

L'ATTAQUE DE PANIQUE

G. SCANTAMBURLO (1), M. ANSSEAU (2)

RÉSUMÉ : L'anxiété caractéristique d'une attaque de panique est de nature intermittente et paroxystique.

Cet article illustre les critères diagnostiques de l'attaque de panique et du trouble panique, les difficultés rencontrées dans le diagnostic différentiel des manifestations anxieuses et propose un algorithme de décision thérapeutique basé sur les recommandations de l'American Psychiatric Association.

PANIC ATTACK

SUMMARY : Panic attacks can occur unexpectedly and in almost any situation. The present article discusses the main features of anxiety states, the approach, the management and the practice guidelines for the treatment of panic disorder.

KEYWORDS : *Panic attack - Panic disorder - Anxiety disorder.*

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, tremblements), qui perdurent dans le temps et empêchent un fonctionnement normal.

Les troubles anxieux représentent des troubles psychiatriques particulièrement importants, en raison d'une part de leur fréquence au sein de la population, d'autre part de leurs conséquences en terme de souffrance personnelle, familiale et sociale. De plus, la prise en charge de ces patients est souvent difficile, d'abord parce que le recours aux professionnels de la santé est souvent tardif, voire inexistant, ensuite parce que le diagnostic est particulièrement complexe et les approches thérapeutiques parfois peu validées, voire contradictoires.

CARACTÉRISQUES DIAGNOSTIQUES DE L'ATTAQUE DE PANIQUE

Selon le DSM-IV (1), une attaque de panique est une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente. Elle est accompagnée par au moins 4 parmi 13 symptômes somatiques ou cognitifs. L'attaque de panique a un début soudain et atteint rapidement son acmé (habituellement en dix minutes ou moins); elle est souvent accompagnée d'un sen-

timent de danger ou de catastrophe imminente et d'un besoin urgent de s'échapper.

Les 13 symptômes somatiques ou cognitifs sont :

- des palpitations, des battements de cœur ou l'accélération du rythme cardiaque;
- la transpiration;
- des tremblements ou secousses musculaires;
- une sensation de "souffle coupé" ou l'impression d'étouffement;
- une sensation d'étranglement;
- des douleurs ou une gêne thoracique;
- des nausées ou une gêne abdominale;
- des sensations de vertige, d'instabilité, de tête vide ou l'impression d'évanouissement;
- une déréalisation (sentiment d'irréalité) ou une dépersonnalisation (être détaché de soi);
- une peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou;
- la peur de mourir;
- des paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotement);
- des frissons ou des bouffées de chaleur.

Les sujets consultant pour des attaques de panique inattendues décrivent habituellement la peur comme intense et disent qu'ils ont pensé être sur le point de mourir, de peur de perdre le contrôle d'eux-mêmes, d'avoir une crise cardiaque, ou un accident vasculaire cérébral ou de "devenir fou". Ils rapportent aussi habituellement un désir urgent de fuir l'endroit quel qu'il soit où l'attaque est survenue. Avec la récurrence des attaques, l'intensité peut décroître quelque peu.

Les attaques de panique peuvent survenir dans plusieurs troubles anxieux (par exemple, le trouble panique, la phobie sociale, la phobie spécifique, l'état de stress post-traumatique, l'état de stress aigu). Pour établir la signification diagnostique d'une attaque de panique, il est important de prendre en compte le contexte dans lequel elle survient. Il existe trois types caractéristiques d'attaques de panique avec des relations différentes entre le début de l'attaque et la présence ou l'absence de situations déclen-

(1) Candidate spécialiste en Psychiatrie.

(2) Professeur et Chef de Service, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Université de Liège.

chantes situationnelles : les attaques de paniques inattendues (non induites) c'est-à-dire survenant spontanément, "à l'improviste"; les attaques de panique situationnellement liées (induites) qui surviennent presque invariablement immédiatement lors de l'exposition à une situation déclenchante ou de son anticipation (par exemple voir un serpent ou un chien déclenche toujours une attaque de panique immédiate); et les attaques de panique favorisées par des situations qui surviennent le plus souvent lors d'une situation inductrice, mais ne sont pas de manière invariable associée avec le stimulus et n'apparaissent pas nécessairement après l'exposition (par exemple, les attaques de panique surviennent lors de la conduite d'un véhicule).

La survenue d'attaques de panique inattendues est nécessaire pour un diagnostic de trouble panique. Les attaques de panique situationnellement liées sont plus caractéristiques de la phobie sociale et des phobies spécifiques. Les attaques de panique favorisée par des situations sont particulièrement fréquentes dans le trouble panique, mais peuvent aussi survenir dans la phobie spécifique ou la phobie sociale. Le diagnostic différentiel des attaques de panique est compliqué par le fait qu'il n'existe pas toujours une relation exclusive entre le diagnostic et le type d'attaques de panique. Par exemple, bien que le trouble panique, par définition, nécessite qu'au moins certaines attaques de panique soient inattendues, des sujets ayant un trouble panique font fréquemment des attaques de panique situationnelles, survenant en particulier plus tardivement dans l'évolution du trouble.

