

# Au cœur de l'incertitude diagnostique en âge de transition

*In the depths of diagnostic uncertainty in transitional youth*

HENNEBICQ T.<sup>1</sup> et NICOLIS H.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrie infanto-juvénile, UCLouvain

<sup>2</sup>Equipe Enfants-Adolescents, Service de Santé mentale, Université libre de Bruxelles - La Plaine (ULB)

## RÉSUMÉ

La période de transition, située entre les âges de 16 et 24 ans, correspond à la période d'émergence des premiers symptômes de pathologies mentales chroniques. Si une partie des études penchent vers une nécessité d'un diagnostic rapide et précis pour accéder à des dispositifs thérapeutiques spécifiques, certains résultats récents avancent que ces premiers symptômes ne peuvent que difficilement être catégorisés d'un trouble mental particulier à ce jeune âge et feraient plutôt partie de sous-types « à risques » de pathologies mentales ou à des stades de la pathologie ne permettant pas encore de différenciation clinique. Cette approche permet une prise en charge plus précoce à des stades encore non différenciés d'une maladie psychiatrique, mais également plus spécifique.

Nous présentons le cas d'une jeune adulte de 21 ans, suivie en consultation pour labilité émotionnelle, idées suicidaires, comportements sexuels à risque et consommation de substances. Elle décrit de nombreuses difficultés relationnelles, une crainte d'abandon et un passé marqué par des éléments traumatiques. L'hypothèse d'un trouble de la personnalité borderline est avancée. Quelques semaines après l'introduction d'un traitement par SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*), la patiente présente plusieurs symptômes maniaques, qui ne se stabilisent qu'après l'arrêt de la médication antidépressive, une hospitalisation d'urgence et l'instauration d'une médication stabilisatrice de l'humeur. Les notions de *staging* avaient permis d'expliquer à la patiente sa situation clinique sans fermer la question diagnostique et l'instauration d'une prise en charge adéquate avant cette première décompensation.

Rev Med Brux 2023; 44 : 596-599

Doi : 10.30637/2023.22-087

**Mots-clés :** jeune adulte, trouble bipolaire, trouble de la personnalité borderline, diagnostic précoce

## ABSTRACT

Transitional age, between the ages of 16 and 24, corresponds to the period of the emergence of first symptoms of psychiatric disorders. If some studies recommend a fast and accurate diagnosis to reach a standardised therapeutic, recent results suggest that those first symptoms cannot be categorised as one psychiatric disease at this young age. Those symptoms are rather part of "at-risk" subtypes or at stages of the pathology that do not yet allow clinical differentiation. This approach allows earlier treatment at the still undifferentiated stages of a psychiatric illness, but also more specific.

We present the case of a 21-year-old female young adult, consulting for emotional lability, suicidal and at-risk sexual behaviours and drug consumption. She describes relational difficulties, a fear of abandonment and a past marked by traumatic elements. The first hypothesis was a borderline personality disorder. A few weeks after the start of the treatment with SSRI, the patient has multiple manic symptoms, which will only stabilize after discontinuation of antidepressant medication, emergency hospitalization, and initiation of mood-stabilizing medication. Notions of psychiatric staging allowed an explanation to the patient of her clinical situation without closing the diagnostic question and the beginning of appropriate management before the episode.

Rev Med Brux 2023; 44: 596-599

Doi: 10.30637/2023.22-087

**Key words:** young adult, bipolar disorder, borderline personality disorder, early diagnosis

## INTRODUCTION

L'adolescence est une période à haut risque de morbidité et la transition vers l'âge adulte est un moment de vulnérabilité psychologique importante. La prévalence de toute maladie mentale est plus élevée chez les adolescents tardifs que chez les adolescents plus jeunes<sup>1</sup>. La période de transition, située entre les âges de 16 et 24 ans, correspond à la période d'émergence des premiers symptômes de pathologies mentales, apparaissant pour 34,6% avant 14 ans, 48,4% avant 18 ans et 62,5% avant 25 ans<sup>2</sup>. Certains résultats récents avancent que ces premiers symptômes ne peuvent que difficilement être catégorisés comme spécifique d'un trouble mental particulier et feraient plutôt partie de sous-types « à risque » de pathologies mentales dans une vision transdiagnostique<sup>3</sup>. Nous relatons le cas d'une patiente en âge de transition dont la question diagnostique permet d'illustrer cette hypothèse.

