

Gestion des attaques de panique et agoraphobie en première ligne

Management of panic disorder and agoraphobia in first line

COLE P.

Service de Psychiatrie, CHU Tivoli, La Louvière

RÉSUMÉ

Le trouble panique avec ou sans agoraphobie est un trouble fréquent. Vu la présentation somatique du trouble, les patients consultent fréquemment en médecine générale. C'est un trouble chronique, il disparaît rarement sans prise en charge spécifique. Il faut en moyenne 7 ans avant qu'un patient consulte pour ce problème mais souvent après un long parcours de consultations médicales multiples afin de découvrir l'origine du problème.

La prise en charge du trouble panique doit être la plus précoce possible afin d'éviter l'agoraphobie secondaire et les autres conséquences (phobies multiples, dépression, etc.). Il a pour objectif d'éviter la survenue de crises, de supprimer l'anxiété anticipatoire et de mettre fin aux conduites d'évitement. Plusieurs interventions sont possibles selon la gravité du trouble : la psychoéducation, la rééducation respiratoire et la relaxation, des outils issus de psychothérapie cognitive et comportementale et les traitements pharmacologiques.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 351-355

ABSTRACT

Panic disorder with or without agoraphobia is a common disorder. Given the somatic presentation of the disorder, patients frequently consult general practitioners. It is a chronic disorder; it rarely goes away without a specific charging price. It takes an average of 7 years before a patient consult for this problem, but often after a long course of multiple medical consultations in order to discover the origin of the problem.

The management of panic disorder must be as early as possible in order to avoid secondary agoraphobia and other consequences (multiple phobias, depression, etc.). Its objective is to prevent the onset of crises, to suppress anticipatory anxiety and to put an end to avoidance behavior. Several interventions are possible depending on the severity of the disorder: psychoeducation, respiratory rehabilitation and relaxation, cognitive and behavioral psychotherapy tools and pharmacological treatments.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 351-355

Key words : panick disorder, agoraphobia, CBT, anxiety

INTRODUCTION : PRÉSENTATION CLINIQUE ET DÉFINITION

Les attaques (ou crises) de panique sont des épisodes aigus d'anxiété. Ils débutent brutalement avec des symptômes physiques à l'avant plan : tachycardie, douleurs thoraciques, palpitations, transpirations, tremblements, vertiges, sueurs, dyspnée, nausées ou douleurs abdominales. Des modifications psychosensorielles peuvent accompagner les crises avec une intolérance au bruit ou à la lumière, une sensation d'accélération ou de ralentissement du cours de la pensée, une sensation de perte de repères ou d'équilibre, un sentiment de dépersonnalisation, une déréalisation, des modifications de l'espace ou du temps¹. Les symptômes atteignent en quelques minutes une acmé avant de décroître progressivement, laissant place à une anxiété anticipatoire à l'idée de développer d'autres attaques de panique. La résurgence de nouvelle attaque de panique est la règle soit spontanément, soit dans

des contextes souvent proches du contexte de la crise initiale. L'agoraphobie (ou peur des foules) se développe habituellement rapidement après le début des attaques de panique, le plus souvent dans la première année. Ce trouble est repris dans la classification internationale des maladies mentales (DSM-V) sous le vocable de trouble panique avec ou sans agoraphobie.

Le trouble panique avec ou sans agoraphobie est un trouble fréquent puisque l'on considère que sa prévalence sur 12 mois est de 1,3 à 1,8 % de la population européenne². Cette prévalence s'est accentuée pendant la crise du COVID comme la majorité des troubles anxieux³. Dans de rares cas, il est décrit des associations entre troubles paniques et COVID⁴. L'âge de début de la maladie varie considérablement d'une personne à l'autre et typiquement se situe entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine. Par la suite, la maladie se chronicise de manière fluctuante.

Le trouble panique est un trouble chronique qui disparaît rarement sans prise en charge spécifique. Il faut plusieurs années avant qu'un patient consulte une spécialiste de la santé mentale pour ce problème mais souvent après un long parcours de consultations médicales multiples afin de découvrir l'origine du problème. Ce trouble est associé dans 2/3 des cas à d'autres troubles psychiatriques : dépression, abus d'alcool et de drogues, autres troubles anxieux (anxiété généralisée, phobie sociale, phobie spécifique, TOC).

