

L'ATTAQUE DE PANIQUE : NE PAS SE TROMPER DE COMBAT !

Auteurs : R. LABBANE, H. LOUIZ, A. ZGHAL

GENERALITES – DEFINITIONS :

L'attaque de panique constitue un trouble anxieux caractérisé par une crise aiguë d'angoisse. Sous l'influence américaine, le terme attaque de panique est venue remplacer celui de crise d'angoisse.

Si l'anxiété est un phénomène émotionnel normal de l'existence, la crise d'angoisse s'inscrit plus sûrement dans le pathologique, tant par son caractère brutal, son intensité ou ses conséquences, que par la variété des situations cliniques qu'elle sous-tend.

L'intrication des manifestations physiques et psychiques de l'anxiété aiguë est telle, que tout médecin, quelle que soit sa spécialité, peut s'y trouver confronté.

Les patients souffrant d'attaques de panique consultent souvent en service de médecine, d'urgence. Les symptômes peuvent ainsi être mal interprétés comme une maladie médicale sévère tel un infarctus du myocarde ou une crise d'asthme. Aussi il est important de bien connaître les symptômes, car des traitements spécifiques et efficaces sont disponibles, notamment pharmacologiques, mais aussi psychothérapeutiques.

LA CRISE D'ANGOISSE OU ATTAQUE DE PANIQUE :

Elle est définie classiquement par la survenue brutale d'une peur intense et sans objet, c'est-à-dire non liée à une situation considérée objectivement comme génératrice d'angoisse avec malaise intense et dont l'acmé est atteint en moins de 10 mn.

Au cours d'une attaque de panique on peut observer des signes psychiques mais aussi des signes physiques.

LES MANIFESTATIONS PSYCHIQUES :

Le malade est en proie à un sentiment de danger indéfinissable centré sur une impression d'anéantissement physique (peur de mourir, d'étouffer ou de s'évanouir) ou psychique (peur de devenir fou, crainte d'une catastrophe imminente).

Il existe un sentiment de solitude extrême, s'accompagnant d'un sentiment d'étrangeté de l'ambiance, d'une impression de perte des limites du Moi pouvant constituer un véritable syndrome de dépersonnalisation/déréalisation.

LES MANIFESTATIONS PHYSIQUES :

Des signes somatiques sont constamment présents au cours d'une crise d'angoisse et peuvent masquer complètement le tableau psychique au point d'évoquer une urgence médico-chirurgicale. Le malade réclame d'ailleurs souvent des examens médicaux. Parmi ces manifestations cliniques on peut rencontrer des :

- Symptômes cardio-vasculaires :

Précordialgies, palpitations, tachycardie, poussée hypertensive ...

- Symptômes digestifs et urogénitaux :

Nausées, vomissements, douleurs abdominales, ou abdomino-pelviennes, diarrhée, pollakiurie.

- Symptômes respiratoires :

Polypnée, sensations d'étouffement ou d'oppression thoracique.

- Symptômes neuro-végétatifs :

Sueurs, tremblements, sécheresse de la bouche, sensations vertigineuses, paresthésies, céphalées.

L'aspect général du malade et son comportement témoigne de cet état d'angoisse aigu : le visage est pâle, les traits sont tirés, les mains sont crispées, le patient est tantôt prostré, paralysé par la peur, tantôt agité.

Au décours de la crise, le patient ressent une profonde asthénie, une sensation d'épuisement.

Le comportement pendant une attaque de panique est assez variable d'un sujet à l'autre et d'un moment à l'autre chez un même sujet : inhibition voire sidération, agitation désordonnée mais aussi cris et pleurs peuvent alterner.

CARACTERISTIQUES CLINIQUES DE L'ATTAQUE DE PANIQUE SELON LE DSM IV (classification américaine des troubles mentaux) :

La première attaque de panique survient le plus souvent spontanément, même si certaines attaques peuvent s'avérer situationnelles, secondaires à un moment d'excitation, à un exercice physique, à un acte sexuel ou à un traumatisme émotionnel plus ou moins sévère.

Il est important pour le diagnostic de préciser les habitudes de vie des patients lorsque se révèlent les attaques de panique, en notant par exemple l'utilisation de caféine, d'alcool, de nicotine ou d'autres substances, l'existence de troubles du sommeil ou du comportement alimentaire, ou bien l'exposition à des facteurs environnementaux particuliers comme une très forte lumière au travail.

Une attaque de panique débute le plus souvent rapidement, par une phase d'environ 10 minutes durant laquelle apparaissent les symptômes. Les manifestations mentales consistent en une réaction de peur extrême, avec la sensation tragique d'une mort imminente.

Habituellement le patient est incapable de nommer la source de sa peur. Il peut se sentir confus, perdu, incapable de penser ou de se concentrer. Ses symptômes physiques les plus communs sont des palpitations, une tachycardie, une dyspnée et des sueurs.

