une ou de plusieurs phase(s) mixte(s) (84 %) <sup>5,16</sup>, un excès d'énergie (66 %) <sup>16</sup>, une fuite des idées (63 %) <sup>16</sup>, des symptômes psychotiques (60,2 %) <sup>13</sup>, une euphorie (17 %) <sup>16</sup>.

L'irritabilité est donc le symptôme le plus fréquemment présent. Les cycles rapides (c'est-à-dire présentant plus de quatre changements de polarité par an) sont présents chez 87,1 % des enfants et des adolescents BP. Dans 77,4 % des cas, les cycles rapides sont ultradiens, ce qui signifie qu'ils se succèdent au cours d'une même journée <sup>13</sup>. Dans le même sens, Geller *et al* parlent de 77,4 % de rythmes ultradiens dans son échantillon, ce qui est nettement plus élevé que dans des échantillons d'adulte bipolaires (où la fréquence des rythmes ultradiens est de 20 % seulement) <sup>16</sup>. La présence de rythmes rapides est un signe de mauvais pronostic, que ce soit chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte.

## Exclusion de pathologies organiques

Avant de poser le diagnostic de TBPIJ, il faut exclure certaines pathologies organiques qui peuvent mimer la manie chez les enfants et les adolescents : épilepsie temporale, hyperthyroïdie, fracture du crâne ouverte ou fermée, sclérose multiple, lupus érythémateux disséminé, maladie de Wilson.

Certains médicaments peuvent aussi accentuer les changements d'humeur chez les enfants et les adolescents :

- les antidépresseurs (tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) ;
- l'aminophylline ;
- les corticostéroïdes ;
- les amines sympathomimétiques (exemple : pseudoéphédrine) ;
- certains antibiotiques (clarithromycine, érythromycine, amoxicilline) <sup>15</sup>.

## Evolution du TBPIJ

L'évolution du TBPIJ présente elle aussi quelques spécificités par rapport à celle de l'adulte.

La littérature fait état des caractéristiques suivantes :

- les TBPIJ débutant à un âge précoce sont très souvent associés à des cycles rapides, à des idées suicidaires, voire à des tentatives de suicide, qui sont autant d'indices d'un mauvais pronostic. En outre, la comorbidité avec des abus de substance et des troubles anxieux est importante <sup>17,18</sup> ;
- un tiers des enfants prépubères déprimés deviendront

BP. Le " virage " a lieu en général endéans les quatre ans qui suivent le premier épisode dépressif majeur et habituellement après deux à quatre épisodes <sup>19</sup> ;

- 20 à 40 % des adolescents ayant eu une dépression deviendront BP endéans les 5 ans <sup>20</sup>.

Les signes cliniques associés à un risque accru de développer ultérieurement un TBP chez les adolescents ou chez les adultes atteints d'un épisode dépressif majeur sont :

- une dépression à un âge précoce ;
- une dépression accompagnée d'un retard psychomoteur ou de symptômes psychotiques ;
- un antécédent familial de trouble de l'humeur ou d'hypomanie induite par la prise d'un médicament <sup>21-23</sup>.

L'évolution du trouble chez l'enfant et l'adolescent est moins favorable que chez l'adulte. Par rapport aux adultes, les enfants et les adolescents présentent un taux de rémission de la manie plus faible et un pourcentage de rechute après rémission plus élevé. Plusieurs auteurs soulignent que le pronostic du trouble est moins bon chez les jeunes que chez les adultes <sup>24-28</sup>.

La découverte d'un trouble de l'humeur chez un jeune pose la question particulièrement difficile du diagnostic différentiel entre le trouble dépressif majeur unipolaire et le TBPIJ chez l'adolescent.

