

TROUBLES ANXIEUX ET PATHOLOGIES ORGANIQUES : UN DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DIFFICILE

G. SCANTAMBURLO (1), S. FUCHS (2), P. LANCELLOTTI (3), M. ANSSEAU (4)

RÉSUMÉ : Nous rapportons le cas d'un patient présentant des spasmes coronaires, dont la similitude dans la présentation clinique avec un trouble panique l'a orienté, à tort, vers une prise en charge psychiatrique. Cet article illustre les difficultés rencontrées dans le diagnostic différentiel des manifestations anxieuses, parfois étroitement intriquées avec des troubles organiques.

PANIC DISORDER AND ORGANIC DISEASES : A DIFFICULT DIFFERENTIAL DIAGNOSIS
SUMMARY : The diagnostic criteria for panic disorder include symptoms commonly experienced by patients with organic diseases. We report a case of coronary artery spasm in a patient with chest pain, exhibiting atypical characteristics, and accompanied by symptoms of nervousness. The approach and the management of anxiety disorders are discussed.

KEYWORDS : *Panic disorder - Misdiagnosis - Organic diseases*

INTRODUCTION

L'anxiété est un sentiment commun et, en tant que tel, représente une réaction normale aux vicissitudes de la vie. Dans ses formes légères, l'anxiété peut être adaptative. Dans ses formes extrêmes, l'anxiété est terrifiante et handicapante.

Elle peut avoir aussi une connotation diagnostique plus précise. L'anxiété renvoie alors à un état à la fois paroxystique et persistant de sentiment psychologique (frayeur, irritabilité, rumination) et de perturbations physiologiques (dyspnée, insomnie, tremblement), qui perdurent dans le temps et empêchent un fonctionnement normal.

La caractéristique essentielle du trouble panique est la présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues suivies de la crainte persistante pendant au moins un mois d'avoir une autre attaque de panique, de préoccupations quant aux implications possibles ou aux conséquences de ces attaques de panique, ou d'un changement significatif de comportement en relation avec ces attaques (1).

Les critères diagnostiques d'une attaque de panique selon le DSM-IV apparaissent dans le tableau I.

CAS CLINIQUE

M.A., âgé de 55 ans, se présente aux Urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Liège avec un tableau de douleurs rétro-sternales associées à des tremblements, des palpitations et une hyperesthésie. La douleur est apparue de

TABLEAU I. CRITÈRES D'UNE ATTAQUE DE PANIQUE SELON LE DSM-IV.

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes :

1. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque
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 (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
10. Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
11. Peur de mourir
12. Paresthésies (sensation d'engourdissement ou de picotement)
13. Frissons ou bouffées de chaleur

façon brutale, en milieu de soirée, et a atteint son apogée en quelques minutes.

Quand le patient arrive à l'hôpital, il exprime une sensation d'étouffement, d'écrasement. Il n'y a pas d'irradiation de la douleur qui est en voie de résolution.

Le patient a déjà présenté des crises douloureuses identiques, quoique moins intenses. Leur schéma évolutif semble s'aggraver. M. A. se dit inquiet de ces crises intermittentes apparues il y a trois mois et qui l'ont mené à consulter à plusieurs reprises son médecin traitant. Les palpitations lui apparaissent comme l'annonce d'un danger imminent.

Devant l'existence de ces malaises entraînant parfois des syncopes, une exploration neurologique a été préconisée; elle s'est révélée négative.

Les antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques du patient sont vierges.

Le traitement est uniquement constitué de venlafexine à libération prolongée (Efexor Exel®) prescrit la veille par son médecin traitant, devant les sentiments de tristesse et d'anxiété du patient.

(1) Candidate spécialiste (2^{ème} année de psychiatrie),
(2) Résidente spécialiste, (3) Professeur, Université de Liège, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale.
(3) Résident spécialiste, Service de Cardiologie, Université de Liège.

A l'examen clinique, on note une PA à 12/8 cmHg, une FC à 84/minutes. Les auscultations cardiaque et pulmonaire sont normales.

La biologie et l'ECG ne révèlent aucune anomalie.

C'est dans ce contexte, devant un bilan internistique négatif, que M. A. est transféré dans le Service de Psychologie Médicale du CHU de Liège pour explorer la symptomatologie anxieuse.

