

BIPOLARITE ET SYNDROME D'APNEE DU SOMMEIL

Docteur Mohammed ALIATI

19eme Rencontre de l'Association Franco -Méditerranéenne de Cardio - Pneumologie

AFMP Oran 24 -28 avril 2024



BIPOLARITE (TB)

Maladie couteuse et invalidante

- La maladie bipolaire est un trouble psychiatrique chronique , fréquent responsable de dérèglement de l'humeur variable en hyperexcitation et dépression.
- Considérée comme la 2 -ème maladie la plus à risque de suicide après l'anorexie mentale.
- Changement **pathologique** de l'humeur et de l'énergie , augmentée(manie) diminuée (dépression)
- Touche 4 % de la population entre 15 et 25 ans avec un sexe ratio de 1,
- La maladie bipolaire est 3 fois plus mortelle, le diagnostic est souvent tardif.
- Problème de santé public, selon l'OMS , elle fait partie des 10 maladies les plus invalidantes et coûteuses (plusieurs milliards d'euros) sur le plan mondial.
- La maladie bipolaire n'a pas d'âge, n'a pas de sexe n'a pas de statut social et n'a pas de frontières.....

MALADIE CYCLIQUE

- La maladie bipolaire comporte trois cycles :
 - 1- Cycles longs: Plusieurs mois en phase dépressive et plusieurs mois en phase maniaque.
 - 2- Cycles courts: quelques semaines en dépression et quelques semaines en manie, en tout 4 cycles .
 - 3- Cycles mixtes: les symptômes de dépression et de manie sont présents dans la même journée.
- Le diagnostic est fait par observations,
- la détection est **souvent** tardive suite à des facteurs déclencheurs;
- Stress (décès d'un proche , séparation etc..., trouble de sommeil, Tabac , alcool, drogues... prise de certains médicaments (rare) antiparkinsoniens interféron
- Traitement : thérapie comportementale ou cognitive, familiale ou conjugale
- Sels de lithium , neuroleptiques

FORMULATIONS

- La bipolarité est une affection psychiatrique connue depuis de longue date.
- Décrite depuis l'antiquité au 2eme siècle AVJC
- Arétée de CAPPADOCE (**2emeSAJC**) fut le 1^{er} a utilisé le mot « manie » pour décrire les patients qui rient , chantent , qui dansent jour et nuit et passent du « coq à l'âne »
- Les gens changent d'humeur pour devenir tristes et dépressifs.
- Quel lien entre Le génie « la créativité » et la manie « la folie »?
- « Le cas des personnalités Bipolaires »
- La vie est faite de toutes sortes d'émotions qui la rendent plus difficile ou plus facile ,
- c'est l'extrême ou le régulateur thymique fait défaut !
- La Bipolarité est issue de la reformulation officialisée par le DSM III en 1980 avec l'exclusion des termes psychanalytiques comme la psychose (Psychose maniaco-dépressive) PMD ou MMD

PMD ou MMD



- Théophile BONET en 1686 fait le lien entre les humeurs extrêmes et l'utilisation de l'expression latine de *Maniacomélaccolucus*.
- Connue sous Psychose-maniaco - dépressive « PMD ou MMD »
 - **Phase maniaque**; irritabilité, énergie anormale, excitabilité au moins une semaine, hyperréactivité émotionnelle avec une réduction du temps total du sommeil d'où une SDE
 - **Phase de rémission : Euthymique** perturbations cognitives
 - **Phase de dépression**, trouble de sommeil paradoxale et majoration des apnées en de SAOS
- * La bipolarité est issue de la formulation officialisée par le DSM III en 1980, exclusion des termes psychanalytiques: (Psychose) .
- 2 Types de troubles bipolaires TB1 et TB2
- Troubles cyclothymiques
- TB Apparentés
- ***La prévalence est de 1 à 4 %.**
- Le diagnostic différentiel: Dysthyroïdie, Schizophrénie, trouble de la personnalité: (Borderline), Dépression, Syndrome de Klein-Levin....

PHYSIOPATHOLOGIE

Facteurs biologiques

Des gènes susceptibles de donner des troubles affectifs.

Facteurs hormonaux :

- Variation des glucocorticoïdes ,
- baisse de la fonction immunitaire.

Facteurs neurotransmetteurs:

- Baisse de la sérotonine responsable de la dépression, de l'anxiété, de la perte du sommeil et de la perte de l'appétit
- Baisse de la noradrénaline : (perte d'énergie ; obésité)
- Baisse de la dopamine (perte du plaisir et de la concentration)

Les antagonistes de la sérotonine dans la dépression entraînent une réduction du calibre des VAS

Répercussion sur la vie affective

Les TB peuvent avoir des répercussions sur la vie familiale , professionnelle et sociale

MORTALITÉ PRÉCOCE

- Les patients bipolaires ont **une durée de vie réduite de 20 à 30 ans par rapport à la population générale**,
- Un risque **1.2 à 4.9** fois plus élevé de mort par **maladie somatique** par rapport à la PG.
- La mort dans la population bipolaire était amputée à des causes non naturelles: (suicides ou autres accidents.)
- Actuellement, la mauvaise hygiène de vie est responsable de morbidité et de mortalité dans cette population.
- Les affections cardiovasculaires sont les plus fréquentes, responsables de surmortalité. 5 fois de risque par rapport à la population générale
- La prise de poids induite par les antipsychotiques et autres drogues ainsi que l'alimentation moins bonne,
- l'alcool et tabac, (BPCO) est une passerelle vers le syndrome métabolique
- Le syndrome métabolique est une pierre angulaire de cette surmortalité, augmente de façon significative le risque
- de développer des maladies cardiovasculaires
- Le SAHOS est étroitement lié à la dépression et au Syndrome X, ce dernier est très fréquent chez les patients bipolaires, il faut une prise en charge adéquate multidisciplinaire afin de réduire la morbidité et la mortalité des bipolaires
- **Une spécificité des TB = Réactivité émotionnelle + SAOS + SM + Risque cardiovasculaire**

Personnalités parait –il atteintes de TB

Alexandre le Grand, Napoléon, Newton, Mozart, Balzac, Einstein



Beethoven



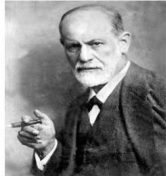
Camille Claudel



Vincent van Gogh



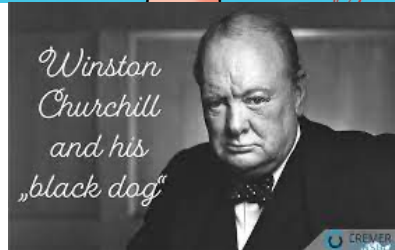
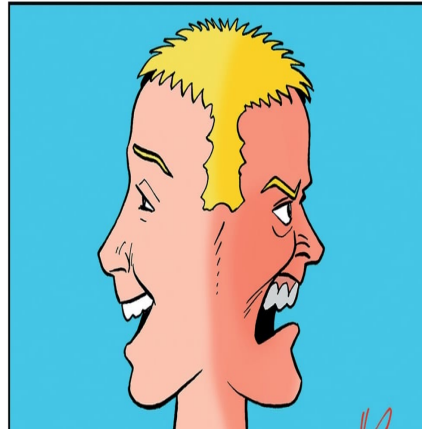
Ernest Hemingway



Freud



Marlon Brando



SYNDROME MÉTABOLIQUE ET BIPOLARITÉ

- OMS 1998/99 Définie le SM. = syndrome X (Reaven 1988)

Au moins 3 critères

- Glycémie à jeun supérieure à 1.10 g/l
- Rapport taille/hanche : supérieure à 90 cm chez l'homme
- supérieure à 80 cm chez la femme
- IMC supérieur à 30 kg/m².
- TG supérieure à 1.70 g/l et/ou
- HDL chez l'homme et inf. 0.40 mg/dl
- chez la femme inf. 0,50 mg/dl
- TA Supérieure à 140/90 ou un traitement HTA



SM et TB

- **Obésité : 21 à 49 %**

- (Obésité morbide; 4 fois la population générale)
- par la sédentarité, faible activité , alimentation moins bonne , accès de soins réduits, effets de psychotropes, alcool « myorelaxant des muscles dilatateurs du pharynx entraînant, collapsus et apnées »

- **Tabac : 54 à 68 %**

- **Diabète : 8 à 17 %**

- **HTA : 35 à 61 %**

- **Cholestérol : 23 à 38 %**

- **S.M. : 30 à 49 %**

- **S.M. et TB: la prévalence de ce couple varie entre 18.5 et 23 % .**

- selon une étude de grande cohorte française
Des patients bipolaires suivis aux Centres Experts FondaMental.