Dans une étude utilisant comme groupe témoin un échantillon d'enfants atteints d'ADHD, Wozniak *et al* ont montré que les jeunes atteints de TBPIJ présentent, de manière significativement plus élevée, une anhédonie, une association de tristesse et d'irritabilité, un risque suicidaire et un sentiment de désespoir ou de pessimisme. La comorbidité psychiatrique est plus importante, avec notamment un risque accru de survenue d'une dépression sévère, des troubles anxieux, de troubles du comportement, des attitudes d'opposition sévère, d'abus d'alcool ou d'agoraphobie. Leur fonctionnement psychosocial est moins adapté que celui des enfants atteints d'un trouble dépressif unipolaire ou tout simplement d'ADHD. Leur comportement scolaire est plus perturbé. Ils ont plus fréquemment des problèmes avec leurs pairs, avec leurs frères et sœurs, et avec leurs parents. En revanche, les relations filles-garçons sont plus souvent perturbées chez les jeunes atteints d'un trouble dépressif majeur. Mais ce diagnostic différentiel n'a pas seulement une incidence sur le pronostic. Il conditionne également le type de prise en charge. Les jeunes unipolaires peuvent être pris en charge par une thérapie, ou des consultations sans recours à une médication. En revanche, les hospitalisations sont plus fréquentes pour les patients atteints d'un trouble bipolaire <sup>29</sup>. Les détériorations du fonctionnement psychosocial, les mauvaises relations avec les parents, les frères et sœurs, les amis et les enseignants, les difficultés scolaires plus fréquentes dans le TBPIJ sont également soulignées par Geller *et al* <sup>30</sup>.

Enfin, deux autres facteurs de pronostic doivent être pris en compte. Tout d'abord, les jeunes patients vivant dans une famille intacte ont 2,2 fois plus de chances de rémission que ceux qui proviennent d'une famille éclatée ou recomposée<sup>24</sup>. Enfin, les enfants ayant reçu peu de chaleur maternelle sont 4,1 fois plus sujets à une rechute après rémission<sup>24,31</sup>.

## COMORBIDITE DU TBPIJ

La comorbidité psychiatrique complique souvent le tableau clinique du TBPIJ et conditionne par ailleurs la réponse au traitement.

La comorbidité avec l'ADHD est la plus importante. Elle est d'autant plus fréquente que les sujets sont plus jeunes<sup>11</sup>. 98 % des enfants atteints de TBPIJ souffrent aussi d'ADHD<sup>15,32</sup>. La proportion est moindre chez les adolescents. 29,4 % des patients maniaques âgés de 13 ans et plus seraient également atteints d'ADHD<sup>34</sup>.

Les symptômes communs aux deux pathologies sont une humeur irritable, un discours accéléré, une distractibilité et un excès d'énergie. Par contre, une humeur haute, un sentiment de grandeur, une réduction du besoin de sommeil, une fuite des idées et une hypersexualité sont spécifiques de la manie<sup>16,33</sup>. Par conséquent, l'humeur haute et un sentiment de grandeur sont considérés comme spécifiques du TBPIJ et sont requis dans la plupart des études<sup>11,13,24</sup>.

Les jeunes patients présentant à la fois un trouble bipolaire et un ADHD souffrent de problèmes majeurs d'attention. Les détails leur échappent. Ils ont des difficultés à garder une attention soutenue, à organiser des tâches et sont facilement distraits (les auteurs ne précisent toutefois pas le contexte dans lequel ces symptômes ont été observés)<sup>9</sup>.

Comme nous l'avons vu plus haut, d'autres comorbidités psychiatriques ont été décrites, mais en proportion nettement moindre : trouble des conduites, trouble oppositionnel et défiant, abus et dépendance à l'alcool, agoraphobie et trouble panique<sup>9,29,35,36</sup>.

## ANTECEDENTS FAMILIAUX

Plusieurs indices suggèrent une transmission familiale du TBPIJ, bien qu'aucune preuve définitive ne soit venue étayer cette hypothèse. Des études familiales portant sur des paires de jumeaux et des enfants adoptés plaident en faveur d'une transmission génétique du TBP. Selon ces dernières, un début précoce du trouble serait associé à un risque de transmission familiale plus important<sup>38</sup>. Il semble en effet acquis que 75 % des enfants prépubères atteints de TBPIJ ont au moins un parent au premier degré atteint de TBP. En revanche, cette proportion tombe à 17 % chez les jeunes ayant débuté leur trouble à l'adolescence. Inversement, la fréquence du TBP chez les parents de sujets débutant un TBPIJ à l'âge prépubère est quatre fois supérieure à celle trouvée

chez les parents de jeunes ayant débuté leur trouble à l'adolescence et dix fois supérieure à ceux ayant débuté leur TBP à l'âge adulte<sup>37</sup>. Par conséquent, les évaluations psychiatriques d'un patient bipolaire devraient donc être étendues à sa famille pour détecter et traiter précocement les membres symptomatiques, et ce d'autant plus que les sujets sont jeunes<sup>40</sup>.

