**La comorbidité  du Trouble obsessionnel-compulsif avec la schizophrénie et le trouble bipolaire.**

Obsessive–compulsive disorder comorbid with schizophrenia and bipolar disorder

**Introduction :**

 On sait que le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), les troubles anxieux et la dépression sont fortement comorbides les uns avec les autres mais la comorbidité du TOC avec la schizophrénie et le trouble bipolaire (TB) est sous-étudiée. Le traitement du TOC dans le contexte de la schizophrénie et de la TB est très difficile. Cet article tente de passer en revue les données existantes sur ces comorbidités complexes. .

**Méthodes :**

 Dans cet article, nous passons en revue la littérature existante sur cette comorbidité jusqu'en août 2018 à l'aide de PubMed et de Google Scholar. Les mots clés utilisés étaient : « trouble obsessionnel-compulsif », « symptômes obsessionnels compulsifs », liés à « psychose », « schizophrénie », « états mentaux à risque » et « trouble bipolaire ». Nous avons également recherché les « symptômes obsessionnels compulsifs induits par les antipsychotiques ». Les références intéressantes ont ensuite été identifiées en parcourant les références rapportées dans les articles consultés. Les deux auteurs ont examiné les articles sous l’angle des aspects cliniques, épidémiologiques, génétiques, neurobiologiques, neuropsychologiques et thérapeutiques.

**Résultats de l'étude :**

**1/ TOC et schizophrénie :**

**a/** SYMPTÔMES OBSESSIFS-COMPULSIFS CHEZ LES SUJETS À HAUT RISQUE DE SCHIZOPHRÉNIE :

 Les symptômes obsessionnels compulsifs (SOC) sont fréquemment observés au cours de la schizophrénie. Les SOC/TOC peuvent se manifester chez les personnes présentant un risque ultra élevé de psychose .L'apparition d'un SOC peut varier entre 5 % et 30 %. les personnes présentant un risque ultra élevé de psychose semblent avoir une fréquence plus élevée de SOC que la population générale.

b/ TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF DANS LE CONTEXTE DE LA SCHIZOPHRÉNIE :

b-1/ Prévalence du trouble obsessionnel-compulsif dans la schizophrénie :

 La prévalence élevée de SOC chez les patients schizophrènes est de 12,9 % ; Le terme « trouble schizo-obsessionnel » a été suggéré afin d'attirer l'attention sur les patients schizophrènes présentant un SOC cliniquement significatif. 30 % des patients atteints de schizophrénie signalent un SOC et que 12 à 14 % d'entre eux répondent aux critères diagnostiques du TOC. taux de prévalence élevé (OCS, de 2,7 % à 37 % ; TOC, de 1,5 % à 30 %) signalé chez les individus présentant un risque ultra élevé de développer une maladie chronique ou un traitement antipsychotique. Chez les patients schizophrènes naïfs, 65 % avaient développé un OCS avant l'utilisation d'antipsychotiques

b-2/ Le trouble obsessionnel-compulsif comme facteur de risque de schizophrénie :

 les patients atteints de TOC présentaient un risque 12 à 13 fois plus élevé d'avoir un diagnostic comorbide de schizophrénie, de TB et de trouble schizo-affectif par rapport aux individus sans TOC.; les personnes diagnostiquées pour la première fois avec un TOC avaient un risque 3 fois plus élevé de recevoir un diagnostic ultérieur de schizophrénie par rapport aux personnes sans TOC au cours de la période de suivi..

b-3 / Caractéristiques cliniques, début et évolution :

 La majorité des patients atteints de TOC et de schizophrénie comorbides, le SOC précède les symptômes psychotiques initiaux chez environ 40 % des patients, peut succéder à une psychose dans 40 % ; l'évolution de l'OCS est variable.

b-4 Histoire de familiale  :

 Le TOC et la schizophrénie présentent tous deux une agrégation familiale. Les proches de patients atteints de troubles schizo-obsessionnels et de schizophrénie présentent tous deux un risque plus élevé de troubles du spectre schizophrénique (9,4 %, 7,5 %) que les témoins communautaires (0,75 %), comparable au risque moyen de schizophrénie chez les parents au premier degré dans études familiales sur la schizophrénie (6 % à 9 %).

b-5/ Marqueurs biologiques :

 La Réduction du volume de l'hippocampe gauche, des lobes frontaux et de la corne antérieure des ventricules latéraux et du troisième ventricule dans un petit groupe de patients schizo-obsessionnels par rapport aux patients schizophrènes.une réduction similaire de l'activation du DLPFC droit et du caudé droit, ainsi qu'une diminution de la connectivité fonctionnelle lors de l'exécution de la tâche N-back ;les modifications de l'activation du cortex orbitofrontal (OFC) pourraient être associées de manière significative à la gravité des obsessions ; Il semble qu’il n’existe pas de troubles neuropsychologiques typiques du trouble schizo-obsessionnel ;

b-6/ Le trouble schizo-obsessionnel est-il un sous-type de schizophrénie ?