Deux jours après l'admission, une symptomatologie identique apparaît au repos. L'ECG réalisé en urgence montre alors un sus-décalage significatif (< à 1 mm) du segment ST dans les dérivations inférieures (D2, D3 et aVF). Après administration de deux puffs de nitroglycérine (Nitrolingual®), la douleur s'amende et l'ECG se normalise. Les suivis biologiques ne montrent pas d'élévation enzymatique. Au cours de l'hospitalisation, il n'y a pas de récurrence de la symptomatologie. Une mise au point cardiaque est alors programmée. Une scintigraphie myocardique à l'effort est réalisée. La fréquence cardiaque passe de 72 battements par minute au repos à 140 battements par minute correspondant à 85 % de la fréquence cardiaque théorique maximale pour l'âge. En fin de test, il apparaît une gêne thoracique atypique et non irradiée. Sur le plan électrique, on note un sous-décalage non significatif dans les dérivations inférieures. La scintigraphie myocardique montre un déficit mineur de la perfusion dans le territoire de la coronaire droite à l'effort, disparaissant sur les images réalisées dans les conditions basales, ce qui traduit une ischémie modérée sans nécrose. La coronarographie démontre l'absence de lésion coronarienne obstructive.

L'ensemble de ce bilan a permis de proposer que les manifestations anxieuses et douloureuses présentées par le patient étaient liées un angor de Prinzmetal. Une couverture thérapeutique par un antagoniste calcique a été instaurée par diltiazem chlorhydrate (Tildiem® 200 mg, un par jour). Les nitrés sont également efficaces; par contre les bêta-bloquants peuvent être néfastes, car la stimulation alpha adrénérique ne rencontrant plus d'opposition peut augmenter le tonus coronaire.

DISCUSSION

Les symptômes anxieux sont très fréquemment rencontrés chez des patients présentant des troubles organiques. L'anxiété peut faire partie du cortège symptomatique d'une affection somatique qu'il faut savoir diagnostiquer. Les phénomènes anxieux, par leur intensité, peuvent

aussi contribuer à l'aggravation ou à la décompensation d'une pathologie organique préexistante.

Une évaluation diagnostique précise est indispensable. Les étapes du diagnostic différentiel des troubles anxieux sont reprises dans la figure 1.

La première étape consiste à éliminer une affection médicale générale dont l'attaque de panique peut être la conséquence physiologique directe (2, 3). Les affections organiques qui peuvent être responsables de phénomènes anxieux sont reprises dans le tableau II.

Les dysthyroïdies et les troubles cardiaques sont les diagnostics les plus fréquents.

Au niveau cardiologique, la difficulté diagnostique est de différencier les symptômes cardiovasculaires dus à l'anxiété de ceux d'une maladie organique. Un électrocardiogramme normal n'exclut pas une cardiopathie ischémique (4). La symptomatologie anxieuse complique souvent la clinique des crises d'angor. La problématique réside dans la discrimination entre une crise d'angoisse accompagnant un angor simple et des manifestations cardiaques atypiques témoignant de complication d'angor (5, 6). Même si l'infarctus du myocarde s'accompagne classiquement d'une sensation de mort imminente, la clinique, l'ECG et le bilan enzymatique réalisés sont hautement évocateurs du diagnostic. Toutefois, la symptomatologie rencontrée peut parfois masquer certains accidents ischémiques infracliniques (7). Du fait qu'il pourrait y avoir une plus grande prévalence de prolapsus de la valve mitrale chez les patients atteints de trouble panique, ce diagnostic doit aussi être recherché.

De récentes études ont aussi montré que les caractéristiques cliniques de patients présentant une tachycardie paroxystique supraventriculaire peuvent mimer un trouble anxieux (8, 9).

Au niveau endocrinologique, la symptomatologie de la thyrotoxicose est parfois confondue avec celle des états anxieux d'origine émotion-

TABLEAU II. PRINCIPALES ÉTIOLOGIES ORGANIQUES DES MANIFESTATIONS ANXIEUSES.