## CAS CLINIQUE

Une jeune adulte de 21 ans débute son suivi au service de santé mentale. D'origine iranienne, elle séjourne depuis deux ans en Belgique dans le cadre de ses études supérieures, qu'elle réussit. La jeune femme se présente à la permanence pour étudiants avec des idées suicidaires importantes, évoquant une notion de trouble bipolaire qui aurait été diagnostiqué en Iran. Un oncle est rapporté comme schizophrène. A l'anamnèse, elle explique ressentir depuis ses 13 ans de l'instabilité émotionnelle, avec des périodes de ressentis dépressifs intenses avec sentiments de honte et de vide, conduisant à des idées suicidaires et des conduites auto-agressives (engagement dans des relations sexuelles non désirées avec recherche de punition). Elle rapporte des périodes d'anxiété majeure avec des hallucinations visuelles, auditives et kinesthésiques furtives, mais sans symptôme maniaque. Elle présente des périodes de consommation de substances à visée anxiolytique (cannabis, alcool). L'examen mental initial montre une thymie abaissée, des troubles du sommeil et des difficultés alimentaires. Elle décrit un lourd passé marqué par de la violence maternelle, du harcèlement scolaire et trois abus sexuels. La patiente explique se placer régulièrement dans des difficultés relationnelles importantes dans les sphères privées, scolaires et professionnelles, oscillant entre fusion et déception, menant progressivement à un décrochage scolaire. Au vu de la présence d'instabilités relationnelles, de l'image de soi et des affects, l'hypothèse diagnostique d'un trouble de la personnalité borderline est avancé selon les critères du DSM 5<sup>4</sup> et un suivi régulier instauré.

Un traitement par SSRI (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) est débuté un an plus tard puis majoré trois mois après, permettant une diminution des affects dépressifs et anxieux. Plusieurs semaines après le début du traitement apparaissent une augmentation d'investissement dans ses projets artistiques, une diminution du sommeil et de l'ali-

mentation et une reprise des comportements sexuels à risque. Cinq mois après le début du traitement, la patiente présente un examen clinique très contrasté par rapport aux semaines précédentes, avec logorrhée, fuite des idées, agitation psychomotrice et des idées de grandeur sans notion de prise récente de toxique. L'arrêt de la médication antidépressive est immédiatement recommandé avec une hospitalisation d'urgence. Une médication à visée stabilisatrice de l'humeur composée de deux neuroleptiques atypiques est débutée durant l'hospitalisation, avec une efficacité partielle sur les symptômes hypomanes. Cette médication ne correspond pas à la première ligne de traitement selon les recommandations internationales<sup>5</sup> et une modification pour ne conserver qu'un des deux neuroleptiques est proposée, mais un retour précipité vers l'Iran pour des raisons familiales ont empêché ce changement. La patiente continue à avoir des comportements impulsifs et des difficultés relationnelles avec un sentiment de vide et d'infériorité.

## DISCUSSION

La question diagnostique avant une première décompensation est importante mais difficile, comme cette situation clinique l'illustre. Les visions catégorielle et transdiagnostique sont comparées, les avantages et inconvénients sont repris dans le tableau.

Dans une vision catégorielle, les deux hypothèses diagnostiques avant la décompensation étaient le trouble de personnalité borderline et le trouble dépressif majeur. En effet, la patiente présentait d'une part une période de thymie abaissée avec sentiment de dévalorisation et culpabilité, idées noires et suicidaires, anhédonie et aboulie, et d'autre part des difficultés d'identité, une instabilité personnelle et dans ses relations sociales, des comportements impulsifs à risque, des tendances dépressives et anxieuses et une crainte d'abandon. Ces deux diagnostics peuvent apparaître durant la période de transition vers l'âge adulte et sont tous deux marqués par des idées noires et suicidaires ainsi que des difficultés de gestion émotionnelle<sup>6</sup>. Le diagnostic différentiel et leurs comorbidités sont difficiles à distinguer; cette catégorisation pose question dans la mise en place d'un plan de traitement en considérant les différentes prises en charge<sup>6</sup>.

Cette situation clinique peut également être analysée selon la notion de *staging*, qui permet de classer les symptômes entre six stades selon leur sévérité, impact fonctionnel et spécificité d'un trouble psychiatrique, chaque stade correspondant à une prise en charge spécifique<sup>7</sup>. Dans une vision transdiagnostique, les trois premiers stades sont décrits par des symptômes qui peuvent appartenir à plusieurs sous-types diagnostiques (psychotique, borderline, dépressif,...)<sup>8</sup>. Le stade 1b, « *Clinical High At Risk Mental State* »<sup>9</sup>, se situe avant un premier épisode spécifique d'un trouble qui marque le passage au stade 2. Les symptômes de la patiente peuvent être catégorisés au stade 1b au début du suivi, avec une

transition au stade 2 lors de l'épisode maniaque. Dans cette vision, il a été possible d'expliquer à la patiente avant la décompensation, son risque de développer une pathologie psychiatrique définie et d'insister sur la nécessité d'un suivi, sur la prise correcte de la

médication, tout en travaillant sur différents facteurs de risques. Après la phase maniaque, une prise en charge plus ciblée autour du diagnostic de bipolarité a pu être mise en place plus aisément grâce à la prise en charge précédant la décompensation.