*Godin et al. J Clin Psychiatry 2014 Oct.75(10)

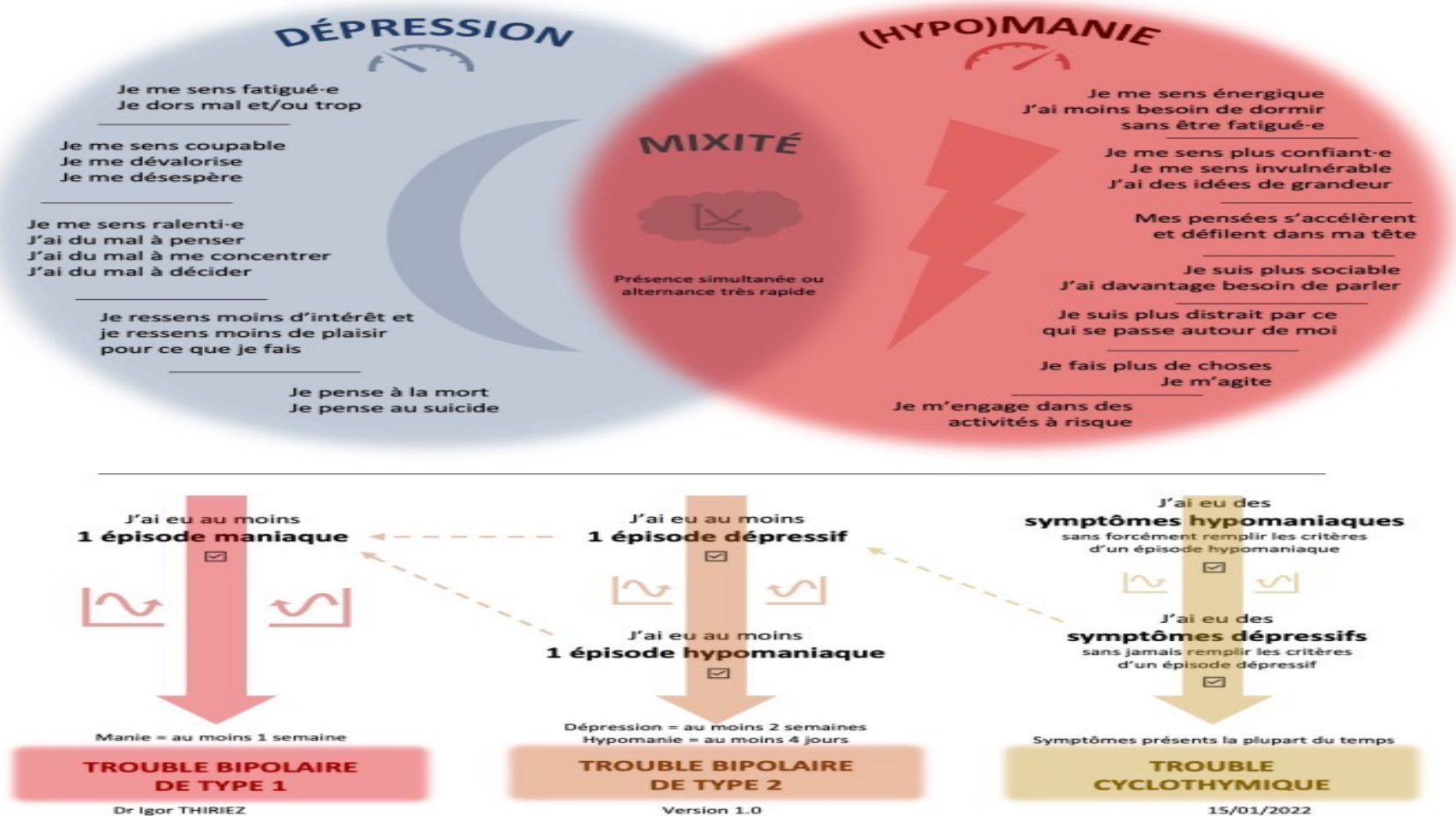
SYNDROME MÉTABOLIQUE ET BIPOLARITÉ

*L'étude des centres experts FendaMental souligne pour la 1ere fois l'association des troubles bipolaires et le S.M

- Le S.M. est 2 fois plus fréquent chez les hommes en âge de 48 ans (risque 3.5), Avec les antipsychotiques le risque est de 2.5 en dehors de l'âge.
- L'étude montre que parmi les bipolaires :
 - 34.5 % ont une HTA ,
 - 35.5% ont une obésité abdominale .
 - 28.3 % ont une augmentation des triglycérides
32.8 % ont hypercholestérolémie
et 16.1 % ont un Diabète .
- Les 2/3 des patients bipolaires ne reçoivent aucun traitement spécifique pour ce dérèglement métabolique ,
- Ils ont une mauvaise hygiène de vie ,et aucune prise en charge pour ces troubles à grands risque cardiovasculaires.
- Cette étude met donc l'action et tire une sonnette d'alarme sur la coordination entre déferents services qui prennent en charge les patients bipolaires.

LE TROUBLE BIPOLAIRE

Le trouble bipolaire est défini par des épisodes et/ou des symptômes (hypo)maniaques et/ou dépressifs dont la récurrence varie selon la forme de bipolarité. Les types 1 et 2 réunis concernent environ 1% de la population tandis qu'une prise en compte plus globale du spectre de la bipolarité conduit à doubler voire tripler ce pourcentage. Ce trouble, dont la composante génétique n'est pas négligeable, débute généralement chez l'adulte jeune (15 à 25 ans) et figure parmi les pathologies les plus invalidantes selon l'OMS. Le taux de suicide est important et le retard au diagnostic reste préoccupant.



TROUBLES DU SOMMEIL ET BIPOLARITÉ

- Le sommeil constitue un moyen de survie des mammifères et de l'homme en particulier.
- Dans le DSM 5 les troubles de sommeil est un critère de diagnostic des troubles thymiques.
- Les troubles de sommeil sont rapportés dans les phases aiguës des troubles bipolaires.
- Chez 80 à 90 % des maniaques , ont rapporté une réduction de la durée de sommeil soit de façon subjective ou par PSG.

Prévalence de SOAS chez TB :les quelques études affichent une discordance

- Levin et al.: 2,9 %
- Hattori: 69 %
- Colorado: 20 %
- Winkelman: 18,5 %

SOMMEIL ET BIPOLARITÉ

- En 2006 une étude menée par l'équipe de Colombo chez 206 patients présentant une réduction du sommeil .
- 10 % ont présenté un virage d'humeur maniaque .
- 1/3 est amélioré par une hygiène du sommeil.
- Les troubles de sommeil sont responsables de 10 % de rechutes même chez les patients traités par lithium.
- Le SAHOS altère qualitativement et quantitativement le sommeil et serait à l'origine des dysrégulations émotionnelles.
- Le sommeil est une cause ,une conséquence , un prédictateur et un traitement de l'épisode thymique des troubles bipolaires

L'Univers de l'homme !

Un médecin est tenu d'examiner
plus qu'un organe malade ,
plus encore que l'homme tout entier ,
il doit voir l'homme dans tout son univers.