Cardiologique	Angor, infarctus du myocarde, arythmie, cardiomyopathie, prolapsus de la valve mitrale, tachycardie paroxystique supraventriculaire
Endocrinologique	Hyperthyroïdie, dysthyroïdie, hypercortisolisme, hyperparathyroïdie, anomalies électrolytiques, insulinome, hypoglycémie, phéochromocytome, symptômes de ménopause
Pneumologique	Asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumothorax, oedème pulmonaire aigu, embolie pulmonaire
Neurologique	Tumeurs cérébrales, épilepsies, vertiges

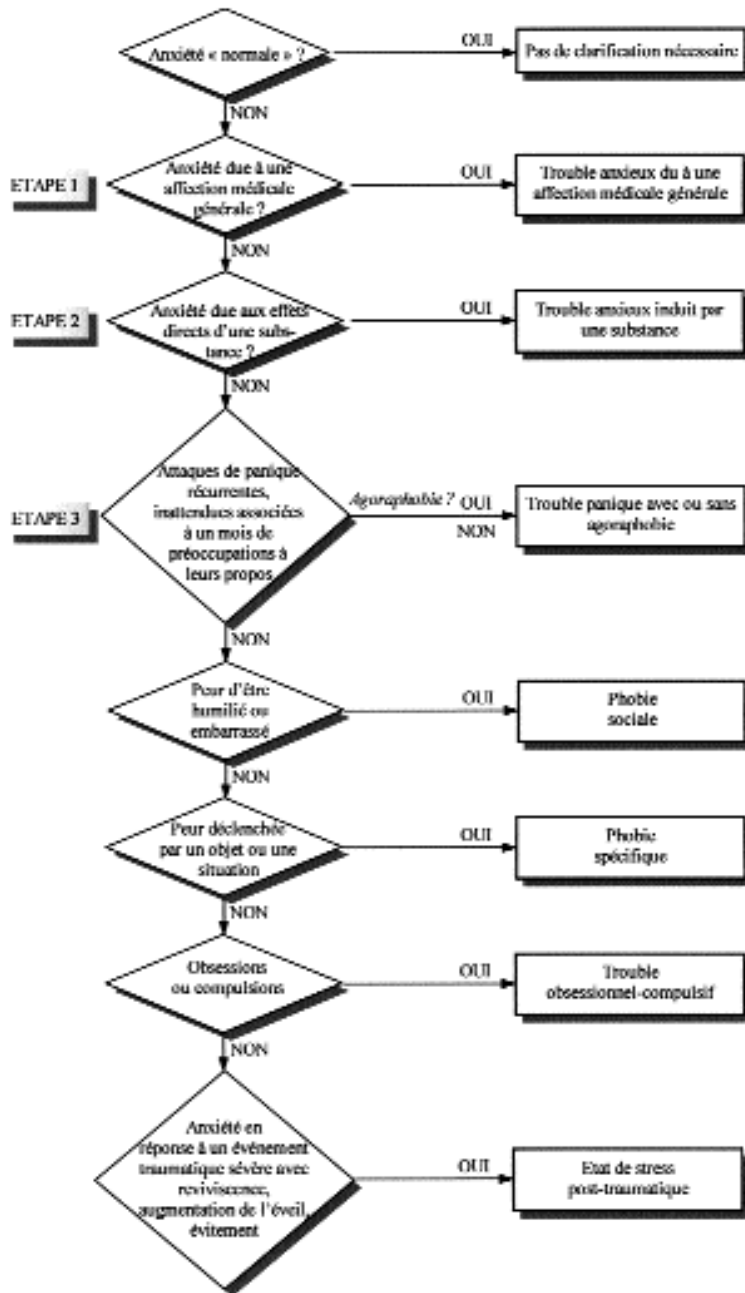


Fig. 1. Diagnostic différentiel des troubles anxieux.

nelle. Des signes tels que la tachycardie, le tremblement, l'irritabilité, la faiblesse, la fatigue sont communs aux deux affections. Les manifestations périphériques de la sécrétion excessive d'hormones thyroïdiennes manquent cependant dans l'anxiété émotionnelle; ainsi la peau des extrémités est en général froide et sèche, au lieu d'être chaude et moite. L'amaigrissement dans l'anxiété émotionnelle s'accompagne d'anorexie tandis que dans l'hyperthyroïdie, il est généralement associé à un appétit exagéré. Le problème diagnostique posé par le phéochromocytome est plus spécifique des attaques de panique et doit être évoqué devant un tableau associant anxiété paroxystique, hypertension artérielle et céphalées. Les symptômes de l'hypoglycémie peuvent être proches de ceux des

troubles anxieux. L'apparition d'éléments confusionnels doit remettre en cause le diagnostic d'attaque de panique. La décompensation d'un diabète lors de l'apparition de certains troubles anxieux est fréquente. Il est bien connu que les sécrétions d'ACTH, de catécholamines et d'hormone de croissance sont modifiées lors de l'exposition à des situations anxiogènes. Or, ces hormones interviennent dans la régulation de la glycémie.

