

Les psychotropes ont-ils leur place dans le traitement du trouble de la personnalité limite?

Julie Duchaine

Mots clés : Trouble de la personnalité, trouble de la personnalité limite, psychotropes, antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur, antipsychotiques.

Exposé de la question

Une patiente de 26 ans est hospitalisée en psychiatrie en raison de comportements inappropriés. Au diagnostic multiaxial, aucune pathologie n'est présente à l'axe I, mais nous notons un trouble de la personnalité (TP) limite à l'axe II. En conséquence, elle n'est suivie que par l'équipe de psychothérapie. Pouvons-nous offrir un soutien pharmacologique aux patients présentant un TP limite?

Réponse à la question

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR) définit le TP comme étant « un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui est déjà présent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement »¹. Dix TP, classés en trois groupes, y sont définis. Le groupe A regroupe les personnalités bizarres et excentriques, le groupe B inclut les comportements dramatiques et émotifs, comme la personnalité dite limite ou *borderline*, dont les critères diagnostiques sont décrits au tableau I, tandis que le groupe C regroupe les personnalités anxieuses et craintives^{1,2}.

Quelques études épidémiologiques confirment une prévalence de 2 % du TP limite dans la population générale. Toutefois, spécifiquement chez les patients psychiatriques présentant une pathologie à l'axe I, la cooccurrence de TP limite atteint une prévalence de plus de 20 %^{3,4}. Cette pathologie est associée à une variété de conditions psychiatriques, dont, par exemple, de l'automutilation, des tentatives de suicide, des comportements sexuels inappropriés, des abus de substances, etc.⁵

Aucun médicament n'est approuvé spécifiquement pour le TP limite, mais, en pratique, la polypharmacie est fréquente chez cette population, plus de 40 % des patients reçoivent au moins trois médicaments en concomitance³. Selon l'hypothèse voulant que des dérèglements dans la transmission et la physiologie des neurotransmetteurs seraient en cause dans le TP limite, les médicaments utilisés ciblent davantage des sphères

de symptômes (cognitifs-perceptuels, comportementaux et affectifs) plutôt que la pathologie dans son ensemble^{3,6}. Diverses molécules issues de plusieurs classes pharmacologiques peuvent s'avérer utiles, mais de façon générale, on devrait éviter autant que possible les molécules comportant un certain potentiel d'abus ou pouvant être létales à fortes doses, telles les benzodiazépines, et les réserver pour les cas de crise³.

Antidépresseurs

Les quelques études cliniques à répartition aléatoire semblent montrer un effet positif des antidépresseurs sur le TP limite. De façon générale, tous les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) auraient un certain effet sur la diminution de l'irritabilité, des symptômes dépressifs et de la colère chez ces patients, bien que les résultats soient controversés à cet effet^{3,4,6,9}. La fluoxétine et la fluvoxamine sont les médicaments les plus étudiés. D'autres types d'antidépresseurs, tels les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine, comme la venlafaxine et la duloxétine, ainsi que les inhibiteurs de la monoamine oxydase auraient aussi fait preuve d'une certaine efficacité pour les mêmes types de symptômes^{3,7}. Quant aux antidépresseurs tricycliques, leur efficacité semble plutôt mitigée dans le traitement de ce type de TP. Ils pourraient même entraîner une exacerbation de certains symptômes⁸. Leur utilisation est de plus limitée par leurs effets indésirables et le risque léthal dans les cas d'une éventuelle surdose^{3,8}.

Bref, certains antidépresseurs, principalement ceux agissant sur la sérotonine, seraient efficaces pour réguler les dysfonctions affectives, les comportements impulsifs et les distorsions cognitives chez les patients présentant un TP limite^{3,5}. Malgré leur large utilisation en pratique, certains auteurs favorisent néanmoins l'utilisation d'autres classes pharmacologiques au détriment des antidépresseurs⁹.

