Les troubles anxieux en médecine de premier recours

Expert: Dr D. Smaga, médecin associé, psychiatrie de liaison, HUG/médecin-installé
Animatrice: Dr. N. Junod Perron, médecin-adjoint, service de médecine de premier recours, HUG

Colloque Update MSD 18 avril 2011

Dr Daniel SMAGA
Av. Krieg 15
1208 GENEVE
Tél: (022) 789.27.70 fax: (022) 786.41.26
adresse e- mail : smaga@infomaniak.ch
site web : stress-trauma.com

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 à adresser à un spécialiste

Vignette 1

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.

Autres symptômes…

- A eu l'impression qu'elle aurait pu mourir
- Revoit constamment la scène dans sa tête
- Evite de se rendre dans des commerces ou à la banque/la poste
- Sursaute dès qu'elle entend un claquement de portière et des bruits de pas précipités
- Ne supporte pas de voir à la télévision des scènes de violence

L'événement traumatique

- Un ou des événements qui ont impliqués une peur de mourrir ou d'être gravement bléssé, soit pour soi-même, soit pour autrui.
- La personne a réagi à cet événement par un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur.

Etat de choc

- Confusion.
- Désorientation.
- Impression que l'événement est irréel.
- Détachement de son corps.
- Altération de la perception du temps.
- Analgésie.

Stress aigu

selon le D.S.M. 4 R.

Avoir été exposé à un événement traumatique.

Symptôme dissociatifs (>=3)

- Sentiment de torpeur, détachement, pas de réaction
- Réduction de la conscience
- Déréalisation
- Dépersonnalisation
- Amnésie

Stress aigu

Symptômes intrusifs
(au moins un symptôme)

- Anxiété
- Images
- Pensées
- Rêves
- illusions
- Flash-back
- revécu

Stress aigu

Symptômes d'évitements
(au moins un symptôme)

- Pensées
- Sentiments
- Conversations
- Activités
- Endroits
- Gens

Stress aigu

Symptômes neurovégétatifs
(au moins un symptôme)

- sommeil
- irritabilité
- difficultés de concentration
- hypervigilance
- sursaut

De 2 jours à 1 mois.

Problèmes survenant à court terme après un traumatisme

1. Cauchemars.
2. Images de l'événement.
3. Pensées.
4. Rêves.
5. Réminiscences.
6. Impression de détresse lors de situations similaires.

Problème sous évalué

- Les patients sont souvent gênés de parler d'événements horribles ou terrifiants, car ils ont peur de déclencher des réactions émotionnelles qu'ils ne pourraient pas gérer.
- Les personnes souffrant de problèmes de stress cumulatif ou chronique se présentent souvent avec des troubles non spécifiques.

Durée du stress

- Traumatisme de courte durée.

- Traumatisme de longue durée.
- Réactivation possible lors des dates anniversaire, problèmes administratifs, juridiques et assécurologiques.

Quelle prise en charge?

Mythes sur l'aide psychologique en urgence

Personne n'a besoin d'aide en urgence - les problèmes disparaissent toujours d'eux-mêmes.

Tout le monde a besoin d'aide en urgence - les problèmes ne disparaissent jamais d'eux-mêmes.

Tout le monde a besoin de la même chose.

En parler soulage toujours.

En parler plus soulage encore plus.

Il n'existe aucun risque.

Méta-analyse sur le débriefing: résultats

- Peu d'études bien structurées.
- Intervention utile pour certaines personnes.
- Néfaste dans certains cas.
- Utile pour détecter les sujets à risques.
- Distinguer entre la technique de débriefing pour les victimes, les intervenants, les groupes déjà constitués avant l'événement ou pas.
- Les interventions sur plusieurs séances semblent être efficaces.

Van Emerik et al 2002; Rose et al 2003 et 2009; Bisson et al 2007

L 'intervention en urgence

Faire.

Agir.

Diversifier.

Aider les personnes à reprendre leur fonctionnalité à tous les niveaux.

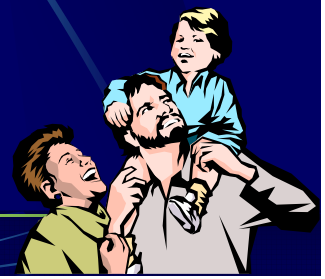
Concept de l'intervention en aigu

- Passivité.
- Dépendance.
- Victimisation.
- Perte.
- Retrait, isolement.

