

Attaques de panique, Trouble panique et Agoraphobie

Docteur Dominique SERVANT

Unité Stress et Anxiété

CHRU de Lille

Un trouble ancien

« Cela me prend brusquement. Je ressens tout d'abord une pression sur mes yeux. Ma tête devient si lourde et elle bourdonne tant que je peux à peine la soutenir, puis apparaît une oppression thoracique telle que je ne puis respirer... Ma gorge se serre comme si j'étouffais... J'ai constamment l'impression d'être sur le point de mourir... » S.Freud

Différentes appellations

Krishaber, 1873 Névropathie cérébro-cardiaque

- Westphal, 1871 Peur de traverser les places (agoraphobie)
- Legrand du Saulle 1878 « peur des espaces »
- da Costa, 1871 Le cœur irritable
- Lewis, 1917 Syndrome d'effort
- Beard, 1869 Neurasthénie
- Freud, 1895 Névrose d'angoisse
- Justin-Besançon et Klotz, 1950 Spasmophilie
- Klein, 1962 Prévention des adp par l'imipramine
- Marks, 1969 Agoraphobie
- DSM III Trouble Panique avec ou sans Agoraphobie

L'attaque de panique (DSMIV)

- Période bien délimitée
 - de crainteou
 - de malaise intense
 - Peur de perdre le contrôle
- Survenue brutale
acmé en moins de 10 min.
- Nombreux symptômes :
au minimum 4 sur une liste de 13

Symptômes de l'attaque de panique

1. Palpitations
2. Transpiration
3. Tremblements ou secousses musculaires
4. Sensation de souffle coupé ou impression d'étouffement
5. Sensation d'étranglement
6. Douleur ou gêne thoracique
7. Nausée ou gêne abdominale
8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide, ou impression d'évanouissement
9. Déréalisation ou dépersonnalisation
10. Peur de perdre le contrôle de soi
11. Peur de mourir
12. Paresthésies (engourdissement, picotements)
13. Frissons ou bouffées de chaleur

Signes fréquents

- - palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque 90%
 - - sensation de “ souffle coupé ” ou impression d’étouffement 81%
 - sensation de vertiges, d’instabilité, de tête vide 70%
 - ou impression d’évanouissement
 - - transpiration 69%
 - - frissons ou bouffées de chaleur 64%
 - - douleur ou gêne thoracique 62%
 - - peur de mourir 60%
 - - tremblements ou secousses musculaires 58%
 - - peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou 56%
 - - paresthésies 51%
 - - sensation d’étranglement 51%
 - - nausées ou gêne abdominale 40%
 - -déréalisation ou dépersonnalisation 33% %
- fréquences des diapos 4 et 5

Servant D et al. 2000

Définition Trouble Panique

- Répétition de crises d'anxiété paroxystiques ou attaques de panique dont la survenue est le plus souvent imprévisible, spontanée, non déclenchée par des stimuli ou des situations particulières, et qui va s'accompagner d'une anxiété anticipatoire (peur de la survenue d'une nouvelle crises).

Reconnaître le TPA Typique

- Tableau très caractéristique de paroxysmes anxieux aléatoires & répétitifs
Encore faut-il interroger le patient
- Masque de chronicité : l'anxiété anticipatoire inter critique finit par tout noyer
Faire l'historique du trouble
- Masque de trouble réactionnel : si les symptômes sont d'emblée attribués à un stressor psycho social identifié et plausible
Recherche d'AP spontanées, inopinées, inattendues
- Masque pseudo somatique : les symptômes du TP miment les troubles médicaux potentiellement menaçants
 - *Les patients consultent un « somaticien » plutôt qu'un psychiatre*
 - *Le MG adresse le patient au cardiologue, au neurologue, au gastro-entérologue avant de l'adresser au psychiatre*

Le TPA

le somaticien & le psychiatre

La présence d'affections comorbides peut compliquer encore le diagnostic de TPA et son traitement

Association possible entre TPA et valvulopathies cardiaques (Prolapsus valve mitrale)

Surmortalité cardio-vasculaire chez les patients souffrant de TPA

- Mortalité cardiaque (X 5 à 10, **à vérifier**)
- Risque d'AVC (X ...**à vérifier**)

Anxiété pathologique et danger réel : comment intégrer ces données dans la thérapie cognitive du TPA ?