Une sensation de souffle coupé est un sentiment commun dans les attaques de panique du trouble panique. Le fait de rougir est commun dans les attaques de paniques situationnelles, en relation avec l'anxiété sociale ou de performance. L'anxiété caractéristique d'une attaque de panique peut être différenciée de l'anxiété généralisée par sa nature intermittente, quasi-paroxystique et par sa sévérité, typiquement beaucoup plus importante.

CARACTÉRISTIQUES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE PANIQUE

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 possible ou aux conséquences de ces attaques de panique, ou d'un

changement significatif de comportement en relation avec ces attaques.

Les sujets ayant un trouble panique présentent des craintes caractéristiques quant aux implications ou aux conséquences des attaques de paniques. Certains redoutent que les attaques témoignent la présence d'une maladie non diagnostiquée engageant le pronostic vital. Malgré des examens médicaux répétés et un rassurement, ils peuvent demeurer effrayés et n'être pas convaincus. D'autres redoutent que les attaques soient le signe qu'ils sont en train de "devenir fous" ou de perdre le contrôle d'eux-mêmes. Les craintes portant sur une nouvelle attaque sont souvent associées au développement d'un comportement d'évitement.

L'âge de début du trouble panique se situe le plus souvent entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine. L'évolution est le plus souvent chronique et fluctuante.

Le DSM-IV distingue le trouble panique avec agoraphobie, définie par l'anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper en cas d'attaque de panique, le trouble panique sans agoraphobie et l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique.

EPIDEMIOLOGIE DU TROUBLE PANIQUE

Les différentes études épidémiologiques ont mis en évidence une prévalence sur la vie des différentes formes du trouble panique habituellement comprises entre 1,5 et 3,5% (2). En Belgique, une étude réalisée dans la région de Wavre a mis en évidence une prévalence plus faible à 1,3% (3) alors que deux enquêtes récentes réalisées dans les Provinces de Liège et de Luxembourg l'ont évalué à respectivement 3,1 et 1,9% (4). En médecine générale, un trouble panique est mis en évidence chez 3,6% des patients aux USA et 2,8% des patients en Belgique (5). Toutes les études démontrent une prédominance du trouble chez la femme, habituellement deux à trois fois plus touchées que les hommes.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES MANIFESTATIONS ANXIEUSES

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 décom-

TABLEAU I. PRINCIPALES ÉTIOLOGIES ORGANIQUES DES MANIFESTATIONS ANXIEUSES.

Cardiologique : Angor, infarctus du myocarde, arythmie, cardiomyopathie, prolapsus de la valve mitrale, tachycardie paroxystique supraventriculaire

Endocrinologique : Hyperthyroïdie, dysthyroïdie, hypercortisonisme, 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

pensation d'une pathologie organique préexistante. Une évaluation diagnostique précise est indispensable.

La première étape consiste à éliminer une affection médicale générale dont l'attaque de panique peut être la conséquence physiologique directe (6).

Les dysthyroïdies et les troubles cardiaques sont les diagnostics les plus fréquents (tableau I)

Au niveau cardiologique, la difficulté diagnostique est de différencier les symptômes cardiovasculaires dus à l'anxiété de ceux d'une maladie organique. La symptomatologie anxieuse complique souvent la clinique des crises d'angor. 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. Du fait qu'il pourrait y avoir 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.

Au niveau endocrinologique, la symptomatologie de la thyrotoxicose est parfois confondue avec celle des états anxieux. Des signes tels que la tachycardie, le tremblement, l'irritabilité, la faiblesse et la fatigue sont communs aux deux affections. Les manifestations périphériques de la sécrétion excessive d'hormones thyroïdiennes manquent cependant dans l'anxiété ; ainsi la peau des extrémités est en général froide et sèche au lieu d'être chaude et moite. L'amaigrissement dans l'anxiété 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. 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'attaque 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 proche de l'épilepsie temporale.