Stabilisateurs de l'humeur

Le lithium, la carbamazépine, le divalproex, la lamotrigine et le topiramate pourraient tous aider à réduire l'irritabilité et l'agressivité des patients aux prises avec un trouble de la personnalité limite, en plus de diminuer leur impulsivité^{3,7,10}. Un effet similaire pourrait également être attendu avec l'oxcarbazépine et probablement

Julie Duchaine, B.Pharm., est pharmacienne à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal

Tableau I : Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite selon le DSM-IV-TR¹

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés;
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation;
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi;
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie);
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations;
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur;
7. Sentiments chroniques de vide;
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère;
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères.

Tiré de la référence 1 : American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduction française). 2^e éd. Paris : Masson; 2003. 1064 p.

avec la gabapentine³. Toutefois, selon l'avis de l'American Psychiatric Association (APA), seul le lithium, indiqué pour le contrôle de l'impulsivité, aurait démontré des preuves suffisantes pour que l'on puisse en recommander l'usage⁵. Cependant, certains auteurs préfèrent l'exclure des choix de première ligne en raison de son index thérapeutique étroit et du risque d'intoxication qui lui est associé³.

Antipsychotiques

Les antipsychotiques sont largement utilisés dans les cas de TP limite³. Tous les antipsychotiques classiques et atypiques auraient un effet favorable sur l'irritabilité, l'impulsivité et l'agressivité à des doses souvent plus faibles que celles utilisées pour les patients psychotiques^{3,5,6,11}. De petites doses pourraient également aider au contrôle de certaines distorsions cognitives⁵. La clozapine, l'olanzapine, la rispéridone et l'halopéridol montreraient également une bonne efficacité dans les cas d'automutilation^{3,5}. Bien que la quétiapine, la ziprasidone et l'aripiprazole aient été moins étudiées, des investigations préliminaires semblent également montrer les mêmes effets de classe de ces molécules^{3,8,11-13}.

Autres molécules

La clonidine, quant à elle, serait utile comme traitement adjuvant des patients aux prises avec une personnalité limite, présentant de l'hyperéveil (*hyperarousal*) et des troubles du sommeil, particulièrement des patients

présentant un syndrome de stress post-traumatique en comorbidité¹⁴. Parmi les produits naturels, les acides gras de type oméga-3 pourraient également entraîner certains bénéfices pour diminuer l'agressivité et la gravité des symptômes dépressifs³.

Conclusion

Le traitement pharmacologique du TP limite a fait couler beaucoup d'encre dans la littérature médicale, et plusieurs lignes directrices et méta-analyses ont été publiées au cours de la dernière décennie. Toutefois, les études dont nous disposons ne semblent pas permettre de tirer des conclusions solides et immuables à cause de failles méthodologiques importantes et de l'absence de reproductibilité de plusieurs résultats^{4,6,15-18}. De plus, la plupart des études conduites excluaient les patients ayant un problème d'abus de substances, suicidaires ou ayant des comportements d'automutilation, ce qui rend les résultats difficiles à généraliser à la pratique clinique¹³. Malgré cela, les lignes directrices de l'APA demeurent généralement les plus utilisées par les cliniciens^{5,15}. Il incombe cependant à l'équipe traitante d'amalgamer judicieusement les résultats qui nous sont présentés dans la littérature scientifique en fonction de chaque patient. En effet, une très grande variabilité existe dans la réponse thérapeutique des patients aux prises avec un trouble de personnalité limite, et leur collaboration face au traitement constitue également un enjeu majeur à ne pas négliger dans le choix d'un soutien pharmacologique³.

Pour toute correspondance :
Julie Duchaine
Institut Philippe-Pinel de Montréal
Département de pharmacie
10905, Henri-Bourassa Est
Montréal (Québec) H1C 1H1
Téléphone : 514 648-8461, poste 237
Télécopieur : 514 648-7245
Courriel : julie.duchaine.ippm@ssss.gouv.qc.ca

