

# Troubles anxieux en médecine de premier recours

17 décembre 2014

Dr N. Junod Perron – Médecine de premier recours  
Dr H. Richard-Lepouriel – Service des spécialités psychiatriques  
Dr N. Bally – Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise

## Anxiété

- Peur sans objet apparent légitime, avec sentiment pénible d'attente
- Signal d'alarme, préparant l'individu à faire face à une menace
- Anxiété normale = réaction adaptée, nécessaire pour affronter la situation
- Anxiété pathologique = réaction qui dépasse l'objectif originel, désorganisée et incontrôlée

## Peurs « normales » et pathologiques

Peurs « normales »	Peurs phobiques
Registre de l'émotion	Registre de la maladie
Peur d'intensité modérée, souvent contrôlable	Peur pouvant aller jusqu'à la panique, souvent incontrôlable
Associée à des situations objectivement dangereuses	Associées à des situations souvent non dangereuses
Evitements modérés et handicap léger	<b>Evitements importants et handicap significatif</b>
Peu d'anxiété anticipatoire: l'existence n'est pas organisée autour de la peur	<b>Anxiété anticipatoire majeure:</b> l'existence est organisée autour de la peur
Les confrontations répétées peuvent peu à peu faire diminuer l'intensité de la peur	Malgré des confrontations répétées, la peur ne diminue pas



## Objectifs d'apprentissage

- Reconnaître les critères des principaux troubles anxieux
- Identifier les approches médicamenteuses et non médicamenteuses des principaux troubles anxieux en médecine de premier recours
- Connaître les indications pour adresser un patient à un spécialiste

## Troubles anxieux

1. Trouble panique +/- agoraphobie
2. Phobie spécifique
3. Phobie sociale (trouble anxiété sociale)
4. Trouble obsessionnel-compulsif
5. Etat de stress aigu
6. Etat de stress post-traumatique
7. Trouble anxieux généralisé

## Situations cliniques

**Mme T.C., 48 ans**, jardinière d'enfant, a été témoin d'un braquage d'une station service il y a 2 jours alors qu'elle était à la caisse, prête à payer son plein d'essence.

Depuis, elle dort mal, a du mal à se concentrer et se décrit comme très irritable au travail comme à la maison.

**M. P.A., 38 ans**, requérant d'asile érythréen, permis F, en Suisse depuis 4 ans, est envoyé au PSM par l'infirmière du foyer des Tattes, 2 semaines après l'incendie.

Il n'a pas été physiquement touché par l'incendie mais a perdu un compatriote dans l'événement. Il signale des douleurs abdominales, a du mal à se concentrer, dort mal et se décrit comme très irritable depuis 2 semaines.

## Autres symptômes

- A eu l'impression qu'elle/il aurait pu mourir
- Revoit constamment la scène dans sa tête
- Evite de se rendre dans des commerces/banque/poste – **cherche par tous les moyens à ne pas dormir au foyer**
- Sursaute dès qu'elle entend un claquement de portière et des bruits de pas précipités – **dès qu'il entend des cris ou sent une odeur de fumée**
- Ne supporte pas de voir à la télévision des scènes de violence ou **d'incendie/explosions**

## Evènement traumatique (DSM IV-TR)

La personne a été exposée à un évènement dans lequel les deux éléments suivants étaient présents:

- La personne a vécu, a été témoin ou a été confrontée à un ou plusieurs évènements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, être menacés de mort. Son intégrité physique ou celle d'autrui a été menacée.
- La réaction de la personne à l'évènement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

## Physiopathologie

- Le traumatisme inclut un manque d'intégration de l'expérience douloureuse, ainsi que de ses conséquences.
- Les souvenirs traumatiques sont hautement émotionnels, somatiques et moteurs: je ne peux pas symboliser ce que j'ai vécu, je ne peux pas en parler, je **revis** simplement l'expérience, encore et encore.
- Si les patients traumatisés avaient pu intégrer l'évènement négatif, ils pourraient **se souvenir** de ce qu'ils ont vécu et le raconter de manière narrative.

## Stress aigu (DSM IV-TR)

- Avoir été exposé à un évènement traumatique
- **Symptômes dissociatifs** pendant ou après l'évènement (au moins trois):
  1. Sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou absence de réactivité émotionnelle
  2. Diminution de la conscience de son environnement
  3. Déréalisation
  4. Dépersonnalisation
  5. Amnésie dissociative
  6. Analgésie

## Stress aigu (DSM IV-TR)

- **Symptômes intrusifs:** l'évènement traumatique est constamment revécu (au moins un symptôme):
  1. Images
  2. Pensées
  3. Rêves
  4. Illusions
  5. Flash-back (l'évènement traumatique est constamment revécu).