Harvey Williams. Cushing
(1869 -1939)



Syndrome métabolique et antipsychotiques

- La prise des traitements antipsychotiques est associée à des effets secondaires métaboliques à des degrés variables : Prise de poids , Dyslipidémie , diabète T 2.
- Allison et Col. Dans une métaanalyse rétrospective concernant 81 articles a montré une prise de poids de 1 à 5 kg avec des antipsychotiques.
- L'étude Catie randomisée en double aveugle montre que les personnes sous antipsychotiques , 45 % présentent un diabète type 2, 62 % une HTA et 89 % une dyslipidémie ,

ce qui nécessite une étroite surveillance de cette population d'autant plus qu'il existe souvent une Stéatose hépatique alcoolique ou non (NASH).
- L'altération du métabolisme du glucose : comprend l'insulino-résistance et l'intolérance du glucose , est un phénomène qui découlait de la prise de poids liée aux antipsychotiques selon Food and Drug (FDA).
- *Nzic 2012 thèse de médecine SM et traitement antipsychotiques*

DEPRESSION et SAOS

- La question est soulevée depuis longtemps en 1977 par C.GUILLEMENAUT et Col.
 - « **Soulignant que: le ¼ de ses échantillons de SAS souffrait d'anxiété et de dépression.** »
 - MILLANN et Al. en 1989 parle de 50 %.
 - HAYON en 2003 sur un échantillon de 18980 patients trouve 17.6 %.
 - C'est une association fréquente : 18 % des apnéiques traités par des antidépresseurs
 - D'où la nécessité d'une recherche systématique de SAOS devant des troubles bipolaires et dépressifs.
 - La dépression est les apnées au cours du sommeil présentent un cortège clinique semblable:
 - « Fatigue matinale , céphalées, irritabilité , difficulté de concentration , sommeil non réparateur désorganisé; »
 - La dépression non traitée augmente les troubles de sommeil
 - Les apnées non traitées fragmentent le sommeil ,devient non réparateur (un cercle vicieux)
- *Les troubles de sommeil occupent une place centrale dans les troubles bipolaires, ces derniers peuvent être considérés comme une maladie de sommeil,
- * Ne pas traiter les deux augmentent le risque cardiovasculaire et neurologique et altèrent la qualité de vie.
- Un sommeil de bonne qualité est essentiel pour une bonne santé mentale et physique.

« **La santé est un état de bien- être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité; » OMS 1958**

Traitement antipsychotique et SAOS

- Les sédatifs et certains traitements antipsychotiques et antidépresseurs ont tendance à exacerber les expressions du SAOS par une diminution de la tonicité musculaire et une augmentation du dysfonctionnement des voies respiratoires.
- Les psychotropes (sédatifs , myorelaxants, benzodiazépines »Augmentent les apnées »,
- Les neuroleptiques entraînent une diminution de la capacité d'éveil, ce qui réduit la réponse des micro-éveils et prolongation de l'apnée avec un retard de la reprise ventilatoire et prolongation de l'hypoxie qui devient sévère
- La dépression entraîne des difficultés d'endormissement , des réveils nocturnes fréquents et un sommeil fragmenté non réparateur avec une augmentation du sommeil paradoxal ou les apnées sont sévères,
- (le traitement de la dépression réduit les apnées au cours du sommeil)
- La fragmentation du sommeil et l'hypoxie cérébrale engendre la dépression et les troubles de l'humeur.
- L'Imagerie a pu montrer des hypersignaux au niveau de la substance blanche présents chez de nombreux apnéiques.

Aloia et col. 2004

Une triade dangereuse

- Prévalence :

*Troubles bipolaires : **TB 2 %**

*Syndrome Métabolique : S.M. 18 à 23 % Population générale **la population bipolaire 18 à 36 %**

US 22 % , France 10 à 20 % Augmente avec l'âge : 10 % avant 30 ans et 40 % après 60 ans

***Syndrome d'apnée Obstructif du Sommeil : SAOS 4 %**,

- 2 millions de patients, 1 M 500 000 sous PPC
- Souvent sous diagnostiqué , sous-traité , la prévalence 4.9 %,
- 2.4 % diagnostiqués par les médecins soit 50 %

(Enquête santé et protection Fuhmann et Coll. Étude2008)

Le SAOS entraîne HTA, Diabète, FA, AVC ,Coronaropathie en plus des TB le risque devient plus grand

- Traitement du SAS et SM pour une meilleure prise en charge des TB
- Le diagnostic et le traitement de SAOS réduit le morbi-mortalité cardiovasculaires chez la population bipolaire.
- Les maladies cardiovasculaires sont les premières causes de mortalité chez les bipolaires
- (2,5/population générale) en plus de l'alcool et le tabac avec un risque de cancer pulmonaire