Références

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduction française). 2^e éd. Paris: Masson; 2003. 1064 p.
2. Goulet J. Troubles de la personnalité. Dans : Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, Amias-Wilchesky M, Assalian P, Baril MC et coll., rédacteurs. Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale. Tome I. 1^{re} éd. Montréal: Gaëtan Morin; 1999. p. 652-83.
3. Díaz-Marsá M, González Bardanca S, Tajima K, García-Albea J, Navas M, Carrasco JL. Psychopharmacological treatment of borderline personality disorder. Actas Esp Psiquiatr 2008;36:39-49.
4. Binks C, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev 2006; 25:CD005653.
5. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2001;158 (suppl.10):1-52.
6. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders and meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Psychiatry 2010;71:14-25.
7. Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller HJ et coll. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. World J Biol Psychiatry 2007; 8:212-44.
8. Bellino S, Paradiso E, Bogetto F. Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder. CNS Drugs 2008;22:671-92.
9. Abraham PF, Calabrese JR. Evidenced-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: a shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? J Affect Disord 2008;111:21-30.
10. Sieberer M, Emrich HM. Empirical evidence for the use of anticonvulsants in personality disorders. Fortschr Neurol Psychiatr 2009;77:133-8.
11. Adityanjee E, Romine A, Brown E, Thuras P, Lee S, Schulz SC. Quetiapine in patients with borderline personality disorder: an open-label trial. Ann Clin Psychiatry 2008;20:219-26.
12. Van den Eynde F, Senturk V, Naudts K, Vogels C, Bernagie K, Thas O et coll. Efficacy of quetiapine for impulsivity and affective symptoms in borderline personality disorder. J Clin Psychopharmacol 2008;28:147-55.
13. Mercer D, Douglass AB, Links PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. J Pers Disord 2009;23:156-74.
14. Ziegenhorn AA, Roepke S, Schommer NC, Merkl A, Danker-Hopfe H, Perschel FH et coll. Clonidine improves hyperarousal in borderline personality disorder with or without comorbid posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Psychopharmacol 2009;29:170-3.
15. Saunders EF, Silk KR. Personality trait dimensions and the pharmacological treatment of borderline personality disorder. J Clin Psychopharmacol 2009;29:461-7.
16. Sanderson C, Swenson C, Bohus M. A critique of the American psychiatric practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder J Pers Disord 2002;16:122-9.
17. McGlashan TH. The borderline personality disorder practice guidelines : the good, the bad, and the realistic. J Pers Disord 2002;16:119-21.
18. Tyrer P. Practice guideline for the treatment of borderline personality disorder : a bridge too far. J Pers Disord 2002; 16:113-8.

FORMATION CONTINUE



30 septembre et 7 octobre 2010 — Soirées de formation et de développement « OPTIMISATION DES ANTIMICROBIENS »

• Lieu : 30 septembre, Québec — 7 octobre, Québec • Renseignements : A.P.E.S., tél. : 514 286 0776 ou www.apesquebec.org

NOTE : ces soirées de formation sont réservées aux membres actifs et aux membres résidents de l'A.P.E.S.



28 et 29 octobre 2010 — Chef de département : une équipe à construire

• Lieu : Auberge du Vieux Foyer, Val David • Renseignements : A.P.E.S., tél. : 514 286 0776 ou www.apesquebec.org

NOTE : cette activité de formation est réservée aux membres actifs de l'A.P.E.S.



2 et 4 novembre 2010 — Soirées de formation et de développement « MÈRE - ENFANT »

• Lieu : 2 novembre, Québec — 4 novembre, Québec • Renseignements : A.P.E.S., tél. : 514 286 0776 ou www.apesquebec.org

NOTE : ces soirées de formation sont réservées aux membres actifs et aux membres résidents de l'A.P.E.S.



18 et 19 novembre 2010 — Journées de formation « EFFETS INDÉSIRABLES ET PRISE EN CHARGE »

• Lieu : Hôtel Classique, Québec • Renseignements : A.P.E.S., tél. : 514 286 0776 ou www.apesquebec.org



26 au 29 janvier 2011 — 50 ans d'actions! – Congrès annuel

• Lieu : Château Frontenac, Québec • Renseignements : A.P.E.S., tél. : 514 286 0776 ou www.apesquebec.org