Au niveau pulmonaire, la dyspnée éprouvée par les patients présentant un trouble panique est un symptôme difficile à apprécier. Les signes et les symptômes d'hyperventilation aiguë et chronique ne permettent pas de distinguer le trouble panique d'autres maladies organiques comme

une embolie pulmonaire récidivante (10), d'autant plus que les douleurs thoraciques et les modifications électrocardiographiques peuvent accompagner le syndrome d'hyperventilation et augmenter la confusion. Dans ce cadre, souvent étiqueté d'asthénie neurocirculatoire, la douleur est fugace, brutale, mobile et les modifications électrocardiographiques affectent le plus souvent la repolarisation. Une exploration fonctionnelle cardiaque et pulmonaire complète, réalisée au repos et à l'effort, est souvent nécessaire pour s'assurer que l'anxiété est bien la cause de la dyspnée.

Il est rare que l'anxiété, même lors d'épisodes aigus, soit confondue avec une détresse respiratoire. En revanche, elle accompagne souvent les pathologies dyspnéiques, notamment asthmatiques. Dans cette pathologie, l'angoisse a certainement un rôle favorisant.

Au niveau neurologique, certaines tumeurs cérébrales favorisent la survenue de troubles anxieux par excitation directe ou indirecte de centres concernés. Les tumeurs temporales, diencéphaliques ou de la fosse postérieure sont souvent inductrices d'attaques de panique, par excitation des centres limbiques temporaux ou par l'intermédiaire d'une hypertension intracrânienne. Les épilepsies partielles et les crises sensorielles sont aussi particulièrement anxiogènes. L'angoisse est souvent ressentie lors de l'aura, comme un sentiment diffus d'insécurité, voire une sensation de dépersonnalisation. D'autre part, les attaques de panique comportent des manifestations psychosensorielles très proches de l'épilepsie temporale.

La seconde étape concerne l'utilisation de substances. La prise de drogues (amphétamines, cocaïne, caféine, décongestionnants nasaux, sympathomimétiques) et le sevrage de drogues (alcool, barbituriques, opiacés, benzodiazépines) peuvent donner des symptômes qui simulent un trouble panique.

Au cours de la troisième étape, le trouble panique doit être différencié des autres troubles mentaux qui présentent des attaques de panique en tant que caractéristiques associées comme la phobie sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel-compulsif ou l'état de stress post-traumatique.

En conclusion, les manifestations somatiques de l'angoisse, multiples et polymorphes, peuvent poser de difficiles problèmes diagnostiques. Ces symptômes peuvent inaugurer ou accompagner de nombreuses pathologies organiques, mais elles peuvent aussi les aggraver dans un cercle vicieux qu'il faut rompre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Liebowitz M.— *Les Troubles anxieux, in Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux; DSM-IV*. Masson, Paris, 469-471; 814-815.
2. Koranyi E, Potoczny W.— Physical illnesses underlying psychoatric symptoms. *Psychother Psychosom*, 1992, **58**, 155-160
3. Hoffman RS, Koran LM.— Detecting physical illness in patients with mental disorder. *Psychosomatics*, 1984, **25**, 654-660.
4. Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, et al.— Panic disorder, chest pain and coronary artery disease : literature review. *Can J cardiol*, 1994, **10**, 827-834.
5. Ayuso Mateos JL, Bayon Perez C, Santo-Domingo Carrasco J.— Atypical chest pain and panic disorder. *Psychother Psychosom*, 1989, **52**, 92-95.
6. Dammen T, Arnesen H, Ekeberg O, et al.— Panic disorder in chest pain patients referred for cardiological outpatient investigation. *J Int Med*, 1999, **245**, 497-507.
7. Kawachi I, Sparrow D, Vokonas P, et al.— Coronary heart disease/Myocardial infarction : symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. *Circulation*, 1994, **90**, 2225-2229.
8. Lessmeier T, Gamperling D, Johnson-Liddon V.— Unrecognized paroxysmal supraventricular tachycardia. Potential for misdiagnosis as panic disorder. *Arch Int Med*, 1997, **157**, 537-543.
9. McCrank E, Schurmans K, Lefcoe D.— Paroxysmal supraventricular tachycardia misdiagnosed as panic disorder. *Arch Int Med*, 1998, **158** (1), 297.
10. Castro P, Larrain G, Perez O, et al.— Chronic hyperventilation syndrome associated with syncope and coronary vasospasm. *Am J Med*, 2000, **109**, 78-80.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. M. Anseau, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.