 Certains chercheurs ont proposé le trouble schizo-obsessionnel comme un sous-type distinct de schizophrénie qui nécessite une étude plus approfondie. En conséquence, des critères de diagnostic ont été proposés pour le trouble schizo-obsessionnel, en mettant l'accent sur la présence de symptômes typiques du TOC du DSM .

c/ SYMPTÔMES OBSESSIFS-COMPULSIFS INDUITS PAR DES ANTIPSYCHOTIQUES :

 Les NLA tels que la clozapine, la rispéridone et l'olanzapine, en particulier, sont impliqués dans l'émergence et l'exacerbation de novo du SOC chez les patients atteints de schizophrénie. Les antipsychotiques de première génération ne sont généralement pas impliqués dans le développement de l'OCS, à l'exception d'un rare cas d'OCS induit par l'halopéridol. La clozapine est le plus souvent associée à l'exacerbation ou à l'émergence de SCO de novo dans la schizophrénie. L'OCS doit être respectivement de 20 à 28 % et de 10 à 18 % chez les personnes traitées par clozapine. Il semble y avoir une certaine relation entre la dose de rispéridone et l'apparition d'OCS, des doses plus faibles étant efficaces pour augmenter l'action des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) dans le traitement des TOC et des doses plus élevées provoquant l'apparition d'OCS.

 d/PRISE EN CHARGE DES SYMPTÔMES OBSESSIFS-COMPULSIFS/TROUBLES OBSESSIFS-COMPULSIFS DANS LA SCHIZOPHRÉNIE :

 Une monothérapie avec des SGA tels que l'olanzapine et la ziprasidone peut aider à soulager à la fois les psychotiques et les OCS dans les OCS préexistants dans la schizophrénie.Les antipsychotiques tels que l'amisulpride et l'aripiprazole, qui ont des propriétés sérotoninergiques négligeables, semblent également être quelque peu utiles dans le traitement du SCO dans la schizophrénie.Les ISRS semblent bénéfiques, notamment l'escitalopram à la dose de 20 mg/jour, mais pas dans tous les cas. L'ajout de fluvoxamine et de clomipramine a été associé à une aggravation de la psychose. la TCC pourrait être efficace, mais cela doit être confirmé par des études bien conçues. L'APA recommande également un essai de TCC chez les personnes atteintes de schizophrénie et de TOC qui ne répondent pas à l'ajout d'un ISRS ou au changement d'antipsychotique. Le traitement du SCO/TOC induit par le SGA implique une réduction de la dose d'antipsychotique le passage à un autre antipsychotique ayant une influence minimale sur les systèmes sérotoninergiques tels que l'aripiprazole, l'amisulpride ou l'halopéridol, l'ajout d'aripiprazole. et ajout des ISRS et du CBT.

**2/ TOC et trouble bipolaire :**

 Le TOC et le TB sont fortement comorbides. Il n’est pas clair si cette comorbidité élevée représente la survenue fréquente de deux maladies indépendantes ou si elle représente la survenue de symptômes d’un type .

a/Prévalence :

 Des taux de prévalence au cours de la vie des TOC comorbides chez les patients atteints de MB allant de 11,1 % à 21 %. La prévalence groupée de TOC chez 17 % (IC à 95 %, 12,7 % à 22,4 %) des patients atteints de MB, ce qui était comparable à la prévalence groupée de MB chez 18 % des patients atteints de TOC (18,35 %, IC à 95 %, 13,2 % à 24,8 %).La prévalence du TOC était plus élevée chez les enfants et adolescents BD que chez les adultes (24,2 % contre 13,5 %) ;La prévalence groupée du BD-I et du BD-II dans le TOC serait respectivement de 3,9 % (IC à 95 %, 2,4 à 6,4) et 13,5 % (IC à 95 %, 9,3 à 19,3), et la prévalence groupée du TOC dans le BD -I : 21,7 % (IC à 95 % : 4,8-60,3).

b/ Le trouble obsessionnel-compulsif comme facteur de risque du trouble bipolaire :

 Les personnes atteintes de MB, le risque d'un diagnostic ultérieur de TOC était environ 1,2 fois plus élevé, avec un délai médian entre les diagnostics de 1,1 an (IR = 2,0). Les risques étaient généralement plus élevés chez les patients hospitalisés souffrant de TOC. Le risque de recevoir un diagnostic de MB après un diagnostic initial de TOC (RR 13,7) était bien plus élevé que le risque de recevoir un diagnostic de TOC après un diagnostic initial de MB (RR : 1,2). la présence de TOC peut être un facteur de risque indépendant pour le développement ultérieur de TB.

