

TROUBLES ANXIEUX

item 66c

TROUBLE PANIQUE



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble panique.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades du trouble panique.

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Trouble panique ; agoraphobie
B	Prévalence, épidémiologie	Prévalence des principaux troubles ; âge de début des troubles
B	Étiologie	Savoir que l'étiologie est multifactorielle
A	Diagnostic positif	Sémiologie des principaux troubles
B	Diagnostic positif	Spécificités chez l'enfant et l'adolescent
B	Diagnostic positif	Spécificités chez la personne âgée
B	Diagnostic positif	Critères diagnostiques DSM-5
B	Diagnostic positif	Principaux diagnostics différentiels psychiatriques et non psychiatriques
B	Examens complémentaires	Connaître les principaux examens complémentaires et leurs indications
A	Prise en charge	Indications du recours au psychiatre
B	Prise en charge	Principes généraux
B	Prise en charge	Indications des traitements non pharmacologiques
B	Prise en charge	Indications des traitements pharmacologiques au long cours chez l'adulte
B	Prise en charge	Indications des traitements pharmacologiques chez l'enfant et l'adolescent



POINTS CLÉS

- * Le trouble panique est un trouble anxieux caractérisé par la répétition d'attaques de panique, pour certaines spontanées et imprévisibles.
- * La répétition des crises entraîne l'apparition d'une anxiété anticipatoire qui peut alors se compliquer d'agoraphobie.
- * La prise en charge doit combiner une éducation thérapeutique, une psychothérapie (thérapies cognitivo-comportementales), et un traitement pharmacologique basé sur les antidépresseurs (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine).

1. INTRODUCTION

Le trouble panique (TP) est un trouble anxieux caractérisé par la **répétition des attaques de panique** (AP) et par l'anxiété anticipatoire de leur survenue.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La prévalence sur la vie entière du TP varie entre 1 et 3 % selon les études en population générale, avec une prédominance féminine.

L'âge de début se situe typiquement entre 20 et 30 ans. Cependant, on retrouve également des débuts plus précoces pendant l'enfance et l'adolescence et sporadiquement à tout âge de la vie (cf. **Item 70** pour le sujet âgé). Ce trouble est sous-diagnostiqué chez l'enfant et l'adolescent. C'est le trouble anxieux pour lequel le risque de développer un épisode dépressif caractérisé est le plus élevé.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. La répétition des attaques de panique

La **répétition des attaques de panique** est la caractéristique principale du TP. Le plus souvent, ces AP sont spontanées et imprévisibles (pas de facteur déclenchant identifié), au moins au début de l'évolution du trouble.

Secondairement, les crises vont être de moins en moins spontanées et être liées à une **anxiété anticipatoire**, souvent associée à la confrontation à des situations redoutées dans le cadre d'une **agoraphobie** compliquant fréquemment le TP.

Pour la description de l'AP : cf. **Item 352**.

3.2. L'anxiété anticipatoire

La répétition des crises entraîne l'apparition d'une **anxiété anticipatoire**.

Cette anxiété se manifeste par une anticipation permanente de la survenue d'une AP : le patient vit dans la crainte de voir se reproduire les AP de manière inopinée (puisqu'elles peuvent survenir effectivement

de manière imprévisible). On parle de la « peur d'avoir peur ». Se développent alors des préoccupations concernant les conséquences possibles de l'AP, comme la peur de mourir ou de devenir fou, qui peuvent modifier le comportement du patient, et aboutir à des complications (isolement social, changement des habitudes de vie, etc.).

Finalement, un mécanisme de conditionnement interne se met en place : tous les symptômes d'une potentielle AP débutante, comme des palpitations ou des sensations vertigineuses, deviennent angoissants et peuvent déclencher réellement une AP complète.

3.3. L'agoraphobie

Une **agoraphobie** peut venir compliquer le TP. Le patient craint alors l'ensemble des situations dans lesquelles il ne pourrait pas facilement s'échapper ou dans lesquelles il ne pourrait pas être secouru en cas d'AP (espaces découverts, magasins, files d'attente, foules, lieux publics, endroits clos, etc.). Le patient finit par éviter ces situations, ce qui peut restreindre considérablement son autonomie. L'**agoraphobie** ne désigne donc pas seulement la peur de la « place publique » (*agora*) et des grands espaces, mais la peur de toutes les situations associées au risque d'AP.