- Activité.
- Indépendance, autonomie.
- Fonctionnalité.
- Compétences, ressources.
- Solidarité, appartenance.

Rôle du groupe dans le stress traumatique

- Continuer à faire partie de la société.
- Facteur de prévention des stress traumatiques.



Vignette 1 (suite)

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

Elle reconsulte après 2 mois.

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

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

Contexte

- Il y a 6 mois, vient d'être quittée par son mari après 25 ans de vie commune
- Signale avoir eu des épisodes de dépression dans le passé (post-partum et à la mort de sa mère)

Critères diagnostiques DSM IV du PTSD

A. Événement traumatique

B. Revécu (1)

- souvenirs
- rêves
- flash-back
- détresse psychique
- réactivité physiologique

C. Evitement persistant des stimulus associés(≥3)

- efforts pour éviter les pensées/sentiments ou les conversations associées au traumatisme
- Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent le traumatisme
- Incapacité à se rappeler un aspect important du traumatisme
- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par r. aux autres
- Restriction des affects
- Sentiment d'avenir bouché

D. Symptômes neurovégétatifs (≥2)

- sommeil
- irritabilité
- difficultés de concentration
- hypervigilance
- sursaut

E. Plus d'un mois

F. Souffrance

Prévalence

- USA: 6.8-12.3%
- Europe: 1 à 3% de PTSD.
- Plus fréquent chez la femme que chez l'homme.
- Varie selon méthode diagnostique et définition des facteurs de stress

Kessler RC et al 1995 et 2005; Breslau N 2002

Facteurs prédictifs de la survenue d'un SSPT chronique

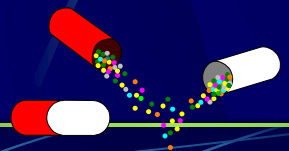
1. Événements de vie marquant avant le traumatisme.
2. Problèmes d'intégration.
3. Toxicomanie.
4. Graves problèmes psychiques avant le traumatisme.
5. Procédures judiciaires, conflit avec les assurances.
6. Douleurs persistantes.

Troubles associés au P.T.S.D.

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

Traitement I

- Antidépresseurs SSRI
  - Agit sur flashbacks, hypervigilance, évitement.
  - Durée minimum 6 mois.
  - À titrer en commençant par la dose minimale.
- Benzodiazépines
  - A éviter compte tenu du peu d'efficacité et de la prévalence d'abus de substance en cas de PTSD.



Traitement II

- Neuroleptiques atypiques.
  - Si inefficacité des SSRI et très forte anxiété.
  - À prescrire par psychiatre
- Bêta-bloquant.

Traitement médicamenteux

Les benzodiazépines

Ces anxiolytiques agissent très rapidement.

Cave: Dépendance physique et psychique .

Les antidépresseurs

S.S.R.I. par ex.	Fluoxétine de 20 à 40 mg/j
Trazodone	Trittico de 25 mg à 300 mg/j
Miansérine	Tolvon de 15 mg à 90 mg/j
Mirtazapine	Remeron de 15 mg à 45 mg/j

Tricycliques

Autres

Pregabaline	Lyrica de 75 mg à 300 mg/j
Lamotrigine	Lamictal de 25 mg à 400 mg/j
Propranolol	de 80 mg à 160 mg/j

Voir un spécialiste si:

- Détresse significative ou détérioration du fonctionnement psychosocial depuis plus de 4 mois.
- Aggravation ou la stagnation de la symptomatologie.
- Baisse du rendement professionnel.
- Isolement social croissant, phobie sociale.
- Conflits familiaux.
- Troubles psychiques associés.
- Prises de risques inconsidérés (accidents de voiture etc....)
- Apparition d'une toxicomanie.

Traitement

- Psychothérapie de soutien
- Thérapie familiale.
- Hypnose.
- Relaxation.
- Thérapie cognitivo-comportementale.