Par ailleurs, plusieurs auteurs ont montré que les parents au premier degré d'un enfant atteint d'un trouble TBPIJ ont un risque morbide de trouble affectif d'autant plus important que leur enfant a débuté son TBP à un âge précoce<sup>36,39</sup>.

## TRAITEMENT

Le lithium (Li) est le seul thymostabilisateur approuvé par la " *United States Food and Drug Administration* " (FDA) pour le traitement de la manie aiguë et du TBPIJ chez les enfants et adolescents âgés de 12 à 18 ans<sup>15</sup>. La dose thérapeutique habituelle est de 30 mg/kg/j à répartir en 2 à 3 prises. Le niveau plasmatique doit se situer entre 0,8 et 1,2 mEq/l. Les effets secondaires du lithium sont à surveiller, à savoir l'hypothyroïdie, les nausées, la polyurie, la polydipsie, les tremblements, l'acné et la prise de poids. Une lithémie et un contrôle des fonctions rénale et thyroïdienne doivent être réalisés d'emblée et ensuite tous les 6 mois<sup>41</sup>.

Dans la pratique, la plupart des autres traitements utilisés chez l'adulte le sont aussi chez l'enfant et l'adolescent maniaque (acide valproïque (AcV), la carbamazépine (Carb), les antipsychotiques atypiques (ApA) : olanzapine, quétiapine, rispéridone). Cet usage courant ne fait toutefois pas l'objet d'études scientifiques qui en légitimeraient le bien-fondé<sup>42</sup>.

Les directives thérapeutiques ont été développées par un groupe d'experts qui se sont basés sur la littérature existante<sup>42</sup> et dont nous nous inspirons. Tout d'abord, une durée de traitement de quatre à six semaines à dose adéquate (ou à un niveau plasmatique thérapeutique) pour chaque médication est nécessaire. Dans certains cas (exemple : lithium), huit semaines de traitement sont requises pour établir l'efficacité de l'agent psychotrope.

- Le traitement de première ligne pour un TBPIJ, épisode aigu maniaque ou mixte sans symptôme psychotique, consiste en une monothérapie avec un thymostabilisateur (Li, AcV, Carb, ApA). Il n'y a pas d'étude comparative de l'efficacité de ces différents agents, mais il est malgré tout recommandé d'utiliser le Li ou l'AcV comme traitement de premier choix dans la manie sans symptôme psychotique. Chez les enfants ayant eu une amélioration partielle sous cette monothérapie, il est recommandé d'ajouter un autre traitement. Si l'AcV était la monothérapie initiale, le Li, l'olanzapine, la quétiapine et la rispéridone peuvent être ajoutés. Si un ApA seul ne donne qu'une rémission partielle, on peut le combiner au Li, à l'AcV ou à la Carb. S'il

n'y a aucune réponse positive à cette combinaison thérapeutique, le traitement doit être arrêté et une monothérapie avec un thymostabilisateur non encore employé doit être mise en place. Si la réponse à cette nouvelle monothérapie est insuffisante, une nouvelle combinaison avec un autre stabilisateur de l'humeur non encore utilisé sera instaurée. En cas de réponse insuffisante ou d'effets secondaires trop importants, des thymostabilisateurs non encore essayés précédemment seront employés et éventuellement la mise en place d'une combinaison de trois thymostabilisateurs. En cas de non-réponse à tous ces traitements, l'alternative sera soit une électroconvulsivothérapie, soit l'usage de clozapine.