EVALUATION ET ANNONCE DU DIAGNOSTIC

Vu la présentation somatique du trouble, les patients consultent souvent en médecine générale. Devant l'apparition d'une première attaque de panique, le médecin généraliste doit évoquer une étiologie somatique, iatrogène ou toxique en première intention. En effet, certaines pathologies somatiques peuvent créer des symptômes similaires aux attaques de panique. Il s'agit notamment de certaines pathologies cardiovasculaires (angine, infarctus du myocarde, arythmie, tachycardie, insuffisance cardiaque, prolapsus de la valve mitrale), des maladies respiratoires (asthme, emphysème), des troubles de l'oreille interne (labyrinthite, syndrome de Ménière), l'hyperthyroïdie, le diabète mal équilibré avec récurrences d'hypoglycémies, la ménopause, le sevrage de certaines substance et l'épilepsie du lobe temporal. Certaines études ont mis en évidence que les symptômes d'un trouble panique pouvaient être le premier symptôme d'un cancer du pancréas⁵ ou de l'estomac⁶.

Les effets physiologiques directs d'une affection somatique aiguë sont souvent difficiles à distinguer des effets psychologiques. Par exemple, lors d'un premier syndrome coronarien aigu, un sentiment de panique peut être présent et générer une anxiété anticipatoire semblable à celle retrouvée dans le trouble panique. Le patient craint autant de ressentir les symptômes ou que son pronostic vital soit mis en jeu lors d'un nouvel épisode cardiaque. Il est alors difficile de rassurer le patient sur l'absence de gravité de la panique ressentie puisque, dans son cas, l'épisode initial comportait une réelle gravité somatique. Dès lors, on observe souvent chez ces patients une hypervigilance aux symptômes physiques et une pensée catastrophiste qui peut mener à des crises de panique mimant un syndrome coronarien aigu. Il semble, en outre, que contrairement à ce que l'on a longtemps considéré, les manifestations cardiovasculaires fonctionnelles ne doivent pas être banalisées. En effet une étude de cohorte de 40.000 personnes comparant des sujets paniqueurs et non paniqueurs indemnes de toute affection cardiovasculaire ou métabolique, a mis en évidence une augmentation des événements coronariens dans le groupe ayant des attaques de panique⁷. Toutefois, les causes somatiques de trouble panique sont peu fréquentes, il est indispensable de les exclure et de ne pas les banaliser. Le processus d'exclusion des causes somatiques est essentiel dans la prise en charge de ces patients. Si l'évaluation somatique n'est pas réalisée

rigoureusement, le patient continuera à chercher une cause somatique à son trouble, ce qui ralentira le processus de prise de conscience et d'acceptation. Cette anosognosie empêche souvent le patient de rechercher les facteurs psychologiques de ses crises de panique et dès lors, de consulter un professionnel de la santé mentale.

PRISE EN CHARGE

La prise en charge du trouble panique doit être la plus précoce possible afin d'éviter une dégradation avec l'apparition d'une agoraphobie secondaire et d'autres troubles : phobies, dépression, dépendances⁸. Elle a pour but d'éviter la survenue de crises, de supprimer l'anxiété anticipatoire et de mettre fin aux conduites d'évitement.

Plusieurs interventions sont possibles selon la gravité du trouble :

1. La psychoéducation ;
2. La rééducation respiratoire et la relaxation ;
3. La psychothérapie cognitive et comportementale et ses outils ;
4. Les traitements pharmacologiques.

La psychoéducation

La base d'un traitement efficace du trouble panique repose sur une bonne compréhension, par le patient, de sa maladie et de ses symptômes. Il s'agit de l'objectif auquel doit répondre la psychoéducation. Une fois mieux informé, le patient appréhende différemment les symptômes physiques des attaques de panique et dès lors, le cercle vicieux qui perpétue ce problème.