Les complications du TPA

- Dépendance aux substances (alcool X 7, benzodiazépines en sublingual...)
- Autres troubles anxieux
- Dépression (EDM, risque X 30)
- Tentative de suicide (17 % si TPA seul, 42 % si TPA + EDM)
- Ne pas négliger le risque suicidaire

Et tant de gens, qui de l'impatience des pointures de la peur, se sont pendus, noyés et précipités, nous ont bien appris qu'elle est encore plus importune et insupportable que la mort. Montaigne Essais Livre I chapitre XVII La Peur

TPA & Agoraphobie

- A. Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations
 - d'où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper
 - dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'AP
- B. Les situations sont
 - Évitées
 - Subies avec souffrance intense, des symptômes de panique
 - Nécessitent la présence d'un accompagnant

DSM IV-TR

= Évolution – complication « quasi naturelle » du TPA

Diagnostic différentiel avec les maladies organiques

- Affections cardio vasculaires : troubles du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque, insuffisance coronaire, hypertension artérielle, prolapsus de la valve mitrale, infarctus du myocarde
- Affections endocriniennes : hyper et hypothyroïdie, hypoglycémie...
- Affections respiratoires: asthme
- Affections neurologiques : épilepsie...

Epidémiologie

- 1 à 3 % de la population générale
- Age de début 18 à 30 ans
- 2 femme pour 1 homme
- Agoraphobie dans 2/3 des cas
- Comorbidité élevée avec la dépression , les autres troubles anxieux, les troubles addictifs et les troubles de la personnalité

Retentissement social du TPA

Coût individuel et collectif

- TPA plus invalidant que nombre de maladies physiques chroniques (diabète, hypertension, de maladies rhumatismales ou cardiaques).
Ceci intervient par le biais de la détresse émotionnelle induite.
- Altération de la qualité de vie
- Surconsommation de soins
- Absentéisme professionnel
- Réduction de la productivité au travail

Facteurs de risque

- Sexe féminin
- Anxiété de séparation dans l'enfance
- Événement traumatique dans l'enfance
- Événements stressant avant les premières attaque de panique
- Aucun facteur n'est spécifique au trouble

Attaques de panique

Le déclenchement

- Attaques de panique isolées à l'adolescence
- Attaque de panique déclenchée par la situation phobogène (situationnelle)
- Attaque de panique d'origine toxique (café , cannabis...), médicale ou iatrogène
- Attaque de panique spontanée du trouble panique (ex attaque de panique nocturne)

Attaque de panique

Pensées catastrophiques

Peur de mourir, d'avoir un infarctus ou un accident vasculaire cérébral

- Peur de perdre connaissance, d'avoir un malaise, de perdre l'équilibre , de tomber
- Peur de perdre le contrôle, de commettre des actes irrationnels, de se faire remarquer
- Peur de perdre la raison , de devenir fou
- Peur de vomir ou de perdre le contrôle de ses sphincters

L'Agoraphobie

- Cliniquement, elle se manifeste par une peur des espaces vides ou envahis par la foule (magasins, lieux publiques).
- Elle est fréquemment associée à la peur des espaces fermés (ascenseur, tunnel, cinéma) ou claustrophobie et à la peur des moyens de transport (métro, train, bus, avion).
- Lorsqu'il est exposé à ces situations, l'agoraphobe souffre d'une peur intense (attaque de panique).

Agoraphobie : situations phobogènes

- Conduite automobile
- Magasins , centre commerciaux, cinéma
- Transport en commun (bus train, avion...)
- Etre dans la foule, faire la queue
- Etre enfermé loin d'une sortie
- Ponts, tunnels, escalier roulants, ascenseurs
- Grands espaces, vide , hauteur
- Coiffeur, dentiste, médecin, hôpital
- Sortir de chez soi, s'éloigner de son périmètre de sécurité

Evolution de l'agoraphobie

- Le sujet a de plus en plus besoin d'être accompagné dans des lieux où il ne se risque plus seul
- Extension des conduites d'évitement
- Le sujet devient très dépendant de son entourage
- Retentissement très important sur l'activité socio - professionnelle

Quels traitements?

- Pas de recommandation officielle en France
- En revanche, des recommandations anglosaxonnes existent
- 2 types de traitements ont été étudiés sur la prévention des attaques de panique: les antidépresseurs et les TCC
- Résultats des revues et méta analyses récentes
 - Antidépresseur > Placebo
 - TCC > Liste d'attente
 - Antidépresseur et TCC: efficacité comparable
- Mike. J Affect Disord 2005, Gould et al 2005, Otto et al 2001, Van Balkom et al 1997

Les TCC

- Plusieurs techniques associées
 - information
 - exposition aux sensations physiques et in vivo
 - thérapie cognitive
 - contrôle respiratoire et relaxation
- Programme structuré (12 à 20 séances hebdomadaires).
- Pratique nécessite une formation

Conduite à tenir devant une attaque de panique

- Eliminer une pathologie organique (examen physique)
- Réassurance , isolement
- Contrôle respiratoire
- Si nécessaire BZD par voie orale ou sublinguale

Quels antidépresseurs prescrire?