BP + SM + SAOS = danger

UN TRAIN PEUT CACHER UN AUTRE

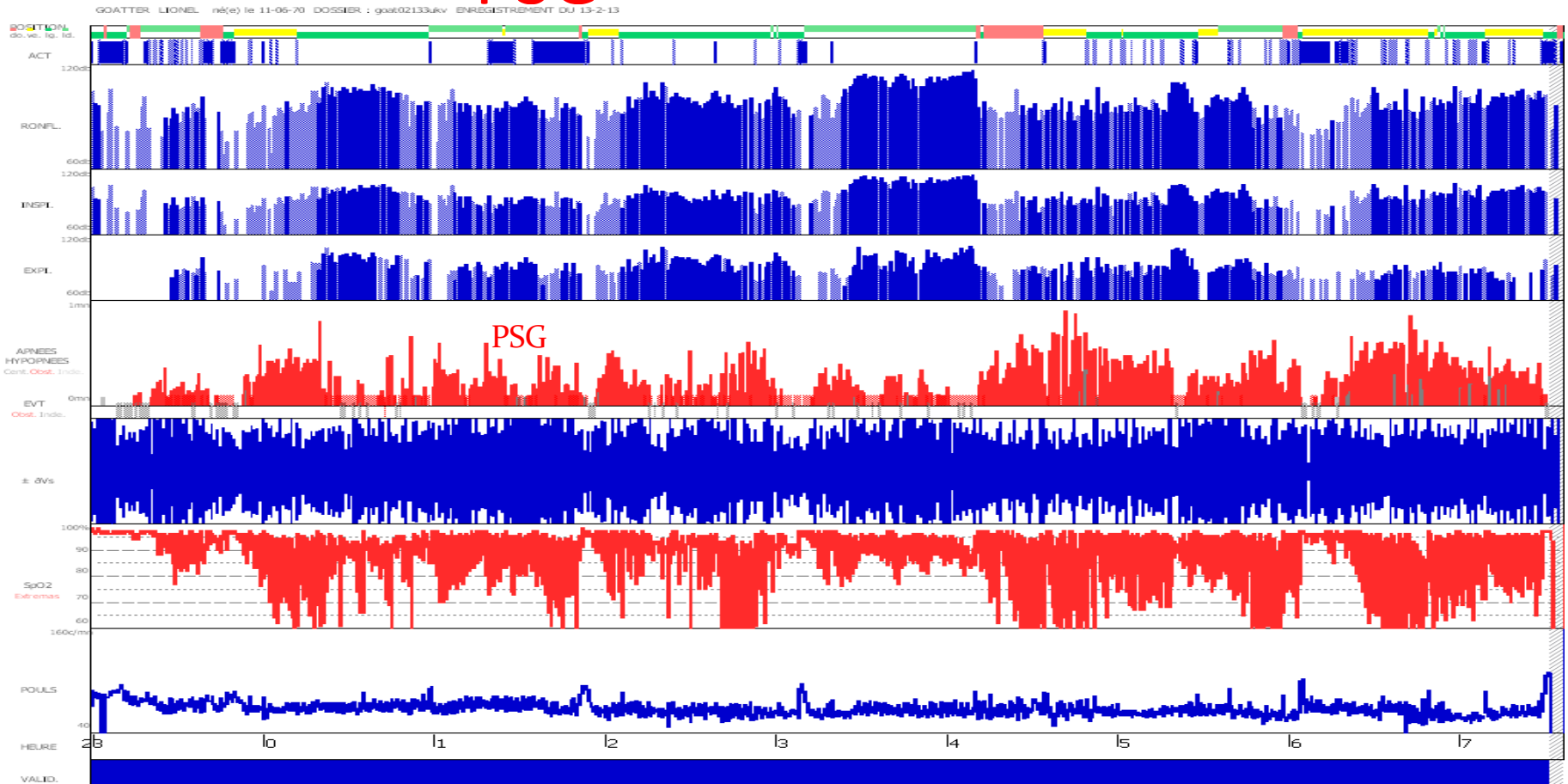
Cas clinique N°1

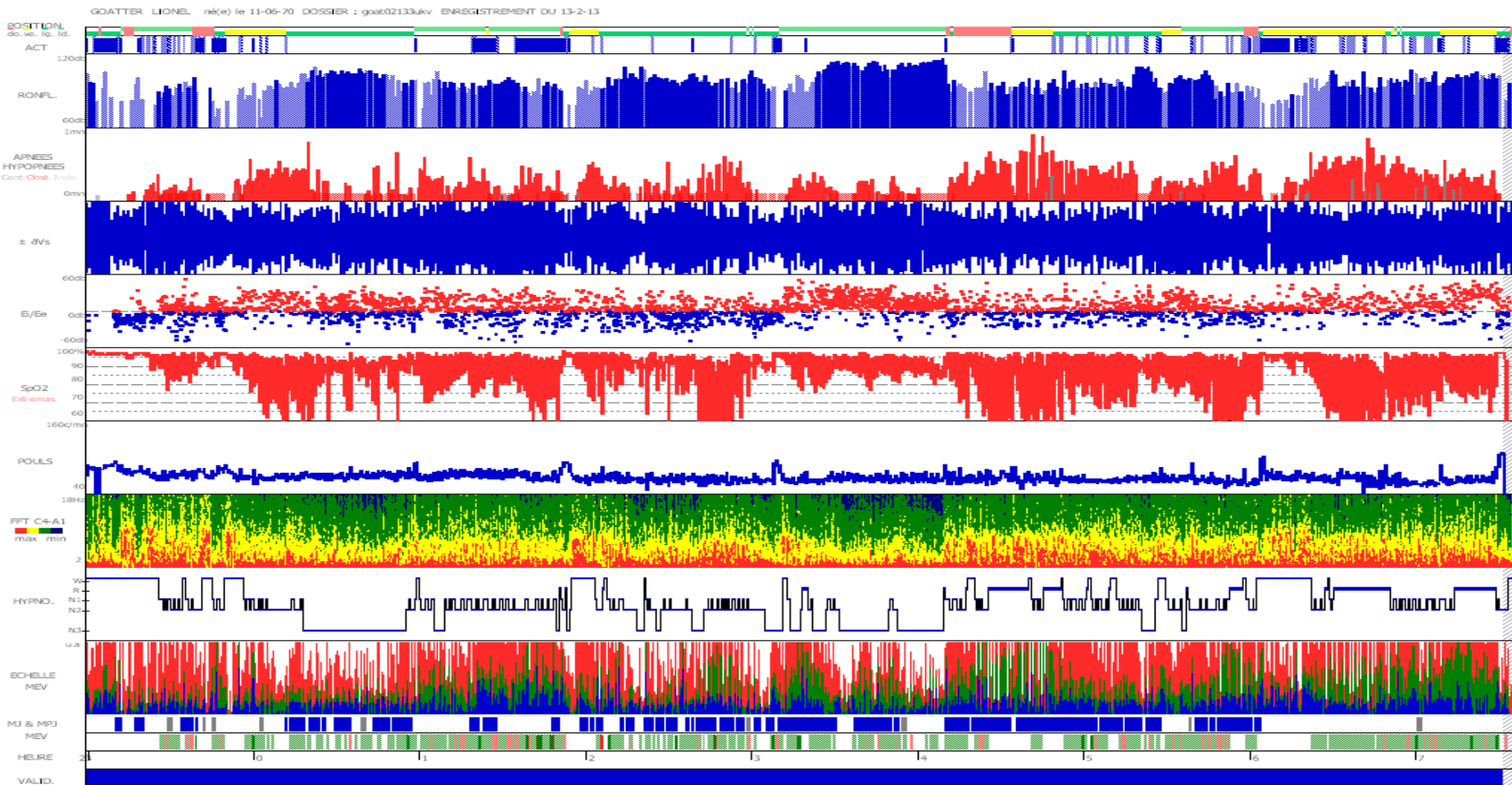
- Mr. G.L. 49 ans 179 cm, 118 kg, IMC 35 kg/m² tabagique 35 p/a , OH ++,
- Bipolaire depuis 9 ans adressé par son psychiatre pour une dyspnée au moindre effort physique .
- Admis à l'hôpital pour : hyperexcitation avec tendance agressive
- **Interrogatoire** : Insomnie , fatigabilité diurne , somnolence , céphalées , sueurs nocturnes, ronflement, manque de concentration, Éternuement , obstruction nasale sifflement thoracique, diminution de la libido. Le test d'Epworth non réalisable.
- **ATCD**: HTA , BPCO , (pas de traitement) Père : HTA, Mère Diabétique

Traitement: Effexor* , Xeroquel* , Loxapac* , Sulfarlem* , Teralith*

- **EX. Clinique** : FC 92 b/min, TA 145/95, SatO₂ 92 % , Dyspnée SII, Bronchospasme diffus; crépitants.
- **Pléthysmographie** : TVO avec distension thoracique
- **GDS** : PAO₂ 52 mm hg, PCO₂ 38 mm hg, SatO₂ 90 % ,
- **Biologie** : Glycémie 1.25g/l , HbA1c 6.5 Cholestérol .T 2.65g/l , TG 1.63 g/l.
- **PSG** : **SAS Sévère** IAH 103/h ME 54/h avec **retentissement profond sur l'hématose**
Saturation moyenne en O₂ est 87 % avec un nadir de 51 %. (18 % en dessous de 80 % de Sato₂)
le ronflement occupe la moitié du sommeil soit 51 % du TTS

PSG





TRAITEMENT

CAS CLINIQUE

- **Traitement de la BPCO , Réhabilitation respiratoire et SAOS**
- **Hygiène de vie alimentaire et du sommeil (agenda du sommeil).**
- **Traitement des facteurs métaboliques par différents spécialistes**
- (ORL, Cardiologue, Diabétologue ,nutritionniste et kinésithérapeute , avertissement du Psychiatre sur la chronicité du SAOS et son retentissement sur le S.M et les TP.
- **Annonce du diagnostic du SAOS avec une séance d'éducation thérapeutique (c'est quoi le SAOS , la Ventilation par PPC....)**
- **Mise ne place d'une ventilation par PPC**
(Avertissement du prestataire que c'est un patient à humeur instable, la prise en charge doit être spécifique car l'observance sera difficile, compte tenu du contexte socio-mental.)
- **Revue en 1 mois , 3 mois et 6 mois et 1 an, évolution clinique et ventilatoire favorable , observance moyenne , allègement thérapeutique**
- (antipsychotiques et stabilité des humeurs.)
- **La coopération continue pour d'autres Bipolaires.**