L'information de l'entourage, comme le conjoint par exemple, est utile. Ce dernier sera d'une grande aide auprès du patient.

Lors de la psychoéducation, qui peut être réalisée par le médecin somaticien, les aspects suivants devraient être abordés : expliquer le modèle du trouble panique, démystifier la panique et ses conséquences, expliquer les possibilités du traitement et l'évolution favorable, suggérer des lectures complémentaires.

Les modèles explicatifs cognitivo-comportementaux du trouble panique reposent avant tout sur une bonne compréhension de ses causes ainsi que de l'interaction réciproque de plusieurs facteurs⁹ :

1. Les **facteurs prédisposants** : la vulnérabilité biologique (vulnérabilité héréditaire), les influences environnementales (éducation, expériences vécues, parents surprotecteurs) et les facteurs psychologiques (interprétations catastrophiques et appréhension) ;
2. Les **facteurs précipitants** : stresseurs aigus (décès, accident, agression, pathologie organique, pertes diverses ou autres) ou chroniques (conflits conjugaux, familiaux, au travail, maladie chronique ou autre) ;
3. Les **facteurs perpétuants** : facteurs physiologiques (sensation d'étouffement), facteurs cognitifs (inquiétude face à incompréhension des

symptômes), des facteurs comportementaux (utilité des évitements), etc.

La panique - et ses conséquences - doit être démystifiée. L'attaque de panique se manifeste par une série de symptômes que nous pouvons regrouper en cinq catégories : symptômes cardiovasculaires (tachycardie, extrasystoles, douleurs thoraciques), symptômes respiratoires (sensation d'étouffement combinée à une accélération du rythme respiratoire), symptômes vestibulaires (étourdissements, nausées), symptômes consécutifs à l'hyperventilation (dépersonnalisation, déréalisation) et symptômes reliés à la tension musculaire (tremblements, raideurs musculaires). Ces cinq groupes de symptômes ne sont pas nécessairement tous présents à chaque attaque de panique, mais on retrouve toujours au moins une partie d'entre eux. Ils correspondent à une réaction physiologique d'alarme. Celle-ci est indispensable lors d'un danger grave et imminent afin de se préparer à se défendre ou à fuir, le fameux « *flight or flight* ». Ce qui est anormal n'est donc pas tant la réaction physiologique comme telle, mais le fait qu'elle survienne de façon spontanée ou inappropriée à la situation. Le corps du patient se prépare à faire face à une menace en l'absence d'agresseurs réels.

En cas d'état d'alarme (ou d'activité physique violente), le corps consomme plus d'oxygène et expulse plus de CO₂. Dans le cas d'attaques de panique, cela n'est généralement pas le cas mais des manifestations d'hyperventilation peuvent être présentes. Ces dernières accentuant la symptomatologie et provoquant davantage d'anxiété chez le sujet par la déréalisation et la dépersonnalisation.

En outre, il convient de mentionner que les mécanismes neurobiologiques exacts qui sous-tendent le trouble panique ne sont pas encore clairs.

Sur le plan neurobiologiques, les études récentes mettent en évidence le rôle joué par l'activité du système opioïde au niveau de la substance grise périaqueducule (PAG) dans le déclenchement des attaques de panique. Les traitements inhibiteurs chroniques de la sérotonine semblent exercer une sensibilisation des récepteurs de la sérotonine et mu-opioïdes au niveau de cette zone empêchant la survenue d'attaques de panique¹⁰.

La rééducation respiratoire et la relaxation

Lors d'attaque de panique, le patient ressent une menace vitale imminente et une hyperventilation. L'hyperventilation est souvent responsable d'une bonne partie de la symptomatologie dans le trouble panique. Au moment d'une attaque de panique, le rythme respiratoire s'accélère et la respiration devient superficielle (respiration actionnée surtout par les muscles intercostaux plutôt que diaphragmatiques).

