

Le Trouble Bipolaire : Les Traitements

⚠ Avant de commencer

Ce texte t'informe, il ne te dit pas quoi faire. Chaque traitement est une décision entre toi et ton psychiatre. Ne change jamais tes médicaments sans en parler à ton médecin — arrêter brutalement certains traitements peut déclencher des crises ou un syndrome de sevrage désagréable.

Si tu es en âge de procréer (femme ou homme) : parle de contraception et de projets de grossesse avec ton psychiatre *avant* de commencer tout traitement. Certaines molécules sont dangereuses pour un fœtus et nécessitent une planification à 4-6 mois avant une conception.

0. La grossesse et le trouble bipolaire : à ne pas ignorer

Environ la moitié des grossesses sont non planifiées. Pour une personne sous traitement bipolaire, ce n'est pas anodin. Les recommandations 2025 insistent sur une discussion précoce et systématique avec ton psychiatre si tu es en âge de procréer — quelle que soit ta situation actuelle.

☐ Médicaments strictement contre-indiqués pendant la grossesse :

- **Acide valproïque (Dépakine)** : risque de malformations majeures (8-10% des cas), notamment fermeture incomplète du tube neural, et troubles du neurodéveloppement à long terme. **À éviter totalement chez les femmes en âge de procréer.** [^2^][^3^]
- **Carbamazépine** : risque de malformations (3-6%), déficit en vitamine K chez le nouveau-né. À éviter autant que possible. [^2^]

⚠ Médicaments à discuter sérieusement :

- **Lithium** : reste l'or standard malgré un risque absolu faible d'anomalie cardiaque (Ebstein, 0,05-0,1%). Nécessite une échographie cardiaque fœtale à 16-20 semaines et un suivi sanguin très rapproché (mensuel jusqu'à 36 semaines, hebdomadaire ensuite). [^1^][^2^]
- **Lamotrigine** : risque de malformations proche de la population générale (~3%), mais la dose doit souvent être augmentée de 250% pendant la grossesse car le foie l'élimine beaucoup plus vite. Surveillance mensuelle obligatoire. [^1^][^2^]
- **Antipsychotiques atypiques (quétiapine, olanzapine, aripiprazole)** : globalement rassurants, mais surveillance du poids et de la glycémie (risque de diabète gestationnel). L'aripiprazole peut causer un échec de lactation. [^2^]

☐ Plan de prévention périnatal recommandé (2025) :

Avant toute grossesse, ton psychiatre devrait établir un plan écrit avec toi comprenant :

1. Le traitement pendant la grossesse (monothérapie préférée, dose minimale efficace)
2. Le traitement post-partum immédiat (période à très haut risque de rechute)
3. Le mode d'accouchement et la gestion de la douleur
4. Le choix d'allaitement ou non (certaines molécules passent dans le lait)
5. Un plan de sommeil protégé (nuitées alternées, aide familiale)
6. Les premiers signes de rechute et qui contacter en urgence

Le post-partum est la période la plus dangereuse : le risque de rechute passe de 23% (si traitement maintenu) à 66% (si arrêt pendant la grossesse). [^1^][^8^]

1. Les thymorégulateurs : la base du traitement

Ce sont les médicaments qui stabilisent ton humeur sur le long terme. Ils ne te rendront pas « normal » du jour au lendemain, mais ils réduisent le risque de rechute. C'est un peu comme un régulateur de vitesse pour ton cerveau.

Traitement de référence

Le Lithium

C'est quoi ? Le plus vieux traitement du trouble bipolaire (depuis les années 50). Malgré son déclin mondial, il reste l'or standard pour la prévention des rechutes et la réduction du risque suicidaire. [^1^]

Quand on l'utilise : Prévention des rechutes (maniaques et dépressives), réduction du risque suicidaire. Peut être utilisé pendant la grossesse chez certaines patientes après discussion approfondie des risques/bénéfices.

Effets secondaires fréquents :

- Tremblements des mains
- Soif intense et envie d'uriner souvent
- Prise de poids possible
- Problèmes thyroïdiens (surveillés par prise de sang)
- Toxique pour les reins à long terme (d'où les analyses régulières)

À surveiller : Le lithium a une marge thérapeutique étroite. Trop peu = ça ne marche pas. Trop = intoxication possible (nausées, confusion, convulsions). D'où les prises de sang régulières pour ajuster la dose. Avant de commencer, un bilan rénal, thyroïdien et cardiaque est obligatoire. [^2^]

Contre-indiqué grossesse

L'Acide Valproïque (Dépakine et autres)

C'est quoi ? Un anticonvulsivant qui s'est révélé excellent pour stabiliser l'humeur.