## Stress aigu (DSM IV-TR)

- **Symptômes d'évitements** ( au moins un symptôme):
  1. Pensées
  2. Sentiments
  3. Conversations
  4. Activités
  5. Endroits
  6. Gens

## Stress aigu (DSM IV-TR)

- **Symptômes neurovégétatifs** (au moins un symptôme):
  1. Irritabilité
  2. Hypervigilance
  3. Réaction de sursaut
  4. Agitation psycho-motrice
  5. Troubles du sommeil
  6. Difficultés de concentration
- De 2 jours à un mois

## Debriefing ?



- Peu d'études bien structurées
- Utile pour certaines personnes, néfaste dans certains cas
- Utile pour détecter les sujets à risque
- Distinguer les techniques de debriefing pour les victimes, les intervenants, les groupes déjà constitués avant l'évènement
- Interventions sur plusieurs séances semblent être efficaces

*Rose & al, 2009*

➤ **L'essentiel est d'évaluer et de valoriser les ressources du patient.**

## Suites

Mme T.C./M. PA repart de la consultation avec 1 petite boîte de Zolpidem 10mg à consommer selon besoins.

Elle/il reconseille après 2 mois.

Elle/il se plaint de tension dans la nuque et dans le bas du dos, de dyspepsie et de ballonnement.

Elle/il signale en outre toujours mal dormir avec des cauchemars persistant la nuit et une irritabilité au travail.

## PTSD (DSM IV-TR)

- **Evènement traumatique**
- **Revécu** (au moins un symptôme):
  1. Souvenirs
  2. Rêves
  3. Flash-back
  4. Détresse psychique (effroi)
  5. Réactivité physiologique

## PTSD (DSM IV-TR)

- **Evitement** persistant des stimuli associés et **émoussement** de la réactivité générale (au moins trois symptômes):
  1. Efforts pour éviter les pensées/sentiments ou les conversations associées au traumatisme
  2. Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent le traumatisme
  3. Incapacité à se rappeler un aspect important du traumatisme
  4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes
  5. Sentiment de détachement d'autrui, de devenir étranger par rapport aux autres
  6. Restriction des affects
  7. Sentiment d'avenir bouché

## PTSD (DSM IV-TR)

- **Symptômes neurovégétatifs** (au moins deux symptômes)
  1. Irritabilité
  2. Hypervigilance
  3. Réaction de sursaut
  4. Troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils multiples)
  5. Difficultés de concentration
- Les symptômes durent plus d'un mois.
- Souffrance, altération du fonctionnement affectif et socio-professionnel

## PTSD (DSM IV-TR)

ESA	PTSD
Au moins 3 symptômes dissociatifs	Flash-back Amnésie
Durée plus courte (entre 2 jours à 4 semaines après le traumatisme)	Symptômes perdurent au-delà de 1 mois
Agitation peut être présente	Émoussement de la réactivité

## Vignettes (éléments narratifs permettant ou non de poser un D de PTSD)

### Mme T.C.

- « je ne dors toujours pas même avec le somnifère »
- « je n'arrive plus à suivre les bricolages avec les enfants »
- « je me dispute avec mes collègues et les enfants m'agacent rapidement, je n'ai plus de patience avec eux »
- « c'est mon mari qui s'occupe de faire le plein d'essence »
- « J'ai comme des flash dans la journée »
- « j'ai arrêté de faire de la couture, ça ne m'intéresse plus vraiment »
- « je ne veux plus parler cette histoire de braquage, ça m'agace que tout le monde revienne dessus tout le temps »

### M. P.A.

- « je fais des cauchemars toutes les nuits, je ne dors plus »
- « ça fait deux mois que ça dure »
- « je ne peux plus regarder les nouvelles à la télé »
- « je sursaute dès que j'entends une sirène de pompiers »
- « plus rien ne m'intéresse, je n'ai plus de projets »
- « je suis devenu comme un étranger au sein de ma communauté, les nouvelles du pays, de la famille et des amis restés au pays ne m'intéressent plus »
- « quand j'essaie de comprendre ce qu'il s'est passé, il y a plein de choses dont je ne me rappelle pas »

## Prévalence

- Fréquence d'exposition à des événements traumatiques sur la vie

Etudes	Population	Hommes	Femmes
Breslau, 1991	Jeunes adultes (20-30 ans) USA n=1700	43 %	37 %
Norris, 1992	Adultes USA n=1000	74 %	65 %
Kessle, 1995	Adultes USA n=5877	61 %	51 %
Breslau, 1998	Adultes USA n=2181	97 %	87 %

