

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Batna 2

Faculté de médecine de Batna

Département de médecine

Module de psychiatrie : 5^{ème} année médecine

Intitulé : Les troubles de l'humeur

Enseignant : Dr BELKACEMI Mohamed

Année universitaire : 2019/2020

Les troubles de l'humeur

I-Introduction

- L'humeur ou la thymie est défini par Delay: « **disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes de plaisir et de douleur** » .

II-Epidémiologie :

- La maladie maniacodépressive (ou trouble affectif bipolaire) atteint 1,5 % de la population et présente des caractéristiques évolutives extrêmement variables d'un individu à un autre. Elle s'associe à une morbidité et une mortalité importantes.
- Les conséquences comportementales des épisodes affectifs peuvent être dévastatrices sur les plans relationnel et professionnel.

III- Épisodes thymiques

a-Épisode dépressif majeur

b-Épisode maniaque

A- Épisode dépressif majeur :

la présence de cinq critères parmi les neuf critères suivants, dont l'un doit être, soit une humeur dépressive, soit une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir plus de 15 jours :

1. Humeur dépressive avec vision pessimiste du soi et du monde .
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (anhédonie).
3. Perte ou gain de poids significatif(anorexie , boulimie)
4. Insomnie (d'endormissement , réveil nocturne fréquent ou réveil matinal précoce) ou hypersomnie refuge (non réparateur).
5. Ralentissement psychomoteur ou agitation stériles.
6. Fatigue ou perte d'énergie .
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive .

8. Diminution de la capacité à penser ou à se concentrer trouble de la mémoire(trouble cognitif).

9. Pensée récurrente de mort (risque de passage à l'acte).

b-Épisode maniaque :

Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, pendant au moins **une semaine** (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :

- (1) Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
- (2) Réduction du besoin de sommeil (p. ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil)
- (3) Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
- (4) Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent
- (5) Distractibilité (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants)
- (6) Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice
- (7) Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex., la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)

VI- Prise en charge

A- Bilan lors d'une décompensation aiguë

- Dosage plasmatique du thymorégulateur.
- TSH ultrasensible, Ionogramme, fonction rénale, bilan hépatique.
- Recherche de toxiques.
- Au moindre doute : EEG, TDM cérébrale ou compléter le bilan par les sérologies infectieuses et le bilan inflammatoire.

B-Traitement Pharmacologique

Indication du traitement thymorégulateur préventif (sel de lithium ; carbamazépine,olanzapine):

- Après un 1er épisode maniaque.
- Après le 2e ou le 3e épisode dépressif majeur.

C- Non pharmacologique

● **Psychothérapie de soutien** : Dès le premier contact, consiste en l'explication des examens complémentaires, des symptômes, du traitement, des effets secondaires ; la surveillance de l'efficacité et de la tolérance, l'engagement du suivi, la prise en charge de l'entourage, la déculpabilisation et la réhabilitation de la psychiatrie.

Thérapie cognitive et comportementale : les patients apprennent à gérer l'appréhension d'une rechute, l'acceptation de « la maladie », la gestion de certaines pensées « dépressives » ; aide à gérer les comorbidités panique et anxieuse apparaissant au cours des premiers épisodes affectifs et pouvant évoluer pour leur propre compte.

Éducation

a) Du patient

– **Explication de la maladie** : facteurs héréditaires de vulnérabilité (déculpabiliser et bien expliquer le terme « héréditaire ») ; prodromes de la série maniaque ou dépressive ; règles hygiénodiététiques (respecter un rythme de vie régulier, éviter les excès) ; éducation de la surveillance et de la nécessité d'une observance du traitement thymorégulateur et du suivi.

b) De l'entourage

– Expliquer la maladie : « démystifier », déculpabiliser l'entourage, mais aussi le patient (surtout dans le cas de dépenses inconsidérées, troubles du comportement).

Proposer une thérapie du couple si nécessaire ; préparer la grossesse.

L'éducation et la prise en charge du patient et de son entourage améliore le pronostic évolutif de façon très significative.

Référence bibliographique :

- **Précis de psychiatrie et de psychologie médicale –Pr Kacha farid-**
- **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV-TR).**
- **Manuel de psychiatrie –Guelfi –**

- **Classification internationale des maladies (CIM 10).**