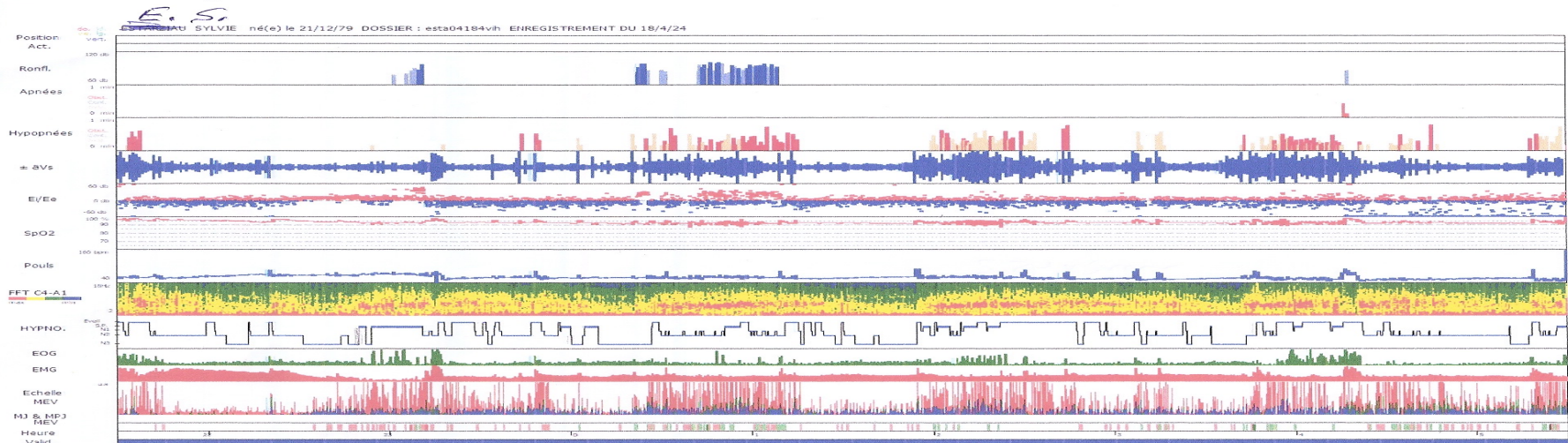
Séance d'éducation thérapeutique

- Les Apnées entraînent une baisse de la PAO_2 et l'augmentation de la PCO_2 cette équation génère des micro-éveils qui fragmentent le sommeil (diminution du sommeil profond)...SDE ,Obésité Augmentation de l'IMC,
- (en plus du tabac et alcool et la sédentarité) avec des troubles cognitifs diurnes
- L'hypoxie intermittente chronique entraine un stress oxydatif, une inflammation, un dysfonctionnement endothélial et une mauvaise oxygénation du cœur et du cerveau
- Les micro- éveils génèrent une stimulation du système nerveux sympathique « SNS » , sécrétions de catécholamines entraînant une HTA, Athérosclérose, IFM,FA, Arythmie, AVC ,
- Cette altération du sommeil entraine des perturbations neurocognitives;(augmentation du temps de réaction, troubles mnésiques et de la concentrations, baisse des performances ,ralentissement de l'humeur , hyperexcitabilité , **résistance au traitement adéquat** , **violence, agitation** , dégradation de la qualité de vie et de famille et de l'entourage (soignant) d'où l'admission le plus souvent en urgence psychiatrique ayant comme conséquence une augmentation des doses de psychotropes or il faut s'occuper des troubles de sommeil et chercher un diagnostic du SAOS « Stop Bang , Berlin, les plus fiables,
- alors que l'Epworth est le test de la SDE qui est un bon élément pour suspecter un SAS
- **SAOS non traité conjugué au TB et SM c'est une chronicité sévère et un cercle vicieux**

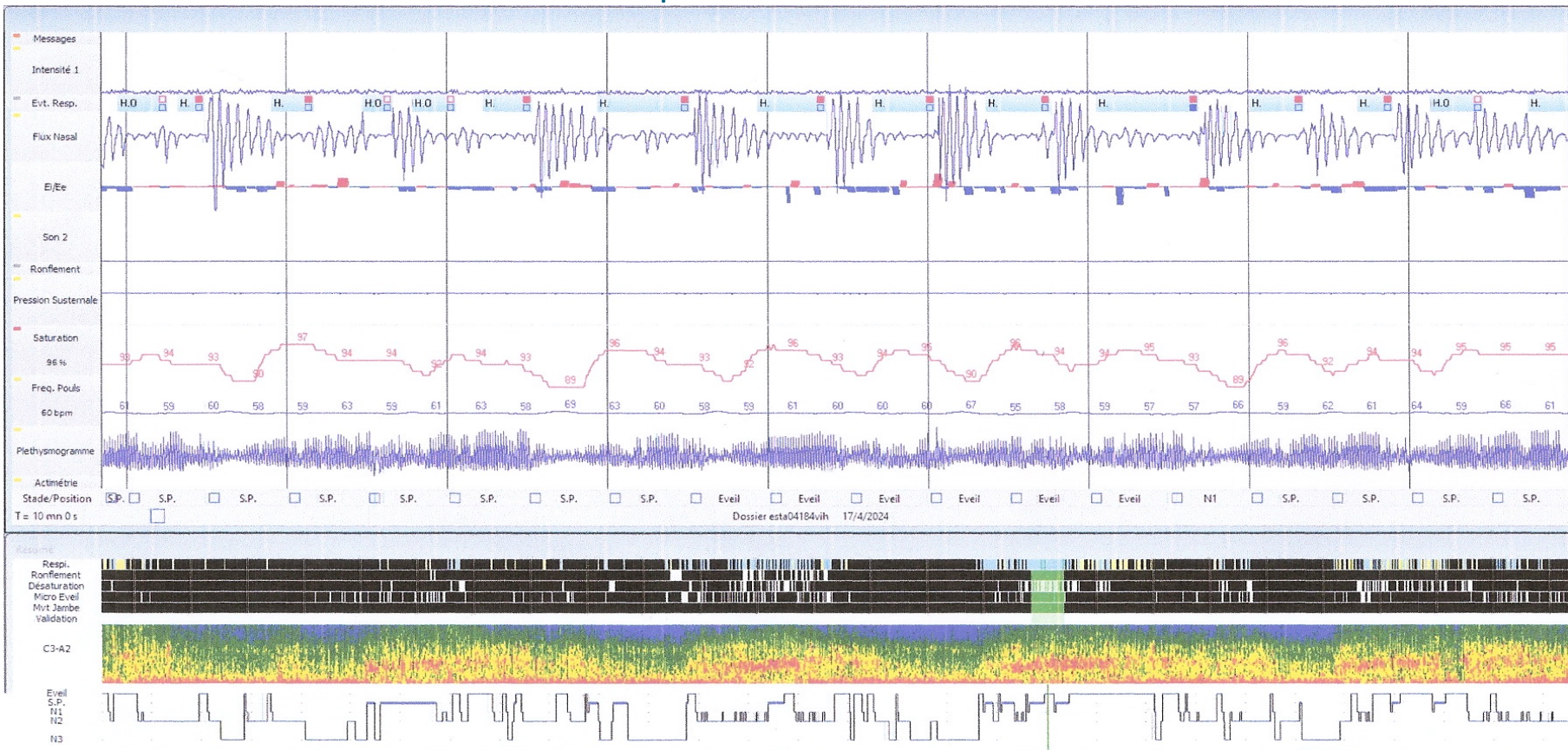
Cas Clinique N°2

- Mme ES.S. née en 1979 45 Ans
- 170 cm 102 kgs
- Atcd: Obésité morbide Fibromyalgie
- TB diagnostiqués à 25 ans
- TTT: ABILIFY 10 mg ,LAMICTAL 100 mg BRINTLIX 20 mg Neurantin 600
- Interrogatoire:
- *Trouble obsessionnel impulsive depuis 20 Ans (TOC)*
- *Troubles alimentaires psycho-comportementales , hyperphagie ,boulémie, prise de poids , Malaise existentiel , mal être,*
- *Rémunération anxieuse négative*
- *Futur incertain anxiogène*
- *Le cerveau est moins actif ,beaucoup de brouillard, idées floues non claires*
- *Mal être de l'existence globale qui pousse à remanger*
- *Une vie dans le flou entre le noir et le blanc, le vraie et le faux ,*
- *l 'hyperphagia est un recours mais les kilos sont de trop,*
- *Epworth 16/24*
- **IAH 21/h** , Mise sous PPC évolution Clinique et ventilatoire satisfaisante bonne observance entre 3 et 4 h/nuit pendant un an ,
- Echec de la PPC passage à ORDM x 2 ans satisfaction Clinique avec un-IAH/ORDM 10/h x2 ans
- Echec de ORDM passage de nouveau à CIPAP
- Etat Clinique satisfaisant avec des idées +/- claires en cours d'une de prise en charge dietetique/nutritioniste
- Projet de chirurgie bariatrique EFR/GDS Nx

Résumé de l'enregistrement



Cas Clinique N° 2 ES.S.