La rééducation respiratoire a pour but d'amener le sujet à prendre conscience de ses mauvaises habitudes respiratoires pour ensuite les corriger. Il apprendra donc à respirer plus lentement et plus profondément, c'est-à-dire en utilisant davantage son diaphragme plutôt que ses muscles intercostaux. Il en résultera

une diminution de l'hyperventilation. Ce n'est pas une façon d'empêcher ni de contrôler l'attaque de panique mais de mieux la tolérer, l'accepter et de moins l'amplifier.

Cette rééducation respiratoire peut être couplée à de la relaxation pour inciter le patient à se détendre et à se relaxer. La relaxation est efficace pour diminuer l'anxiété mais parfois difficile à mettre en place. En effet, les techniques de relaxation peuvent parfois devenir des techniques de distraction ou des comportements sécurisants, contre-productifs. Pour ces raisons, les méthodes plus récentes de prise en charge du trouble panique mettent moins l'accent sur ces techniques de relaxation. Pour limiter ce risque l'accent peut être mis sur l'acceptation et la centration sur le moment présent via des programmes de pleine conscience¹¹.

La thérapie cognitive et comportementale (TCC)

La thérapie cognitive et comportementale est une thérapie de choix pour le traitement du trouble panique. Les études cliniques démontrent que la réponse à la psychothérapie cognitivo-comportementale du trouble panique est généralement très bonne (75 à 90 % d'amélioration notable)¹². La TCC se retrouve d'ailleurs parmi les recommandations de premier choix des guides de pratiques les plus reconnus¹³. La présence concomitante d'un trouble de la personnalité assombrit considérablement le pronostic (les taux de réponse thérapeutique diminuent environ de moitié). Les études de suivi longitudinal démontrent que les patients qui ont une réponse favorable à la TCC maintiennent généralement cette amélioration après la fin du traitement¹⁴. La principale limite pour la mise en place de ce type de thérapie est reliée à sa disponibilité limitée. La durée optimale pour la prise en charge d'un trouble panique est de 12 à 25 séances de 45 minutes environ, soit 6 à 12 mois de traitement. Des programmes plus courts peuvent être proposés, couplés à un programme de gestion de l'anxiété. La plupart des cliniciens proposent d'abord la thérapie seule dans les cas de trouble panique légers à modérés et combinés avec un antidépresseur dans les cas de troubles paniques modérés à sévères.

Si aucun thérapeute n'est disponible, on peut suggérer au patient des livres d'autothérapie comme « La peur d'avoir peur »¹⁵ ou « Faire face aux paniques »¹⁶.

Les traitements pharmacologiques

Plusieurs traitements pharmacologiques sont disponibles pour traiter le trouble panique : les antidépresseurs tricycliques, les benzodiazépines, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSN). Toutefois les antidépresseurs tricycliques et les benzodiazépines sont associés à un risque significativement plus élevé d'effets indésirables¹⁷.

La prescription de médicaments, de type benzodiazépine à action rapide par voie orale (lorazépam ou alprazolam) est parfois proposée en cas de crise. Cependant cette prescription doit être limitée autant que possible. Lors d'une crise de

panique ou pour affronter une situation redoutée, les patients prennent volontiers une benzodiazépine. Ces molécules sont efficaces sur les symptômes immédiats, mais engendrent très rapidement une dépendance psychologique et physique, puis une surconsommation. De plus, ils sont inefficaces en traitement de fond pour prévenir les attaques de panique. Il ne faudrait pas maintenir leur prescription plus d'un mois. Le traitement par benzodiazépines ne s'impose que si les crises d'angoisses aiguës se prolongent malgré les premières mesures prises en urgence ou quand les symptômes sont très intenses (ex. : agitation psychique et physique très forte). En outre, il convient de rappeler aux patients les effets délétères à long terme de la prise chronique de benzodiazépines sur le niveau d'anxiété. Prises chroniquement elles accentuent le niveau d'anxiété et donc peuvent majorer l'intensité et la fréquence des

attaques de panique.

