

UE 2.6 Processus psychopathologiques

LES TROUBLES ANXIEUX

LE TROUBLE PANIQUE

Dr. Axelle Gharib

OBJECTIFS

- Connaître l'épidémiologie du trouble panique
- Connaître les signes et symptômes qui caractérisent le trouble panique
- Connaître la prise en charge du trouble panique

- Introduction
- Épidémiologie
- Sémiologie
- Comorbidités psychiatriques
- Prise en charge

INTRODUCTION

- Répétition des attaques de panique
- Peur de la survenue d'attaques de paniques

ÉPIDÉMIOLOGIE

- 1-3% en population générale selon les études
- Prédominance féminine
- Débute entre 20 et 30 ans



- **Attaques de panique**

- Etat transitoire qui peut ne jamais se répéter
- Crise d'angoisse aiguë à début brutal
- Paroxysme en moins de 10 minutes
- Sentiment de panique lié à la sensation de perte de contrôle
- Symptômes psychiques: symptômes anxieux, dépersonnalisation, déréalisation
- Signes physiques: palpitations, bouffées de chaleur, tachypnée, impression vertiges, céphalées...
- Signes comportementaux : agitation, sidération, etc.

Attaques de panique

- **Cet état peut être déclenché par :**
 - un stress brutal, comme un accident ou une altercation ;
 - une confrontation à une situation phobogène (rencontre avec l'objet redouté chez un sujet présentant une phobie ou un autre trouble anxieux) ;
 - un facteur toxique (psychostimulant, psychodysléptique, alcool, autres drogues), ou une pathologie médicale non psychiatrique (cardiorespiratoire par exemple)
 - une période de fatigue ou de perturbation émotionnelle par exemple au cours d'une dépression.

Le plus souvent : pas de contexte particulier ni de facteur déclenchant

L'examen physique dans l'urgence est à adapter à la situation

- **Répétition des attaques de panique**
- **Anxiété anticipatoire**
 - Anticipation permanente de la survenue d'une attaque de panique
 - « Peur d'avoir peur »
 - Peur de mourir, peur de devenir fou
 - Complications:
 - Isolement social
 - Changement des habitudes de vie
 - Conditionnement interne: tous les symptômes d'une attaque de panique potentielle et débutante peuvent déclencher une attaque de panique

Agoraphobie



- Crainte de l'ensemble des situations dans lesquelles le patient ne pourrait pas être secouru en cas d'attaque de panique
- Espaces découverts, magasins, files d'attente, foules, lieux publics, endroits clos...
- Perte d'autonomie

- Trouble panique et Agoraphobie peuvent exister de manière isolée
- Agoraphobie chez les sujets sans trouble panique: crainte plus floue, intuition d'un risque de malaise, de chute, d'accident mal défini

COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

- **Autres troubles anxieux**
- **Troubles de la personnalité « anxieux » (Cluster C du DSM-5)**
 - Personnalité dépendante
 - Personnalité évitante
- **Abus et dépendance à une substance**
- **Episode dépressif caractérisé et suicide**

PRISE EN CHARGE

Attaque de panique:

NON MEDICAMENTEUSE

= défocaliser l'attention du patient des impressions de menaces, l'inciter à se détendre, et modifier son rythme respiratoire. Celui-ci doit être le plus lent possible, bouche fermée et en s'aidant d'une respiration abdominale plutôt que thoracique. L'hyperventilation favorise en effet l'hypocapnie.

MEDICAMENTEUSE en cas d'échec de ces mesures :

anxiolytique type benzodiazépine

Évaluation diagnostique après la crise

PRISE EN CHARGE

Psychoéducation

- **Personne n'est jamais mort d'une AP ni n'est devenu fou**
- **Une AP s'arrête toujours**
- **On peut apprendre à contrôler les AP : respiration abdominale**
- **Exposition intéroceptive : déclencher une AP...**

Psychoéducation

- Arrêt des excitants
- Équilibre alimentaire
- Hygiène de sommeil
- Activité physique régulière
- Techniques de relaxation
- Informations sur les risques liés à l'usage de médicaments anxiolytiques

Psychothérapie

Thérapies cognitives et comportementales

- Exposition
- Désensibilisation aux sensations physiques des attaques de panique et aux situations redoutées en cas d'agoraphobie
- Méthodes de relaxation

Traitement pharmacologique

- Traitement de fond: antidépresseurs
 - En cas d'inefficacité des mesures précédentes
 - **Inhibiteurs sélectif de la recapture de la sérotonine**
 - Délai d'action: 3-4 semaines
 - Durée de traitement: 6 à 12 mois
- Traitement ponctuel: psychotropes à activité anxiolytique rapide
 - **Benzodiazépines** (maximum 12 semaines)
 - Hydroxyzine (anti-histaminique H1)

A RETENIR

Université Claude Bernard Lyon 1



Réalisation technique : Service ICAP - Université Claude Bernard Lyon 1
Soutien financier : Région Auvergne Rhône-Alpes dans le cadre de l'UNR-RA