Bien que TP et agoraphobie soient fréquemment associés, ces 2 entités diagnostiques peuvent être retrouvées de manière isolée chez certains patients. Il existe ainsi des formes d'agoraphobie sans TP et des formes de TP sans agoraphobie.

4. LE TROUBLE PANIQUE

4.1. Diagnostic positif

Le diagnostic du TP repose sur les critères du DSM-5 :

- A. Attaques de panique récurrentes et inattendues.
- B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes suivants :
 - crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (p. ex. : de perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou ») ;
 - changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (p. ex. : comportements en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique tels que l'évitement d'exercices ou de situations non familières).
- C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. : substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. : hyperthyroïdie, affection cardiopulmonaire).
- D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. : l'attaque de panique ne survient pas exclusivement en réponse à des situations sociales redoutées comme l'anxiété sociale, ou en réponse à des objets ou situations phobogènes spécifiques, comme dans la phobie spécifique, ou en réponse à des obsessions, comme dans le trouble obsessionnel compulsif, ou en réponse à un rappel d'événements traumatiques, comme dans un trouble stress post-traumatique, ou en réponse à la séparation des figures d'attachement, comme dans l'anxiété de séparation).

Le diagnostic de l'agoraphobie repose sur les critères du DSM-5 :

- A. Peur ou anxiété marquées pour deux (ou plus) des cinq situations suivantes :
 - utiliser les transports en commun (p. ex. : voitures, bus, trains, bateaux, avions) ;
 - être dans des endroits ouverts (p. ex. : parking, marchés, ponts) ;

- être dans des endroits clos (p. ex. : magasins, théâtres, cinémas) ;
 - être dans une file d'attente ou dans une foule ;
 - être seul à l'extérieur du domicile.
- B. La personne craint ou évite ces situations parce qu'elle pense qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants (p. ex. : peur de tomber chez les personnes âgées, peur d'une incontinence).
- C. Les situations agoraphobogènes provoquent presque toujours une peur ou de l'anxiété.
- D. Les situations agoraphobogènes sont activement évitées, nécessitent la présence d'un accompagnant ou sont subies avec une peur intense ou de l'anxiété.
- E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel lié aux situations agoraphobogènes et compte tenu du contexte socio-culturel.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant typiquement 6 mois ou plus.
- G. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. Si une autre affection médicale (p. ex. : maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Parkinson) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement excessifs.
- I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental ; par exemple les symptômes ne sont pas limités à une phobie spécifique de type situationnel, ne sont pas uniquement présents dans des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale), et ne sont pas liés exclusivement à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel compulsif), à des perceptions de défauts ou d'imperfections dans l'apparence physique (comme l'obsession d'une dysmorphie corporelle), à des rappels d'événements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique) ou à une peur de la séparation (comme dans l'anxiété de séparation).

On distingue principalement 2 formes de TP : le TP avec ou sans agoraphobie.

Il existe par ailleurs des formes de sévérité différente, notamment en fonction du nombre d'AP qui peut varier de quelques-unes par an à plusieurs par jour.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies non psychiatriques

Comme devant tout tableau psychiatrique, les causes non psychiatriques doivent être éliminées. Il s'agit essentiellement :

- * des pathologies cardiovasculaires : syndrome coronarien aigu, hypertension artérielle, troubles du rythme, etc. ;
- * des pathologies de l'appareil respiratoire : asthme, pneumopathie, etc. ;
- * des pathologies neurologiques : épilepsie, sclérose en plaque, crises migraineuses, accidents ischémiques transitoires, etc. ;
- * des troubles ORL : pathologies de l'oreille interne ;
- * des pathologies endocriniennes : hypoglycémie, diabète, dysthyroïdie, phéochromocytome, hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, hypoparathyroïdie, etc.

4.2.2. Intoxications par une substance psychoactive et sevrages

La prise de certaines substances doit être recherchée : amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, cannabis, etc.

Un syndrome de sevrage doit également être éliminé (alcool, benzodiazépines, opiacés, etc.).

4.2.3. Troubles psychiatriques

Il s'agit des autres troubles anxieux (phobie sociale, phobie spécifique, trouble stress post-traumatique, etc.). L'hypochondrie doit également être recherchée (cf. **Item 72**), mais elle est souvent associée au TP.