Cas Clinique N°3

Mme LE.C. 50 Ans IMC 34 KG/M²
1,60 cm 87 KG IMC 34 KG/M²

Atcd: HTA, TB, BNID, Tachyarrhythmia, angine de poitrine,
tabac, TVO

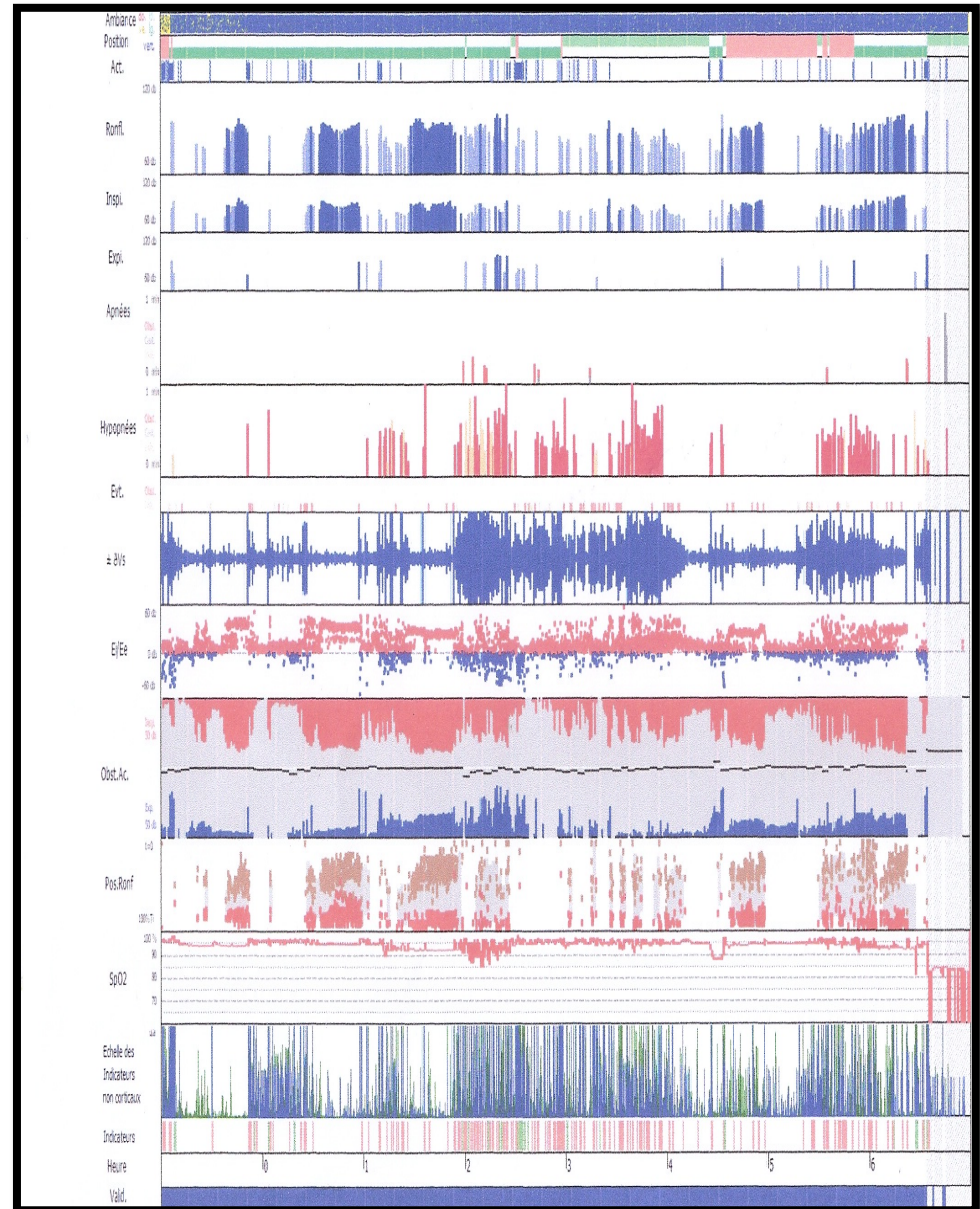
Fatigue +++ malgré le traitement psychiatrique Lamictal,
Ronflement, SDE, dyspnée, depression,

Passage frequent par les urgences pour variation d'humeur du
positif au negative avec tentatives de suicides,

IAH 35/h avec desaturation nocturne, ronflement
Amélioration ventilatoire avec une observance de 6 h par nuit
IAHR 3/H
Hématose nocturne satisfaisante
Changement d'humeur, stable,

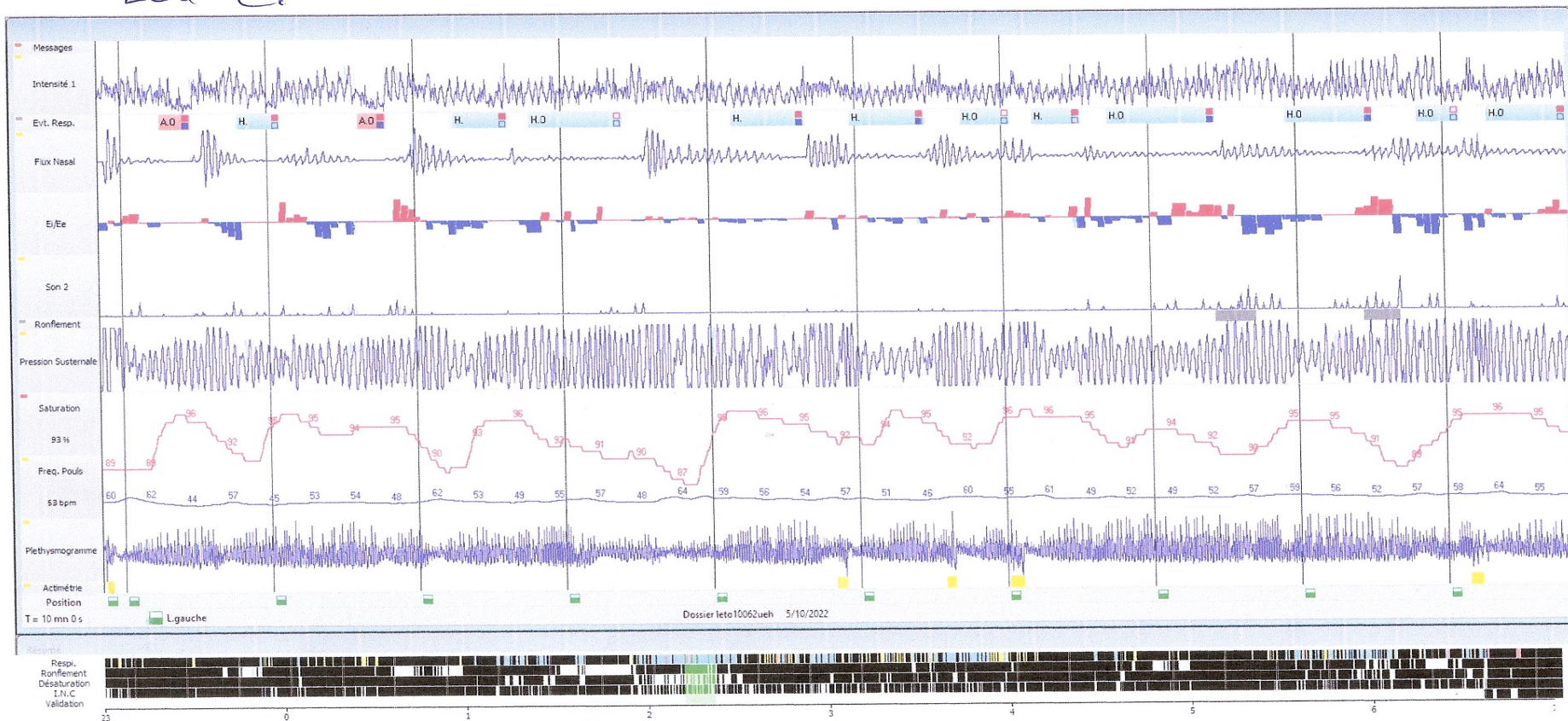
Pas de crise depuis le mise en place de la ventilation /CIPAP

Perte de poids 12 kgs en 15 mois (75 kgs) de ventilation avec
une hygiène dietitique et activité physique, Ajustement du
traitement spécifique,



Capture

Lea - C.



A CHAQUE MOMENT SA VÉRITÉ

- *Il est impossible de vivre le soir de sa vie d'après les mêmes programmes que le matin car ce qui était alors de grande importance en aura peu maintenant , et la vérité du matin sera l'erreur du soir.*

Carl JUNG



Cas clinique N° 4

de l'enregistrement

R.Pierre 30 Ans 180 cm 100 kg IMC non fumeur !