c/ Caractéristiques cliniques, début et évolution :

 La présence de comorbidités BD a été associée à une plus grande incidence d'obsessions liées à des thèmes sexuels, religieux, agressifs, de symétrie et de thésaurisation, ainsi qu'à des compulsions d'ordre/arrangement et de thésaurisation. ;Les patients atteints de TOC-BD ont tendance à avoir un plus grand nombre d'épisodes dépressifs que ceux atteints de BD seul.Les patients atteints de TOC-BD avaient des taux de désirs de mort et de pensées suicidaires statistiquement significativement plus élevés que les patients non atteints de TOC-BD ; L'évolution épisodique du TOC était plus fréquent dans la BD de type II que dans la BD de type I ;Il existe des preuves que les ISRS provoquent plus de manie/hypomanie chez les patients atteints de BD-TOC que chez les patients non comorbides

d/ Histoire familiale :

 La charge familiale plus élevée pour le TOC. Il a été rapporté que les antécédents familiaux de troubles de l'humeur sont plus fréquents chez les patients présentant une évolution épisodique du TOC que chez ceux souffrant de TOC chronique.

E/ Marqueurs biologiques :

Il existe peu de littérature sur les corrélats biologiques de la comorbidité TOC-BD. Une étude a rapporté un potentiel de liaison du 5-HTT plus élevé chez les participants OCD-BD par rapport aux non-OCD-BD dans l'insula, le cortex cingulaire postérieur, le cortex cingulaire antérieur sous-génuel et dans le cortex cingulaire dorsal.

F/ Traitement :

Les défis dans la gestion du TOC-BD comorbide tournent autour du risque que les ISRS provoquent un changement maniaque ou aggravent l’évolution de la MB. De plus, il n’existe pas de données systématiques sur l’efficacité de la TCC ou des ISRS dans le traitement du TOC en cas de comorbidité avec la MB.

**Discussion :**

 La comorbidité TOC/OCS influence l’évolution et le pronostic de la schizophrénie et du trouble bipolaire. Certaines données suggèrent également qu'un diagnostic de TOC pourrait être associé à un risque élevé de développement ultérieur d'une psychose et d'un trouble bipolaire. . De plus, certains antipsychotiques atypiques, la clozapine en particulier, sont connus pour induire ou aggraver les SOC dans la schizophrénie. Le TOC, lorsqu'il est comorbide avec un trouble bipolaire, évolue généralement de manière épisodique avec une aggravation et une amélioration du TOC/OCS respectivement dans les phases dépressives et maniaques/hypomaniaques. Il existe peu de données systématiques sur le traitement du TOC dans la schizophrénie et le trouble bipolaire. Lorsque le TOC se présente dans un contexte de schizophrénie, la prise en charge peut inclure un traitement par des antipsychotiques atypiques aux propriétés sérotoninergiques limitées, un changement d'antipsychotique, une réduction de la dose de l'antipsychotique, l'ajout d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou un inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine ( ISRS). Lorsque le TOC est comorbide avec le trouble bipolaire, la stabilisation de l’humeur est la priorité. La TCC peut être préférée aux ISRS pour traiter les TOC/OCS qui persistent entre les épisodes d'humeur, car les ISRS peuvent induire un changement ou aggraver l'évolution du trouble bipolaire. Les ISRS, lorsqu’ils sont indiqués, doivent être utilisés judicieusement sous couvert d’une stabilisation adéquate de l’humeur.

**Conclusion :**

 Le TOC est une affection comorbide courante chez les personnes atteintes de schizophrénie et de TB. Il existe certaines preuves selon lesquelles un diagnostic de TOC pourrait être associé à un risque plus élevé de développement ultérieur de la schizophrénie et de la MB, mais la nature de la relation avec ces troubles reste floue. Il est cependant évident que le TOC épisodique peut être avant tout un trouble de l'humeur et que, par conséquent, le traitement du TOC limité aux épisodes d'humeur implique principalement la stabilisation de l'humeur avec des stabilisateurs de l'humeur et des antipsychotiques atypiques. Les ISRS doivent être utilisés judicieusement lors du traitement du TOC comorbide avec la MB. Le TOC dans la schizophrénie peut répondre aux ISRS et à la TCC, mais il existe une littérature très limitée sur le traitement du TOC comorbide chez les patients atteints de schizophrénie. Les TOC survenant de novo ou aggravés d'un TOC préexistant suite à un traitement par des antipsychotiques atypiques (clozapine en particulier) sont bien reconnus. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre la relation complexe entre ces comorbidités.

Traduit de l’anglais et synthétisé par :

 Dr LAMZALLA MOHAMED

Service de psychiatrie – CHU Souss Massa

Juin 2024