Un épisode dépressif caractérisé constitue également un diagnostic différentiel mais peut très bien compliquer un TP constitué.

4.3. Notions de physiopathologie

Les mécanismes étiopathogéniques du TP ne sont pas connus. L'origine de ce trouble est multifactorielle : facteurs génétiques, neurobiologiques et environnementaux.

Au niveau cognitif, les modèles actuels mettent en avant l'interprétation erronée des sensations internes (c'est le concept de « phobie intéroceptive »). Les patients auraient ainsi tendance à interpréter de manière catastrophiste certaines sensations internes physiologiques. Ceci renforcerait l'anxiété et les symptômes physiques, générant de nouvelles interprétations catastrophistes. Un véritable « cercle vicieux » s'installe alors.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

L'évolution du TP est généralement chronique.

Les répercussions socio-professionnelles peuvent être importantes : besoin d'être accompagné, limitation des déplacements par crainte des transports en communs, des lieux publics, de l'éloignement du domicile, etc. Une amélioration partielle est possible spontanément sur le long terme : les AP peuvent s'espacer voire disparaître, mais l'anxiété anticipatoire et surtout l'agoraphobie persistent souvent pendant des années. Le TP peut se compliquer d'un épisode dépressif caractérisé ou de troubles liés à l'usage de substance.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

Le TP est un trouble chronique qui nécessite donc un traitement de fond, au long cours. Le traitement associe des moyens **pharmacologiques**, **psychothérapeutiques** et une **éducation thérapeutique**. L'objectif principal est le contrôle des AP.

6.1. Indications du recours au psychiatre

Le recours à un psychiatre (de l'adulte ou de l'enfant et de l'adolescent) est à envisager en cas de trouble sévère, de comorbidité (psychiatrique ou non psychiatrique), de résistance au traitement ou de situation à risque spécifique (p. ex. : grossesse, post-partum).

L'hospitalisation en psychiatrie est rarement nécessaire, sauf en cas de manifestations anxieuses extrêmement envahissantes, de comorbidité dépressive, et/ou de risque suicidaire.

6.2. Traitement non pharmacologique

6.2.1. Éducation thérapeutique

L'**éducation thérapeutique** est centrale dans la prise en charge du TP car il s'agit souvent d'un trouble chronique avec des risques importants de rechute. Elle doit associer explications sur les symptômes de l'AP, réassurance et information sur le trouble.

Des règles hygiéno-diététiques simples doivent également être expliquées au patient :

- * arrêt des excitants : café, tabac, alcool et autres substances psychoactives ;
- * bon équilibre alimentaire ;
- * règles hygiéno-diététiques de sommeil ;
- * pratique d'une activité physique régulière ;
- * techniques de relaxation ;
- * information sur les risques liés à l'usage des médicaments anxiolytiques (cf. **Item 74**).

6.2.2. Psychothérapie

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) doivent être privilégiées chez l'adulte comme chez l'enfant et l'adolescent, ayant largement montré leur intérêt dans ce trouble (cf. **Item 73**). Les techniques les plus utiles sont centrées sur l'exposition et la désensibilisation aux sensations physiques des AP et aux situations redoutées en cas d'agoraphobie associée. La place des méthodes de relaxation est également importante.

6.3. Traitement pharmacologique

6.3.1. Traitement pharmacologique de fond

Le traitement pharmacologique principal repose sur l'utilisation des **antidépresseurs** avec en première intention les **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (ISRS) (cf. **Item 74**). Cette prescription est justifiée dans les formes sévères, avec des AP fréquentes et un retentissement important.

6.3.2. Traitement pharmacologique ponctuel en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes

Les psychotropes à activité anxiolytique rapide comme les benzodiazépines peuvent également être utilisés de manière ponctuelle et bien limitée dans le temps (lors des crises ou sur quelques jours au maximum) en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes. Elles peuvent aussi être utilisées transitoirement en association avec les ISRS en attendant une efficacité optimale de ces derniers, en prévenant le patient des **risques de dépendance** et en associant une prise en charge comportementale. L'hydroxyzine (Atarax®) peut constituer une alternative aux benzodiazépines. Ces molécules ne constituent en aucun cas un traitement de fond du TP.



POUR APPROFONDIR

Haute autorité de santé. ALD n° 23 – *Troubles anxieux graves*.