La seconde étape concerne l'utilisation de substances. La prise de drogues stimulantes (amphétamines, cocaïne, caféine, décongestionnants nasaux, sympathomimétiques) et le sevrage de drogues sédatives (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.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE TRAITEMENT DU TROUBLE PANIQUE

Différentes approches psychothérapeutiques ont largement démontré leur efficacité dans le trouble panique. Les thérapies cognitives apparaissent particulièrement indiquées pour le traitement des attaques de panique tandis que les thérapies comportementales basées sur la désensibilisation systématique sont particulièrement utiles pour le traitement des symptômes agoraphobiques. Les thérapies cognitives et comportementales associent des techniques de contrôle respiratoire et de relaxation, la restructuration cognitive et les techniques d'exposition (7, 8). Différents types d'antidépresseurs et de benzodiazépines ont démontré leur efficacité. L'association psychothérapie-pharmacothérapie est particulièrement recommandée dans la mesure où la traitement médicamenteux présente une efficacité symptomatique plus rapide alors que l'approche psychothérapique est associée à des résultats plus durable.

L'algorithme de décision du traitement médicamenteux du trouble panique apparaît dans le tableau 2 (9, 10) (fig. 1).

La plupart des experts recommandent les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (SSRIs) comme traitement de première ligne du trouble panique. Les doses de départ doivent être faibles et augmentées progressivement jusqu'à la dose efficace recommandée. En raison d'une latence d'action des SSRIs de un à

deux mois, parfois accompagnés d'une réactivation anxieuse, l'utilisation de benzodiazépines peut être indiquée pour une période limitée.

Un essai thérapeutique doit avoir une durée minimale de huit à douze semaines et la majorité des experts recommande pour un traitement efficace une durée de douze à dix-huit mois. L'interruption du traitement sera très progressive en choisissant une période où le patient est stable et confiant et où les sources de stress sont contrôlées.

Le traitement doit se prolonger plus longtemps si des symptômes invalidants persistent, si le patient a des antécédents de rechutes sévères, s'il présente une affection comorbide ou s'il traverse une période instable de vie.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. DSM-IV.— Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed. *Amer Psychiatr Press*, Washington, 1994, 461-475.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al.— Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Result from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatr*, 1994, **51**, 8-19.
3. Baruffol E, Thilmann MC.— Anxiety, depression, somatization and alcohol abuse. Prevalence rates in a general Belgian community sample. *Acta Psychiatr Belg*, 1993, **93**, 136-153.
4. Anseau M, Reggers J, Nickels J, et al.— *Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la Province de Luxembourg*. Brochure éditée par la plateforme de concertation psychiatrique de la Province de Luxembourg, 1999, 24 pp.
5. Anseau M, Dierick M, Buntinks F, et al.— High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Dis*, 2004, **78**, 49-55.
6. Scantamburlo G, Fuchs S, Lancellotti P, et al.— Troubles anxieux et pathologies organiques : un diagnostic différentiel difficile. *Rev Med Liege*, 2002, **57**, 5, 303-306.
7. Servant D.— *Attaques de panique et agoraphobie*. Pratique en Psychothérapie. Masson, Paris, 2002, 94-118.
8. Cottraux J.— *Les thérapies cognitives et comportementales*. Troisième édition. Masson, Paris, 2001, 94-105.
9. Anseau M, Sabbe B.— Les troubles anxieux, in Dierick M, Anseau M, D'Haenen H, Peuskens J, Linkowski P, *Manuel de Psychopharmacothérapie*. Academia Press, Gent, 2003, 231-240.
10. American Psychiatric Association.— Practice guidelines for the treatment of patients with panic disorder. *Amer J Psychiatr*, 1998, **155** (suppl), 1-34.

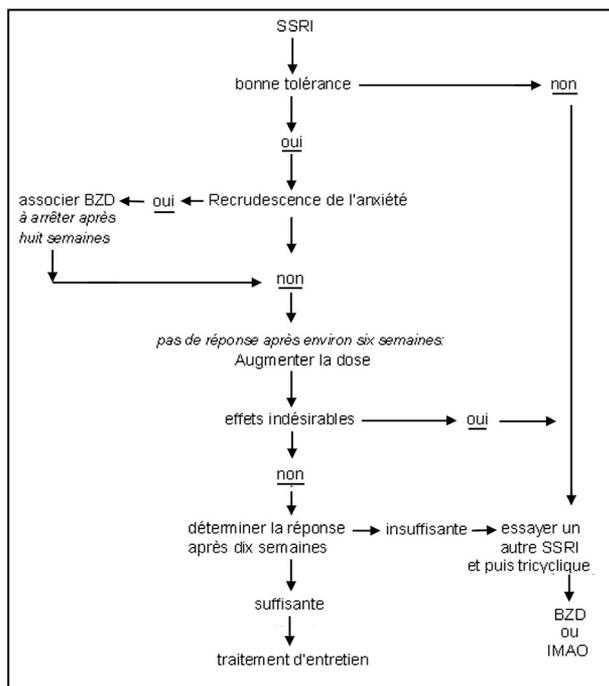


Fig. 1. Algorithme de décision du traitement médicamenteux du trouble panique (d'après Anseau et al, 9)

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Docteur G. Scantamburlo, Service de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU Sart Tilman, 4000 Liège