TB sous lithium Antidépresseur

Fatigue avec malaises, **SDE**, hyperexcitabilité,
perte de mémoire, dépression
troubles de sommeil Epworth 24/24

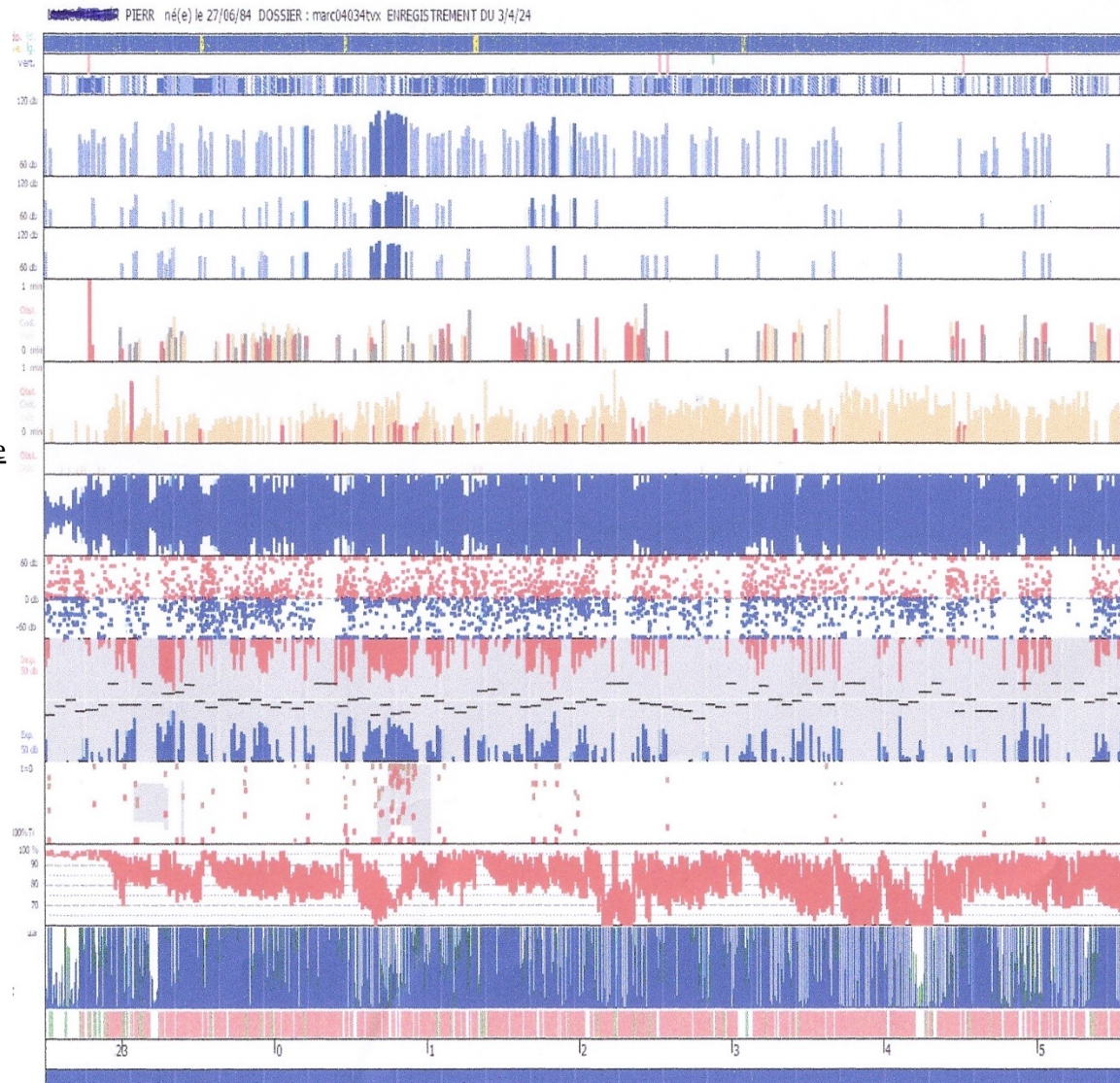
IAH 90/h avec retentissement sur l'hématose **index de
desaturation 88/h charge hypoxique 627 %min/h**
SAOS très sévère,

PPC Observance **6/nuît** IAHR 4/h évolution satisfaisante

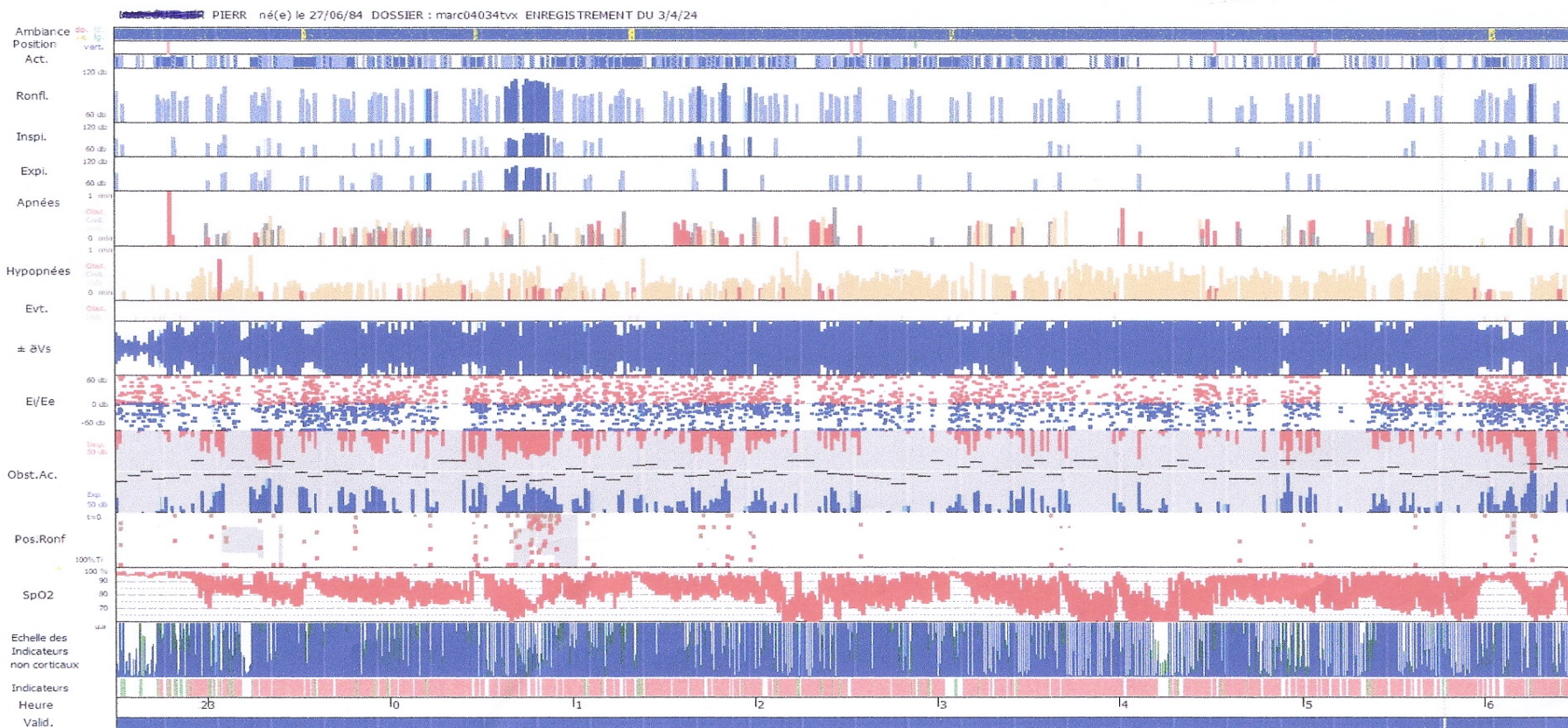
Prise en charge cardio/ORL/Nutritionniste