- Le traitement de première ligne pour un TBPIJ, épisode aigu, maniaque ou mixte avec caractéristiques psychotiques est la combinaison d'un stabilisateur d'humeur (Li, AcV, Carb) et d'un ApA. En cas de non-réponse, il est conseillé d'ajouter une troisième médication (Li + AcV + ApA ou Li + Carb + ApA). Si on n'obtient pas de réponse, ou si les effets secondaires sont trop importants, une combinaison d'un thymostabilisateur et d'un ApA non encore utilisé doit être essayée. En cas d'échec, deux thymostabilisateurs et un ApA seront prescrits. L'électroconvulsivothérapie ou la clozapine peuvent être utilisées en dernier recours.
- Le traitement de première ligne pour un TBPIJ, épisode dépressif majeur aigu est le Li. Il n'existe toutefois aucune étude prospective concernant le traitement d'enfants ou d'adolescents BP dépressifs. Les SSRI (antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) améliorent les symptômes dépressifs mais peuvent avoir des effets déstabilisants chez certains jeunes. Par conséquent, un thymostabilisateur doit donc être préalablement instauré. Le traitement, antidépresseur doit être maintenu pendant au moins huit semaines après la rémission des symptômes dépressifs. La lamotrigine, qui est efficace dans les phases aiguës et dans la prévention d'épisodes dépressifs chez l'adulte, est en pratique parfois utilisée dans le TBPIJ. Les thérapies cognitivo-comportementales et les psychothérapies interpersonnelles sont efficaces dans le traitement aigu de la dépression. En cas de dépression sévère qui résiste au traitement chez un jeune BP, un traitement par électroconvulsivothérapie peut être envisagé.
- Traitement de maintenance/continuation : Le but du traitement de maintenance est de prévenir les rechutes et la récurrence, de réduire le risque de suicide, de stabiliser l'humeur et de permettre une meilleure adaptation sociale. Le Li, l'AcV et la Carb sont les substances les plus fréquemment utilisées chez l'enfant et l'adolescent. L'arrêt de ce traitement ne peut être envisagé qu'après minimum 12 à 24 mois consécutifs de rémission. La plus grande précaution doit être prise chez les patients ayant des antécédents de conduite suicidaire, de

conduites agressives sévères et/ou de symptômes psychotiques. Pour beaucoup de ces patients, une pharmacothérapie à très long terme (parfois même à vie) peut être indiquée. Il est recommandé : 1) de diminuer le traitement progressivement ; 2) de diminuer " au bon moment ", c'est-à-dire à un moment associé au risque le plus bas de dysfonctionnement (le moins de stress possible, pas de déprivation de sommeil, etc.) ; 3) de le diminuer lorsque l'environnement est stable ; 4) de programmer régulièrement des consultations afin de détecter rapidement les signes avant-coureurs d'une rechute.

- Effets secondaires : La plupart des traitements du TBP sont associés à une prise de poids. Une série de problèmes métaboliques peuvent en résulter tels que le diabète de type II, une élévation des taux lipidiques et une augmentation des transaminases. Une surveillance du poids et des conseils diététiques ainsi que des exercices physiques doivent être mis en place. De plus, le périmètre abdominal doit être régulièrement mesuré, ainsi que la glycémie, les transaminases et un profil lipidique. Des troubles cognitifs (notamment un déficit de mémoire de travail) ont été attribués aux médicaments de toutes les classes utilisées dans le traitement du TBP.

Le syndrome des ovaires polykystiques chez les filles traitées à long terme par l'AcV a été décrit. Une échographie est recommandée uniquement dans les cas où il existe une indication clinique (hirsutisme, alopecie, acné, anomalie du cycle menstruel).

Il existe d'autres effets secondaires tels que, parfois, des mouvements involontaires chez les patients traités par antipsychotiques, une augmentation de la prolactine, des perturbations de la formule sanguine (surtout avec la clozapine), ou l'apparition d'un syndrome malin aux neuroleptiques (ce dernier est heureusement très rare).