Quand on l'utilise : Manie aiguë, prévention des rechutes, cycles rapides (quand les épisodes s'enchaînent vite).

Effets secondaires fréquents :

- **Prise de poids souvent significative** (parfois 10-15 kg)
- Chute de cheveux (réversibles)

- Tremblements
- Troubles digestifs

❏ **CONTRE-INDICATION MAJEURE** : Ce médicament est **contre-indiqué pendant la grossesse** et doit être évité chez toute femme en âge de procréer non protégée. Risque de malformations majeures (8-10%) et de troubles neurodéveloppementaux à long terme. Si tu envisages une grossesse, une substitution doit être envisagée 4 à 6 mois avant la conception. [^2^][^3^]

Préférée en cas de projet de grossesse

La Lamotrigine (Lamictal)

C'est quoi ? Un stabilisateur qui marche surtout contre la dépression bipolaire, moins contre la manie.

Quand on l'utilise : Prévention des rechutes dépressives, trouble bipolaire type II (où les dépressions dominant). De plus en plus privilégiée pendant la grossesse car le risque de malformations est proche de la population générale (~3%). [^2^]

Effets secondaires à connaître :

- **Risque de rash cutané** — dans environ 10% des cas, en début de traitement, parfois plus sévère (syndrome de Stevens-Johnson)
- Céphalées, vertiges
- Insomnie (parfois utilisé pour ça)

Point important : La lamotrigine nécessite une montée en dose très lente (plusieurs semaines) pour minimiser le risque de rash. Patience obligatoire. En cas de grossesse, la dose doit souvent être augmentée drastiquement (jusqu'à x2,5) car les taux sanguins chutent. Surveillance mensuelle indispensable. [^1^]

2. Les antipsychotiques atypiques

Ne te fie pas au nom « antipsychotique » — ces médicaments sont devenus des piliers du traitement du trouble bipolaire, même sans psychose. Ils calment la manie et stabilisent l'humeur.

Médicament	Points forts	Effets à surveiller
Quétiapine (Seroquel)	Efficace manie ET dépression	Somnolence (beaucoup), prise de poids, risque de diabète gestationnel si grossesse
Olanzapine (Zyprexa)	Très efficace en manie	Prise de poids importante, risque de diabète
Aripiprazole (Abilify)	Moins de sédation, activation	Anxiété, insomnie, akathisie (besoin de bouger), échec de lactation possible
Lurasidone (Latuda)	Efficace dépression, peu d'effet poids	Nausées, prise avec aliments obligatoire

Le syndrome métabolique : Certains antipsychotiques (surtout olanzapine, quétiapine) peuvent favoriser la prise de poids, le diabète et les troubles lipidiques.

Une surveillance régulière du poids, de la glycémie et des lipides est recommandée. En cas de grossesse, une surveillance précoce du diabète gestationnel est conseillée (avant 20 semaines). [^2^]

3. Les antidépresseurs : oui, mais...

Les antidépresseurs classiques (ISRS comme la sertraline, la fluoxétine) sont **controversés** dans le trouble bipolaire. Pourquoi ? Parce qu'ils pourraient théoriquement déclencher un switch vers la manie.

La réalité : Les études récentes suggèrent que ce risque est peut-être moins élevé qu'on ne le pensait, mais la prudence reste de mise. Ils ne sont pas recommandés en monothérapie de maintenance. [^2^]

Ce qu'on recommande généralement :

- Éviter en monothérapie (toujours avec un thymorégulateur ou antipsychotique)
- Plus de prudence dans le trouble bipolaire type I que type II
- En cas de grossesse : les ISRS sont globalement rassurants, mais éviter la paroxétine (risque accru de malformations cardiaques). Le risque d'hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né existe si pris au 3e trimestre. [^2^]

4. Les benzodiazépines : usage ponctuel

Lorazépam, clonazépam, diazépam... Ça calme rapidement l'anxiété et l'agitation,

mais ce n'est pas un traitement de fond.

Le risque : Dépendance possible après quelques semaines d'utilisation régulière, tolérance (il faut parfois augmenter la dose pour le même effet), et syndrome de sevrage désagréable si arrêt brutal. Usage généralement court terme.

Grossesse : risque théorique de fente palatine (non confirmé dans les méta-analyses récentes), mais surtout risque de syndrome de sevrage néonatal et de « floppy baby syndrome ». À réserver à l'usage aigu et à décroître avant l'accouchement si possible. [^2^]

5. L'électroconvulsivothérapie (ECT)

Oui, ça existe encore. Et oui, c'est efficace quand le reste échoue.