## Tableau

### Comparaison des visions catégorielle et transdiagnostique.

	Avantages	Inconvénients
Vision catégorielle	<p>Possibilité de diagnostic clairement défini sur base de critères établis, même avant un premier épisode de décompensation.</p> <p><i>Dans le cas clinique,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Premières hypothèses diagnostiques de bipolarité et trouble dépressif majeur écartées sur base de l'anamnèse et de l'examen clinique</li> <li>- Hypothèse diagnostique retenue de trouble de la personnalité borderline avec affect dépressif</li> </ul>	<p>Diagnostic différentiel ou comorbides difficilement distinguables</p> <p><i>Dans le cas clinique,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phase initiale de doute diagnostique entre trouble de l'humeur (dépressif majeur ou bipolaire) et trouble de la personnalité borderline</li> </ul>
	<p>Possibilité de traitement clair défini sur base du diagnostic posé.</p> <p><i>Dans le cas clinique,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement par SSRI pour affects dépressifs</li> </ul>	<p>Conflits ou multiplicité des traitements recommandés.</p> <p><i>Dans le cas clinique,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduction d'un traitement SSRI malgré le risque possible d'un trouble bipolaire</li> </ul>
Vision transdiagnostique	<p>Symptômes décrits en termes de sévérité, impact fonctionnel et spécificité d'un trouble, permettant une classification par stades aspécifiques jusqu'au premier épisode de décompensation spécifique d'un trouble.</p> <p><i>Dans le cas clinique,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilité de garder une relativité diagnostique avant le premier épisode de décompensation</li> </ul>	<p>Absence de clair diagnostic avant le premier épisode de décompensation.</p> <p><i>Dans le cas clinique,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque de ne pas diagnostiquer précocement un trouble existant</li> </ul>
	<p>Possibilités de prévention et de traitement définies selon le stade d'évolution, même en absence de diagnostic.</p> <p><i>Dans le cas clinique,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des facteurs de risque (consommation de substances, sentiment d'abandon, comportement à risques, soutien extérieur...), mise en place d'un suivi (psychiatrique et psychothérapeutique), explication du risque de développement d'un trouble psychiatrique (dont bipolaire)</li> <li>- Pas de traitement médicamenteux recommandé avant un premier épisode de décompensation (prescrit dans cette situation sur base du contexte clinique).</li> </ul>	<p>Pas de traitement spécifique avant l'épisode de décompensation.</p> <p><i>Dans le cas clinique,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque de ne pas apporter précocement le traitement approprié</li> </ul>

## CONCLUSION

La notion de *staging* en psychiatrie et la mise en évidence d'états mentaux à risque dans la période de vulnérabilité de transition permettent un autre regard sur une situation clinique en apportant un éclairage différent sur les questions de prévention, de diagnostic et de prise en charge.

**Conflits d'intérêt : néant.**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Lepièce B, Zdanowicz N, de Becker E, de Timary P, Lorant V. Adolescents in transition to young adulthood: evolution of mental health status and risk factors associated with depressive and anxiety disorder. *Psychiatr Danub*. 2019;31(Suppl 3):371-5.
1. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, *et al*. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1):281-95.
1. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. Beyond the « at risk mental state » concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. 2018;17(2):133-42.
1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
1. Goodwin G, Haddad P, Ferrier I, Aronson J, Barnes T, Cipriani A, *et al*. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol (Oxf)*. 2016;30(6):495-553.
1. Cao Y, Xie H, Sun H, Xiao H, Long X, Qiu C, *et al*. Common and distinct patterns of gray matter alterations in young adults with borderline personality disorder and major depressive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;272(8):1569-82.
1. Hutsebaut J, Videler AC, Verheul R, Van Alphen SPJ. Managing borderline personality disorder from a life course perspective: Clinical staging and health management. *Personal Disord Theory Res Treat*. 2019;10(4):309-16.
1. Shah JL. Bringing Clinical Staging to Youth Mental Health: From Concept to Operationalization (and Back Again). *JAMA Psychiatry*. 2019;76(11):1121.
1. Hartmann JA, McGorry PD, Destree L, Amminger GP, Chanen AM, Davey CG, *et al*. Pluripotential Risk and Clinical Staging: Theoretical Considerations and Preliminary Data From a Transdiagnostic Risk Identification Approach. *Front Psychiatry*. 2021;11:553578.

*Travail reçu le 4 novembre 2022 ; accepté dans sa version définitive le 28 février 2023.*

### AUTEUR CORRESPONDANT :

**T. HENNEBICQ**  
Cliniques universitaires Saint-Luc  
Service de Psychiatrie infanto-juvénile  
Avenue Hippocrate 10B - 1200 Bruxelles  
E-mail : thimoty.hennebicq@student.uclouvain.be