- Approche psycho-éducative : Lorsque l'enfant ou l'adolescent BP est stabilisé par le traitement pharmacologique, une approche psycho-éducative peut être très utile (informer l'enfant et ses parents sur le TBP, reconnaître ses symptômes, connaître son évolution et son traitement, etc.). Les familles d'enfants ou d'adolescents BP ont besoin de faire le deuil d'un enfant idéal et d'être soutenues avant de pouvoir s'adapter à un enfant souffrant d'une pathologie chronique, spécialement si la même maladie a affecté la vie d'un autre membre de la famille. Il est recommandé d'un point de vue psychothérapeutique d'axer cette approche d'une part sur le système familial et d'autre part sur une thérapie personnelle cognitivo-comportementale.
- Traitement de la comorbidité : La mise en place d'un traitement doit également prendre en compte l'importante comorbidité psychiatrique du TBPIJ. Certains auteurs recommandent de stabiliser les symptômes BP avant de traiter les pathologies associées<sup>42</sup>.

- Suivi par un pédopsychiatre : En tout état de cause, il est fortement conseillé de référer ces jeunes BP à un pédopsychiatre en vue d'effectuer une mise au point diagnostique et thérapeutique rapidement.

## CONCLUSION

L'identification des enfants et adolescents atteints d'un TBPIJ est souvent épineuse. Cette difficulté est liée d'une part à la symptomatologie présentée par l'enfant maniaque qui diffère assez fortement de celle rencontrée chez l'adulte, et d'autre part à la grande fréquence d'une comorbidité psychiatrique (principalement avec l'ADHD). Le pronostic du trouble BP serait d'autant plus défavorable qu'il se développe de façon précoce.

Un nombre non négligeable d'enfants et d'adolescents dépressifs auront une évolution vers un TBP, c'est-à-dire développeront ultérieurement dans leur vie un épisode maniaque. Cela doit nous sensibiliser sur la nécessité d'un suivi de ces patients à plus long terme, sur la nécessité d'informer le patient et/ou sa famille de façon à le/les rendre plus attentif(s) face à l'apparition de symptômes de la lignée maniaque/hypomaniaque en vue d'une approche thérapeutique la plus précoce possible. Cela pourrait avoir un impact clinique important. On sait en effet que l'évolution du trouble BP est très différente de celle de la dépression unipolaire tant au niveau de l'intégration psychosociale, de la fréquence et de l'intensité des rechutes, de l'intensité des symptômes et notamment du nombre de tentatives de suicide.

La mise en place à temps d'un traitement adapté peut se révéler décisive pour l'avenir du jeune patient.

Il n'est donc pas exclu qu'une meilleure prise en compte de ce trouble par le praticien contribue à une amélioration du pronostic très invalidant pour le développement scolaire et psychosocial du jeune patient, ainsi que sur son avenir psychiatrique en général.

## BIBLIOGRAPHIE

- Pigeaud J : Folie et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine. Paris, Les Belles Lettres, 1987 : 71-94
- Esquirol JED : Des maladies mentales. Paris, Ballière, 1838 : 30-1
- Kraepelin E : Manic-Depressive Insanity and Paranoia. Edinburgh, Scotland, Livingstone E and S, eds, 1921
- Goodwin FK, Jamison KR : Manic-depressive illness. New York, Oxford University Press, 1990
- Wozniak J, Biederman J, Kiely K *et al* : Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 ; 34 : 867-76
- Carlson GA, Strober M : Manic-depressive illness in early adolescence : a study of clinical and diagnostic characteristics in six cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1978 ; 17 : 138-53
- Lee Fu I : Bipolar disorder in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr* 2004 ; 26 (Suppl III) : 22-6
- Wozniak J : Recognizing and managing bipolar disorder in children. *J Clin Psychiatry* 2005 ; 66 (Suppl 1) : 18-23
- Jerrell JM, Shugart MA : Community-based care for youths with early and very-early onset bipolar I disorder. *Bipolar Disorder* 2004 ; 6 : 299-304
- Geller B, Luby J : Child and adolescent bipolar disorder : a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 ; 36 : 1168-76
- Geller B, Zimmerman 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
- American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th ed. (DSM-IV). Washington (DC), American Psychiatric Association, 1994
- Craney JL, Geller B : A prepubertal and early adolescent bipolar disorder I phenotype : a review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar Disorder* 2003 ; 5 : 243-56
- Geller B, Zimmerman B, Williams M, Delbello M, Frazier J, Beringer L : Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder : examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002 ; 12 : 3-9
- Kowatch R, DelBello M : Pharmacotherapy of children and adolescents with bipolar disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2005 ; 28 : 385-97
- Geller B, Zimmerman B, Williams M *et al* : DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002 ; 12 : 11-25
- Tasha D, Carter C, Mundo E, Parikh S V, Kennedy JL : Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *J Psychiatry Res* 2003 ; 37 : 297-303
- Papalos D, Hennen J, Cockerham M : Factors associated with parent-reported suicide threats by children and adolescents with community-diagnosed bipolar disorder. *J Affect Disord* 2005 ; 86 : 267-75
- Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL : Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depress disorder. *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 : 125-7
- Birmaher B, Ryan N D, Williamson D *et al* : Childhood and adolescent depression : a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996 ; 35 : 1427-39
- Strober M, Carlson G : Bipolar illness in adolescents with major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1982 ; 39 : 549-55
- Geller B, Fox L, Clark K : Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6 to 12 year-old depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994 ; 33 : 461-8
- Costello EJ, Pine D, Hammen C *et al* : Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry* 2002 ; 52 : 529-42
- Geller B, Craney J, Bolhofner K, Nickelsburg M, Williams M, Zimmerman B : Two-year prospective follow-up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 2002 ; 159 : 927-33