Quand on l'envisage :

- Dépression bipolaire sévère résistante aux médicaments
- Risque suicidaire élevé nécessitant une réponse rapide
- Catatonie
- Manie très sévère

Ce qu'il faut savoir

- Ce n'est plus la « thérapie de choc » des années 50 — anesthésie générale, curarisation, monitoring complet

- Effet antidépresseur rapide (souvent après 3-6 séances)
- Effet secondaire principal : troubles de mémoire temporaires (surtout souvenirs récents), céphalées
- Séries de 6-12 séances, puis parfois entretien mensuel
- **Peut être utilisée pendant la grossesse** si les médicaments sont inefficaces ou mal tolérés, avec une équipe multidisciplinaire

6. La kétamine : l'option « dernier recours rapide »

Anesthésique dissociatif devenu traitement expérimental de la dépression résistante. Action en quelques heures, pas en quelques semaines.

Modalités : Perfusion IV ou spray nasal, en série de 2-3 séances par semaine puis espacement.

Effets pendant la séance : Dissociation (sensation de détachement de son corps, perception altérée), parfois désagréable mais transitoire. Risque d'hypertension. Potentiel d'abus (substance contrôlée).

Données grossesse : très limitées. À éviter pendant la grossesse faute de données suffisantes.

7. Les nouvelles pistes et compléments

Piste prometteuse

Psilocybine et thérapie psychédélique

Des études préliminaires explorent l'utilisation de la psilocybine (substance hallucinogène) dans les épisodes dépressifs résistants. Encore expérimental, mais une piste sérieuse pour l'avenir. [^4^]

Recherche active

Biomarqueurs sanguins et IA

La recherche vise à développer des tests sanguins pour différencier le trouble bipolaire de la dépression unipolaire, afin de réduire le retard diagnostique moyen de 7 à 10 ans. L'intelligence artificielle et la neuromodulation sont également des axes explorés. [^7^]

Oméga-3 (EPA/DHA) : Quelques études suggèrent un effet modeste sur la dépression résiduelle. Pas de miracle, mais peu de risque. Dose : 1-2g d'EPA par jour.

Vitamine D : À supplémenter si déficit (analyse sanguine). Association fréquente avec la dépression, mais pas de preuve directe d'effet sur le trouble bipolaire spécifiquement.

Luminothérapie : Exposition à une lumière intense le matin. Peut aider dans les formes saisonnières ou avec décalage des rythmes. À utiliser avec prudence et idéalement avec un thymorégulateur (risque théorique de switch maniaque).

□ **Le sommeil, levier clé :** Les recommandations 2025 mettent l'accent sur la protection du sommeil comme facteur critique de prévention des rechutes, surtout

post-partum. Des nuitées alternées avec l'entourage, une hygiène de sommeil stricte et la stabilisation des rythmes circadiens sont désormais considérées comme des interventions aussi importantes que les médicaments. [^1][^4]

En résumé : comment choisir ?

Ta situation	Options typiques
Prévention rechutes (euthymie)	Lithium, valproate, lamotrigine, ou antipsychotique atypique
Episode maniaque aigu	Valproate, antipsychotique atypique, lithium (en association)
Episode dépressif aigu	Quétiapine, lurasidone, lamotrigine, antidépresseur avec thymorégulateur
Résistant à tout	ECT, kétamine (expérimental)
Cycles rapides	Valproate, lithium, parfois hormones thyroïdiennes
Projet de grossesse / En âge de procréer	Lamotrigine, lithium (avec surveillance), antipsychotiques atypiques. ÉVITER valproate et carbamazépine. Discussion impérative avec le psychiatre 4-6 mois avant conception.

Pour finir : Le trouble bipolaire se traite sur le long terme. Ce n'est pas « guérir », c'est « stabiliser ». La bonne combinaison de médicaments, associée à une psychoéducation (comprendre sa maladie), une thérapie, et une hygiène de vie rigoureuse (sommeil, rythmes), permet de vivre normalement. La clé ? Prendre ses médicaments comme prescrit, avoir un suivi régulier avec ton psychiatre, et **ne jamais négliger la question de la grossesse si tu es en âge de procréer** — ce n'est pas une fatalité, mais ça demande de l'anticipation.

□ **Rappel final** : Ce document est à vocation informative et ne remplace en aucun cas une consultation médicale. Chaque situation est unique. Si tu as des questions sur ton traitement, ta grossesse potentielle ou tes projets familiaux, **parle-en à ton psychiatre et à ton gynécologue**. La décision partagée et le plan écrit sont tes meilleurs alliés.

Document à vocation informative — ne remplace pas une consultation médicale

Projet Parl.I ASBL — Mis à jour avril 2026 (données 2025)