- Traitement doit être poursuivi 12 à 18 mois
- Molécules ayant en France l'AMM
 - Paroxétine (ISRS)
 - Fluvoxamine (ISRS)
 - Citalopram (ISRS)
 - Escitalopram (ISRS)
 - Clomipramine (Tricyclique)
 - Venlafaxine (ISRSNA)

Stratégies de prise en charge

APA 1998

- 1 Le traitement est habituellement ambulatoire (hospitalisation réservée aux formes sévères: risque suicidaire, comorbidité dépressive, alcoolisme, toxicomanie)
- 2 Bilan médical et psychiatrique préalable à la mise en route du traitement
- 3 Prise en charge associant éducation, évaluation et soutien associés au traitement de référence
- 4 Le choix thérapeutique se fait entre TCC et médicaments

Stratégies de prise en charge

APA 1998

- 5 Les autres psychothérapies peuvent être envisagés si l'amélioration n'est pas obtenue dans un délai de 6 à 8 semaines
- 6 Certains médicaments ont l'indication pour la prévention des attaques de panique
- 7 L'association TCC médicaments est possible mais il n'est pas possible de définir le type de patient chez qui cette association est utile

Stratégies de prise en charge APA 1998

- 8 La durée initiale du traitement est de 12 semaines, il convient d'arrêter après 12 à 18 mois de traitement continu chez un patient répondeur
- 9 En cas d'attaques de panique sévères ou d'un niveau élevé d'anxiété anticipatoire, l'association d'une BZD peut être utile en début de traitement jusqu'à l'obtention de l'effet thérapeutique
- 10 La comorbidité psychiatrique, les facteurs psycho-environnementaux et de personnalité peuvent influencer la réponse au traitement. Dans certains cas l'association d'une psychothérapie psychodynamique au traitement de référence peut être utile

Combien de patients guérissent?

- 50% à 70% de patient 'panic free' à court terme (2-3 mois)
- Réduction de l'anxiété globale des symptômes dépressifs et de la qualité de vie
- 50% de réponse à 9 mois après arrêt du traitement
- Rechutes à long terme assez fréquentes
- Yonkers et al 2003

Quels sont les critères de choix?

- Sévérité des symptômes
- Préférences du patient
- Réponse aux traitements antérieurs
- Accessibilité à un praticien expérimenté pratiquant les TCC

Faut-il associer les traitements?

- Médicament + TCC > Médicament (phase aigue 8 à 12 semaines)
- Antidépresseur +TCC > Antidépresseur Phase de suivi (6-24 mois)
- Antidépresseur +TCC > TCC (Phase aigue)
- Antidépresseur + TCC = TCC (Phase de suivi après arrêt)

Furakawa et al Brit J Psychiatry 2006

Quels sont les facteurs de résistance ?

- 30 à 50% des patients ne répondent pas au traitement
- Facteurs souvent associés
 - Comorbidité psychiatrique (dépression, alcoolisme...)
 - Troubles de la personnalité
 - Comorbidité somatique
 - Stress et difficultés relationnelles

Milrod B, Busch F.1996

Facteurs psychologiques

- Troubles de la personnalité (Cluster C)
- Difficultés relationnelles
- Difficulté à gérer les émotions (colère...)
- Conflits inconscients et mécanismes de défense fragiles
- Séparation, dépendance, trouble de l'attachement
- Conflits concernant la sexualité

Shear et al 1993

Comment traiter les patients difficiles?

- L'échec au traitement conduit à réexaminer le diagnostic (comorbidité)
 - En cas d'attaques de panique sévères ou d'un niveau élevé d'anxiété anticipatoire, l'association d'une BZD peut être utile en début de traitement jusqu'à l'obtention de l'effet thérapeutique(respect des règles d'utilisation)
 - Un autre antidépresseur d'une autre classe doit être proposé
 - L'association TCC médicaments est recommandée mais il n'est pas possible de définir le type de patient chez qui cette association est utile
 - En cas de rechute (2 ou 3) et la persistance de symptômes résiduels il semble licite d'associer médicaments et psychothérapies et de prolonger le traitement
 - D'autres psychothérapies (psychodynamique brèves) peuvent être envisagés si l'amélioration n'est pas obtenue dans un délai de 6 à 8 semaines et en cas de trouble compliqué , chronique et récurrent.
-
- APA 1998

Thérapies psychodynamiques brèves

- Face à face, à partir du questionnement
- Structurées, limitées dans le temps et interactives
- Les cibles sont les émotions, les affects négatifs et ce qui les déclenche et les modifications des mécanismes de défense
- Compréhension des conflits, développement de nouvelles défenses et d'un contrôle des émotions
- Relation transférentielle

Milrod et al 2000, Wiborg et Dahl 1996,

En conclusion

- Les antidépresseurs ont un effet plus précoce que les TCC mais doivent être prolongées pour éviter la rechute
- Les TCC semblent sur le long terme diminuer la rechute et peuvent être plus facilement interrompues
- Les traitements séquentiels mériteraient d'être évalués et souvent proposés en pratique
- Intérêt des 'self help thérapies' dans la prise en charge du MG pour pallier au manque de prise en charge spécialisée dans les cas non compliqués
- Dans les formes compliquées les patients pourraient bénéficier de TCC prolongée ou de psychothérapies centrées sur la personnalité et les mécanismes de défense.