## Prévalence PTSD

- Population générale:
  - USA: 6.8 % - 12.3 %
  - Europe: 1 à 3 %
- Ratio de 2 femmes pour 1 homme (*Davidson, 1991; Kessler, 1995; Breslau, 1998*)
- Grande variabilité des chiffres selon les études, les populations étudiées, les méthodes diagnostiques et les définitions des facteurs de stress

## Evolution du PTSD

- Régression complète: 1/3 des patients guérissent après un an de suivi
- Persistance de symptômes: 1/3 des patients restent symptomatiques 10 ans après l'exposition au traumatisme
- Aggravation des symptômes, co-morbidités: 1/3 des patients

## PTSD chronique

Facteurs prédictifs:

- Evènement de vie marquant avant le traumatisme
- Problèmes d'intégration
- Toxicomanie
- Graves problèmes psychiques avant le traumatisme
- Procédures judiciaires, conflit avec les assurances (réactivation aux dates anniversaires)
- Douleurs persistantes

## Troubles associés au PTSD

### Troubles associés au P.T.S.D.

Troubles associés au P.T.S.D.	Hommes	Femmes
Abus dépendance à l'OH	52%	28%
Abus dépendance aux drogues	35%	27%
Dépression	48%	49%
dysthymie	21%	23%
TAG	17%	15%
TP	7%	13%
Phobie sociale	28%	28%
Phobie spécifique	31%	29%
Dysfonctions sexuelles		35%

## Parfois difficile à diagnostiquer...

- Les patients sont souvent gênés de parler d'évènements horribles ou terrifiants, car ils ont peur de déclencher des réactions émotionnelles qu'ils ne pourraient pas gérer, ou que le soignant ne pourrait pas gérer.

## Traitement du PTSD

- Antidépresseurs, essentiellement de la classe des ISRS:
  - *Dosages plus élevés*
  - *Délai d'action plus long*Paroxétine: 20 mg - 50 mg  
Sertraline: 50 mg - 200 mg
- Benzodiazépines en début de traitement (attention aux phénomènes de dépendance et de tolérance)

## Appeler un spécialiste?

Avis/suivi psychiatrique nécessaire si:

- Aggravation ou stagnation de la symptomatologie, malgré le traitement
- Episode dépressif majeur avec idéations suicidaires
- Abus/dépendance aux substances (alcool, BZD)
- Psychothérapie (thérapie familiale, hypnose, approche psychodynamique, TCC, ...)

## Vignette clinique

Jeune homme de 20 ans amené à la voie orange par les ambulanciers

Alors qu'il était dans le bus, a ressenti un malaise avec sensation de tête légère, douleur dans la poitrine, manque d'air et peur de mourir

## En première intention

- Rechercher une cause organique ou une cause iatrogène
- Faire la différence entre les diagnostics différentiels, les comorbidités somatiques, psychiatriques ou liées à des substances psychoactives

## Diagnostics différentiels

### Maladies somatiques:

- Infarctus
- Arythmie cardiaque
- Angor instable
- Hypoglycémie
- Embolie pulmonaire
- Douleurs sévères
- ...

## Diagnostiques différentiels

### Prise de substance(s):

- Caféine
- Psychostimulants / hallucinogènes
- OH / sevrage OH
- BZD /hypnotiques sédatifs (réaction paradoxale)
- Hormone thyroïdienne
- ...

## Attaque de panique (DSM IV-TR)

- Période bien délimitée de crainte ou de malaise intense
- Survenue brutale, acmé en moins de 10 min.
- Nombreux symptômes (4 sur une liste de 13):
  - Palpitations, battements du cœur, accélération du rythme cardiaque
  - Transpiration
  - Tremblements ou secousses musculaires
  - Sensation de souffle coupé, impression d'étouffement
  - Sensation d'étranglement
  - Douleur ou gêne thoracique
  - Douleur ou gêne abdominale
  - Sensation de vertige ou impression d'évanouissement
  - Déréalisation, dépersonnalisation
  - Peur de perdre le contrôle, de devenir fou
  - Peur de mourir
  - Paresthésies
  - Frissons, bouffées de chaleur

## Fréquences des symptômes de l'AP

• Palpitations, battements de cœur, accélération du rythme cardiaque	90%
• Sensation de " souffle coupé " ou impression d'étouffement	81%
• Sensation de vertiges, impression d'évanouissement	70%
• Transpiration	69%
• Frissons, bouffées de chaleur	64%
• Douleur ou gêne thoracique	62%
• Peur de mourir	60%
• Tremblements, secousses musculaires	58%
• Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou	56%
• Paresthésies	51%
• Sensation d'étranglement	51%
• Nausées, gêne abdominale	40%
• Déréalisation ou dépersonnalisation	33%