Les antidépresseurs de type inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), en particulier la sertraline et l'escitalopram, sont recommandés car les patients ont des taux élevés de rémission avec peu d'effets secondaires¹⁸. Lors de l'introduction du traitement, il faut augmenter lentement les doses. Le patient doit être prévenu d'une potentielle augmentation de l'anxiété et des crises pendant environ trois semaines. Cette information est essentielle pour une bonne compliance. Lorsque le patient va mieux il faut insister pour une prise régulière pour éviter les syndromes de discontinuation qui peuvent parfois mimer des crises de panique, en particulier les symptômes vestibulaires.

CONCLUSION

Vu la présentation somatique du trouble, les patients consultent fréquemment en médecine générale avec un long parcours de consultations médicales multiples afin de découvrir l'origine du problème. La prise en charge du trouble panique doit être la plus précoce possible afin d'éviter la dégradation de la pathologie. La prise en charge doit se centrer sur la gestion de crises, la suppression de l'anxiété anticipatoire et des conduites d'évitement. Plusieurs interventions sont possibles selon la gravité du trouble : la psychoéducation, la rééducation respiratoire et la relaxation, des outils issus de psychothérapie cognitive et comportementale et les traitements pharmacologiques.

Conflits d'intérêt : Le Dr P. Cole est Advisory Board Member pour Janssen Pharmaceutica (depuis 2019) et pour Dialectica (depuis 2021).

BIBLIOGRAPHIE

1. Boulenger P. Troubles anxieux in Editor(s): Julien-Daniel Guelfi, Frédéric Rouillon, Manuel de Psychiatrie (Troisième Édition). Elsevier Masson;2017:205-54.
2. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S, Cosci F, Truglia E, de Graaf R, Wittchen HU. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):435-43.
3. Santabàrbara J, Lasheras I, Lipnicki DM, Bueno-Notivol J, Pérez-Moreno M, López-Antón R *et al*. Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;23(1):110207.
4. Uvais NA. COVID-19-Associated Panic Disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2021;23(1):20102826.
5. Cosci F, Fava GA, Sonino N. Mood and anxiety disorders as early manifestations of medical illness: a systematic review. *Psychother Psychosom*. 2015;84(1):22-9. doi: 10.1159/000367913.
6. Jacobsson L, Ottosson JO. Initial mental disorders in carcinoma of pancreas and stomach. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1971;221:120-7. doi: 10.1111/j.1600-0447.1971.tb02144.x. PMID: 5286323
7. Katerndahl DA. The association between panic disorder and coronary artery disease among primary care patients presenting with chest pain: an updated literature review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10(4):276-85.
8. HAS. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves [Internet]. 2016 nov [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_troubles_anxieux.pdf.
9. Ladouceur A, Marchand A, Boisvert JM. Les troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale. Masson;1999.
10. Novick AM, Ross DA. The Parable of Panic: Suffocation, Social Attachment, and the Critical Role of an Integrative, Biopsychosocial Formulation. *Biol Psychiatry*. 2019;85(3):e5-e6. doi:10.1016/j.biopsych.2018.11.023.
11. Kim MK, Lee KS, Kim B, Choi TK, Lee SH. Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty in Patients with Panic Disorder. *Psychiatry Investig*. 2016;13(2):196-202.
12. Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(4):413-21.

13. Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4(4):CD011004.
14. van Dis EAM, van Veen SC, Hagenars MA, Batelaan NM, Bockting CLH, van den Heuvel RM *et al.* Long-Term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2020;77:265-73.
15. Marchand A, Letarte A, Seidah A. La peur d'avoir peur. Le livre de Poche;2018.
16. Peyré F. Faire face aux paniques. Editions Retz;2009.
17. Bighelli I, Trespidi C, Castellazzi M, Cipriani A, Furukawa TA, Girlanda F *et al.* Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9(9):CD011567.
18. Chawla N, Anothaisintawee T, Charoenrungrueangchai K, Thaipisuttikul P, McKay G J, Attia J *et al.* Drug treatment for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2022;376:eo66084.

Travail reçu le 10 mai 2022 ; accepté dans sa version définitive le 26 juin 2022.

CORRESPONDANCE :
P. COLE
CHU Tivoli
Service de Psychiatrie
Av. Max Buset, 34 - 7100 La Louvière
E-mail : pcole@chu-tivoli.be