25. Schulze T, Müller D, Krauss H *et al* : Further evidence for age for onset being an indicator for severity in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2002 ; 68 : 343-5
26. Geller B, Zimmerman B, Williams M : Six-month stability and outcome of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000 ; 10 : 165-73
27. Carlson G, Bromet E, Driessens C, Mojtabai R, Schwartz J : Age at onset, childhood psychopathology, and 2-year outcome in psychotic bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2002 ; 159 : 307-9
28. Biederman J, Mick E, Faraone S, Van Patten S, Burbach M, Wozniak J : A prospective follow-up study of pediatric bipolar disorder in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Affect Disord* 2004 ; 82 S : 17-23
29. Wozniak J, Spencer T, Biederman J : The clinical characteristics of unipolar vs bipolar major depression in ADHD youth. *J Affect Disord* 2004 ; 82 : 59-69
30. Geller B, Bolhofner K, Craney J, Williams M, DelBello M, Gundersen K : Psychosocial functioning in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 ; 39 : 1543-8
31. Geller B, Tillman R, Craney J, Bolhofner K : Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Arch Gen Psychiatry* 2004 ; 61 : 459-67
32. Wozniak J, Biederman J, Richards J : Diagnostic and therapeutic dilemmas in the management of pediatric-onset bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2001 ; 62 (Suppl 14)
33. Geller B, Williams M, Zimmerman B *et al* : Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultrarapid or ultradian cycling. *J Affect Disord* 1998 ; 51 : 81-91
34. Geller B, Sun K, Zimmerman B, Luby J, Frazier J, Williams M : Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents : a preliminary study. *J Affect Disord* 1995 ; 34 : 259-68
35. Geller B, Craney J, Bolhofner K, DelBello M, Williams M, Zimmerman B : One-year recovery and relapse rates of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 : 303-5
36. Schürhoff 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
37. Strober M, Morrell W, Burroughs J, Lampert C, Danforth H, Freeman R : A family study of bipolar I disorder in adolescence. Early onset of symptoms linked to increased familial loading and lithium resistance. *J Affect Disord* 1998 ; 15 : 255-68
38. Faraone S, Glatt S, Tsuang M : The genetics of pediatric-onset bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2003 ; 53 : 970-7
39. Taylor M, Abrams R : Early- and late-onset bipolar illness. *Arch Gen Psychiatry* 1981 ; 38 : 58-61
40. Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C : Children of parents with bipolar disorder : a metaanalysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry* 1997 ; 42 : 623-31
41. Kowatch R, DelBello M : The use of mood stabilizers and atypical antipsychotics in children and adolescents with bipolar disorders. *CNS Spectrums* 2003 ; 8 : 273-80
42. Kowatch R, Fristad M, Birmaher B *et al* : Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder : child psychiatric workgroup on bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005 ; 44 : 213-35

**Correspondance et tirés-à-part :**

C. DAME  
Rue des Tourterelles 1  
7022 Hyon

Travail reçu le 24 février 2006 ; accepté dans sa version définitive le 26 juin 2006.