Servant D et al. 2000

## Psycho-éducation

### Déramatiser et rassurer le patient:

- Isoler le patient au calme, mise à distance de l'entourage
- Conserver une attitude calme et empathique
- Rassurer le patient sur l'absence de danger de mort
- Expliquer ce qu'est une attaque de panique:
  - Dysrégulation fréquente et sans gravité de neuro-transmetteurs
  - Environ 10 % de la population générale connaît l'expérience d'une attaque de panique isolée par année
  - Souvent sans cause déclenchante apparente (AP spontanée)
  - Evènement le plus souvent isolé et ponctuel, sans conséquence ni répétition

## Psycho-éducation

- Rappeler que la crise va naturellement céder
- Défocaliser l'attention du patient des menaces externes ou de sensations internes anxiogènes
- Enseigner des techniques pour réduire les symptômes:
  - Respiration en carré (bouche fermée)
  - Pétrissage: tension-détente des mains, pieds, nuque => régulation volontaire du tonus musculaire
  - Œil américain: voir flou, voir loin
- Traiter per os: Xanax 0,25 à 0,5 mg, Temesta 1 mg à 2 mg

**PAS SYSTEMATIQUE !!!**

## Vignette clinique

- Vous revoyez ce jeune homme pour la 5<sup>ème</sup> fois en trois mois aux urgences, toujours dans un contexte d'attaques de panique.
- Il vous explique qu'il a fait également plusieurs attaques de panique sur l'autoroute pour aller voir sa mère à Nyon, ou qu'il ne peut plus traverser Plainpalais.
- En réponse à vos questions, il vous précise cependant que les ascenseurs, les tunnels ou les magasins bondés le samedi après-midi ne lui posent aucun problème.

## Trouble panique

### Trouble panique (DSM IV-TR):

1. Attaques de panique (AP) récurrentes et inattendues
2. Au moins 1 AP est suivie de :
  - Crainte persistante d'avoir une autre AP (**anxiété anticipatoire**)
  - Préoccupations à propos des implications possibles de l'AP ou de ses conséquences (peur d'avoir une « crise cardiaque », peur de devenir fou,...)
  - Changement de comportement (**évitement**)

## Trouble panique +/- agoraphobie

### Agoraphobie (DSM IV-TR):

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

**TPA = Évolution-complication « quasi naturelle » du TP**

## Trouble panique +/- agoraphobie

- **Forme fermée** (claustrophobie): endroits clos  
« je ne peux pas partir »  
*Foule, tunnels, queues, avion, voiture (autoroute, bouchons), téléphérique, ascenseur...*
- **Forme ouverte**: endroits vides, isolés, éloignés  
« les secours ne peuvent pas venir me chercher »  
*Avion, voiture (autoroute, ponts), plaine,...*

## Epidémiologie

- Prévalence: 2 à 5 %
- Sex ratio: 2 fois plus fréquents chez les femmes
- 2 pics de fréquence: 15-25 ans et 40-50 ans
- Statut marital: plus élevé chez les personnes célibataires, séparées ou divorcées (à discuter)
- Formes familiales: prédisposition génétique?

## Retentissements du TPA

Coûts individuels:

- Comorbidités:
  - Dépression (x30)
  - Autres troubles anxieux: phobie sociale (30 %), TAG (25 %), phobie spécifique (20 %), TOC (10 %)
  - Alcool-dépendance (x7),
  - Dépendances aux benzodiazépines ++++
- Mortalité:
  - Tentatives de suicide: 42% (sans dépression : 17%),
  - Mortalité cardiaque x10,
  - Risque d'AVC x11
- Altération de la qualité de vie, souffrance personnelle, problèmes familiaux

## Retentissements du TPA

Coûts collectifs:

- TPA plus invalidant que nombre de maladies physiques chroniques (diabète, hypertension, maladies rhumatismales ou cardiaques).
- Surconsommation de soins, d'exams
- Absentéisme professionnel, invalidité
- Réduction de la productivité au travail
- *USA: 9 milliards \$ / an*

## Traitement du TPA

- Antidépresseurs (ISRS)

Escitalopram: 10 mg – 20 mg

Citalopram: 20 mg – 60 mg

Paroxétine: 40 mg – 60 mg

Sertraline: 50 mg – 200 mg

- Benzodiazépines si nécessaire, pas systématique !

## Appeler un spécialiste?

Avis/suivi psychiatrique nécessaire si:

- Aggravation ou stagnation de la symptomatologie, malgré le traitement
- Episode dépressif majeur avec idéations suicidaires
- Abus/dépendance aux substances (alcool, BZD)
- Baisse du rendement professionnel
- Conflits familiaux +++
  
- Psychothérapie (thérapie familiale, hypnose, approche psychodynamique, TCC ...)