Evolution

- 1/3 des patients guérissent après 1 an de suivi
- 1/3 des patients restent symptomatiques 10 ans après l'exposition au traumatisme
- Augmentation du risque de suicide en présence d'un PTSD

Ressler RC et al 1995; Bernal M et al 2007

Vignette 2

- Patient de 23 ans, fils de notre jardinière d'enfant, vient vous voir car:
- à trois reprises a vécu un malaise avec une gêne à la poitrine, des étourdissements et une peur de mourir ces 6 derniers mois.
- A chaque fois, il a été amené dans des permanences médicales où on l'a fait respirer dans un sac en papier et donner qqs pastilles pour l'angoisse.

Attaque de panique

Crainte ou malaise intense

Acmé en 10 minutes

- Palpitation, battements de cœur
- Transpiration
- Tremblements ou secousses musculaires
- Sensation de souffle coupé ou impression d'étouffement
- Sensation d'étranglement
- Douleur ou gêne thoracique
- Nausée ou gêne abdominale
- Sensation de vertige/tête

Au moins 4 des symptômes suivants

- vide/impression d'évanouissement
- Déréalisation ou dépersonnalisation
- Peur de perdre le contrôle de soi
- Peur de mourir
- Paresthésies
- Frissons ou bouffées de chaleur

Trouble panique F41.0

- A. Attaques de panique récurrente
- Au moins une des attaques de panique s'est accompagnée pdt 1 mois des symptômes suivants
  - Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
  - Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (perdre le contrôle, devenir fou, crise cardiaque)
  - Changement de comportement important en relation avec les attaques
- B. Absence d'agoraphobie

Trouble panique (suite)

- C. les attaques de panique ne sont pas dues aux effets directs d'une substance ou d'une affection médicale
- D. les attaques de panique ne sont pas expliquées par un autre trouble mental (phobie sociale, PTSD, TOC, anxiété de séparation)

Directives pour le diagnostic

- Le diagnostic repose sur l'existence de plusieurs attaques sévères d'anxiété neurovégétative en l'espace de quatre semaines :

a) Survenues dans des situations n'impliquant pas de danger réel

b) non limitées à des situations phobogènes connues ou prévisibles

c) avec des intervalles relativement libres, c. à. d. sans manifestations anxieuses entre les attaques.

Prévalence

selon le D.S.M. 4 R.

- 2.7-4.7% aux USA.
- 1.8% de prévalence annuelle en Europe.
- 2x plus fréquent chez les femmes.
- 2 pics: 15-19 ans et 35-50 ans
- Utilisateurs +++ des services de soins, notamment en médecine de premier recours

Kessler RC et al 1994 et 2005; Goodwin RD et al 2005

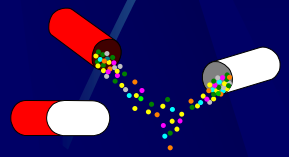
Facteurs favorisants

- Abus de substance
- Traumatismes dans l'enfance
- Affections somatiques: asthme, HTA, colon spastique, migraines,…
- Troubles du sommeil

Kessler RC et al 1997

Traitement

- Antidépresseurs type SSRI:
  - Par exemple: Fluoxétine 20 mg à 40 mg/j
- Benzodiazépines.
- Bêta-bloquant.



Evolution

- Maladie récurrente ou chronique (peu de résolution complète)
- Facteurs de rémission
  - Sexe féminin
  - Pas de facteurs de stress au long cours
  - Fréquence initiale des attaques basse
- Facteurs de persistance
  - Dépression majeure
  - Agoraphobie
  - Troubles de la personnalité

Critères pour référer à un psychiatre

- Baisse du rendement professionnel.
- Isolement social croissant, phobie sociale.
- Conflits familiaux.
- Troubles psychiques associés. (dépression)
- Apparition d'une toxicomanie.

Traitement

- Thérapie cognitivo-comportementale.
- Psychothérapie de soutien.
- Thérapie familiale.
- Hypnose.
- Relaxation.

Références

- Arnold A P van Emmerik, Jan H Kamphuis, Alexander M Hulsbosch, Paul M G Emmelkamp, Single session debriefing after psychological trauma : a meta-analysis, Lancet 2002;360: 766-71
- Rose S.,Bisson J., Wessely S., A systemtic review of single psychological interventions (débriefing) following trauma. Updating the Cocharane review and implications for good practice.in Reconstructing early intervention after trauma, Oxford university press,2003.
- Rose S.,Bisson J., J. Churchill R., Wessely S.Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Reiew) The Cochrane Library 2009, Issue 2
- Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003388.
- Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560