TTT Psychiatrique revues à la baisse

Psycho-éducation



Résumé de l'enregistrement



Bilan

RESUME GRAPHIQUE DE LA NUIT

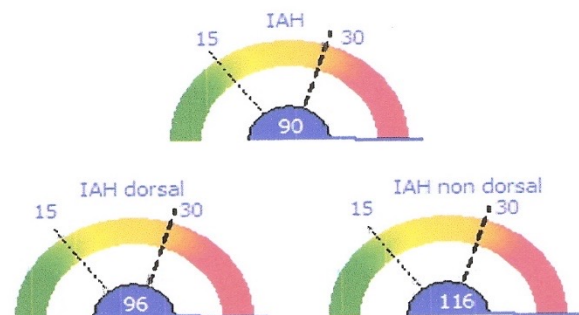
Nom : MARCOUILLIER

Prénom : PIERR

né(e) le 27/06/84

Enregistrement du : 02/04/2024

Dossier : marc04034tvx



Index de
désaturation

88/h



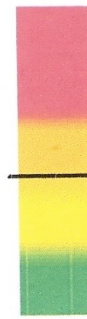
Charge hypoxique

627%/min /h



Retard à la
désaturation

24 secondes



Temps passé sous
90% de saturation

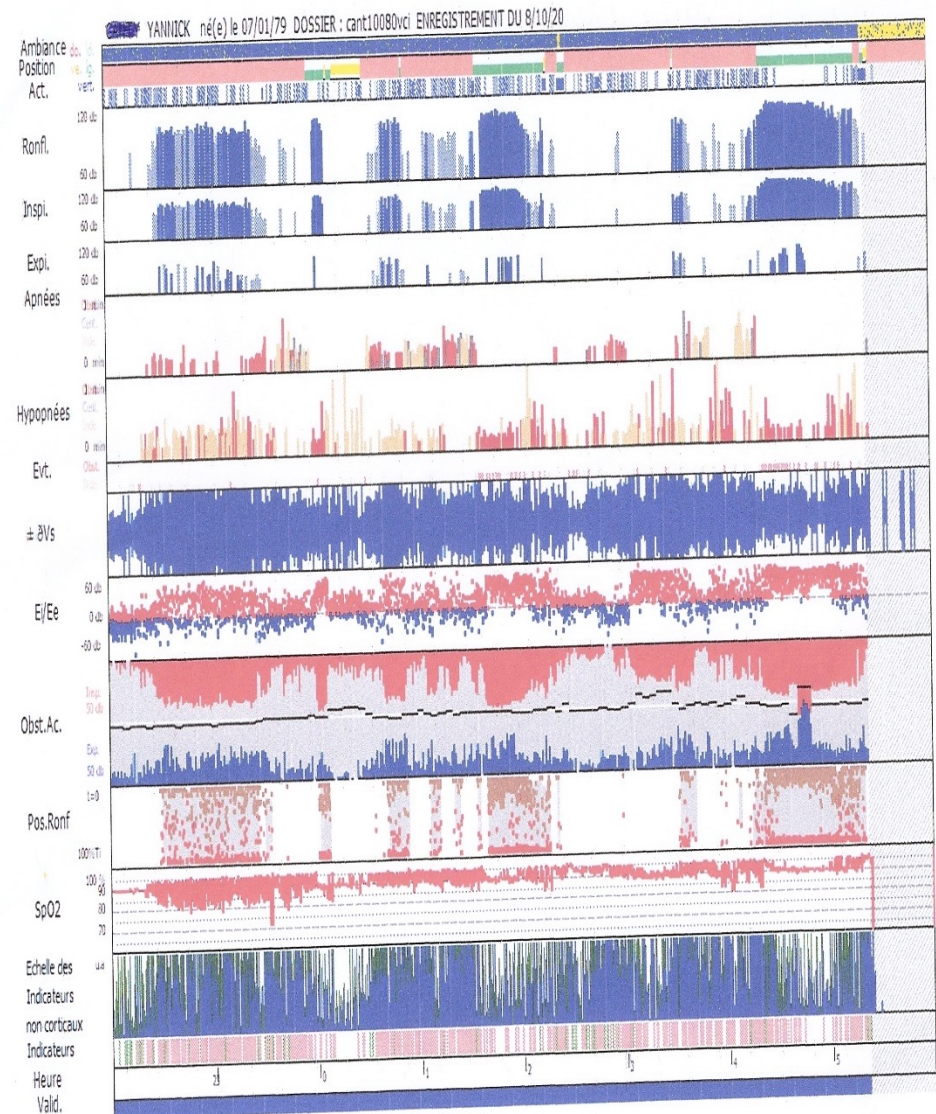
71%



Cas Clinique N° 5

- C. Yannik 45 ans 172 98 IMC
- TB depuis l'âge de 30 ans
- Atcd : HTA DNID, dysthyroïdie
- Ttt: Lamictal lithium, Abilify Lexomil
- Tendance depressive avec idées suicidaires , souvent passage par les urgences,
- Traitement psychiatrique lourd
- Trouble du sommeil à la SDE , plusieurs AVP , somnolence au volant
- Poly: IAH 77/h SAOS
- PPC bonne adhesion à la ventilation
- 5 à 7/h Depuis 2020 IAHR inf 5/h,
- Moins depressif, traitement psy revue à la baisse
- Pris en charge cardio/ORL/Endocrino
- Evolution très favorable

Résumé de l'enregistrement



PPC traitement de référence

- **Derderian** en 1988 a observé une diminution significative du score de la dépression avec la PPC.
- **Engleman** montre une amélioration de l'humeur après 4 semaines de ventilation par PPC.
- **Meurs et al. 2003** constate une amélioration des scores de la dépression après 3 mois de ventilation par CIPAP.
- **Tellier Ph.** Dans sommeil et pneumologie 25.6.2015 avance une Perte de poids grâce à la ventilation par CIPAP dans une étude non contrôlée.
- **Etude Plante et al. Et l'étude Atena:** le traitement du SAOS est un moyen thérapeutique dans la prise en charge des TB
- Diminution de poids de 10 % entraîne une amélioration de SAOS de 25%.
- 25 % des AVP sont dus au SAOS, TB et sédatifs augmente la mortalité par AVP chez les Bipolaires
- Le traitement de SAOS chez les TB réduit le risque à l'équivalent de la population générale
- Il est indispensable de chercher le SAOS dans la population des bipolaires
- Traitement du SAS (PPC) , du S.M. de la NASH et réduction des accès des troubles psycho-affectifs , on évite l'augmentation des doses médicamenteuses (psychotropes) et l'adjonction de d'autres drogues.
- **Nécessité d'une étude plus appropriée et randomisée.**

Des essais ... et des erreurs...

- Pour la plus part des diagnostics , les traitements se font par des essais-erreurs, il n'y pas de cures ni de vaccins.
Nous avons médicalisé les émotions!

Insel, T.R. 7th conf.on bipolar disorder 2007

- Il est temps de prendre en charge correctement les patients ayant des troubles bipolaires de façon globale « corps et âme. » pour une meilleure entité somato-psychique.



CONCLUSION

- Les troubles bipolaires est une maladie psychiatrique chronique à risque suicidaire, **touche 4 %** de la population, **3 fois plus mortelle**, de diagnostic tardif.
- La durée de vie est réduite **de 20 à 30 ans** par rapport à la population générale.
- Selon l' OMS **c'est la 10eme maladie** la plus couteuses et invalidante.
- Dominée par le syndrome métabolique et les apnées au cours du sommeil
- Sont deux entités à dépister obligatoirement chez les TB (même chez la PG)
- Quantifier le risque cardio-vasculaire et respiratoire (BPCO) « Tabac ++++ »
- Prise en charge du Syndrome métabolique (2/3 ne reçoivent pas de traitement)
- Traiter le SAOS par PPC ou ORDM (amélioration de nos cas par la PPC)
- L'éducation thérapeutique est une pierre angulaire dans la prise en charge
- Psychosomatique ,chose qui n'est pas facile à gérer avec les TB.
- **Mais l'éthique d'Hippocrate et d'Avicenne nous oblige !**



No Comment

- Les enfants dont la respiration nocturne est bruyante ronflante et entrecoupée de pauses ont l'air stupides et des difficultés à répondre aux questions simples.
- Remarque soulevée au 19 -ème siècle par W, OSLER 1892

MERCI DE VOTRE ATTENTION
CHOUKRAN