La durée d'une attaque de panique est généralement de 20 à 30mn, excédant rarement 1 heure, pouvant se résoudre plus ou moins progressivement. Entre les crises, les patients peuvent alors éprouver la crainte de la récurrence d'une attaque de panique. Cette anxiété anticipatoire peut être difficile à différencier d'une forme d'anxiété généralisée, dans laquelle la nature des préoccupations est habituellement mieux identifiée.

ATTAQUE DE PANIQUE ET TROUBLE PANIQUE :

L'attaque de panique correspond à une crise aiguë d'angoisse spontanée, imprévisible comprenant plusieurs dimensions :

- dimension psychique (sensation de mort imminente, amplification péjorative des stimuli et de l'ambiance) ;
- dimension comportementale (de l'agitation à la stupeur : plus souvent, impossibilité de rester en place ou, au contraire, inhibition) ;
- dimension neurovégétative (bouche sèche, palpitation et tachycardie, trouble du transit intestinal ...).

La durée d'une attaque de panique peut varier de quelques minutes à quelques heures, et il peut exister des formes subintrantes sur une ou plusieurs journées.

CRITERES 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 (sensations de picotements)
- 13) Frissons ou bouffées de chaleur.

Le trouble panique correspond à l'existence d'attaques de panique récurrentes. La notion de trouble panique signifie la répétition d'attaques (plusieurs par mois) chez un même individu pendant une période de sa vie (un ou deux ans).

Les premières attaques de panique apparaissent généralement entre 20 et 30 ans. La crainte d'être en proie à une attaque de panique (anxiété anticipatoire) sans pouvoir être secouru ou s'extraire très rapidement du contexte, comme cela peut se produire dans un endroit clos ou au contraire désert, peut entraîner l'installation d'une anxiété phobique de type agoraphobique. On parle dès lors de « trouble panique avec agoraphobie ». (agora : du grec place du marché et phobos : peur).

DIFFERENTES ETIOLOGIES DES CRISES D'ANGOISSE :

- Etiologies médicales :

Nombreuses sont les affections somatiques à l'origine de crises d'angoisse :

- Affections douloureuses : infarctus du myocarde, phlébite, embolie pulmonaire, colique néphrétique, fracture chez le sujet âgé, tout syndrome abdominal aigu, etc
La plus grande prudence au niveau du diagnostic s'impose donc, surtout chez les patients de plus de 50 ans.
- Maladies endocriniennes : Hypoglycémie, hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, phéochromocytome.
- Affections neurologiques : accident vasculaire cérébral, épilepsie (crise partielle), tumeur, syndrome méningé.
- Prise de médicaments : corticoïdes, sympathomimétiques, anti-tuberculeux, hormones thyroïdiennes, certains antidépresseurs, neuroleptiques désinhibiteurs antidéficitaires, théophylline, anorexigènes. On en rapprochera la prise de toxiques comme le cannabis, les hallucinogènes et la cocaïne. Les syndromes de sevrage liés à l'arrêt brutal d'un médicament ou d'un toxique (alcool ++) sont aussi à l'origine de crises d'angoisse.
Une consommation excessive de café (au delà de 6 cafés par jour) peut être à l'origine de survenue d'une attaque de panique.

- Etiologies psychiatriques :

- Le trouble panique :

La répétition d'attaques de panique définit le trouble panique qui relève d'un traitement médicamenteux de fond bien codifié à base d'antidépresseurs.

- L'angoisse psychotique :

Elle peut émailler le cours de toute psychose notamment la schizophrénie dont elle peut être la première manifestation clinique.

L'angoisse psychotique se caractérise par un vécu d'anéantissement, de dissolution de soi (perte des limites corporelles, morcellement, éclatement voire décomposition) qui peut confiner à l'indifférenciation avec le monde. Cette angoisse cataclysmique a aussi pour particularité d'être facilement transmise à l'interlocuteur (angoisse diffuse).

- La dépression :

C'est souvent à l'occasion d'une crise d'angoisse ou dans ses suites immédiates qu'un patient déprimé est amené à consulter. La présence au premier plan de symptômes anxieux peut alors gêner le repérage sémiologique des éléments dépressifs : le ralentissement psycho-moteur, la tristesse, l'auto-dépréciation, la culpabilité. La survenue d'une crise d'angoisse peut accroître le risque d'un passage à l'acte suicidaire chez un déprimé (raptus anxieux).

La dépression s'accompagne d'anxiété mais un état anxieux non traité peut évoluer vers une authentique dépression.

- D'autres trouble anxieux : trouble anxieux généralisé, trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse, état de stress post-traumatique.

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS DES AFFECTIONS MEDICALES A L'ORIGINE D'UN TROUBLE PANIQUE :

- Maladies cardio-vasculaires : Anémie, angor, cardiopathies congestives, hypertension artérielle, infarctus du myocarde, prolapsus de la valve mitrale, troubles du rythme.
- Maladies pulmonaires : Asthme, embolie pulmonaire, hyperventilation.
- Maladies neurologiques : Accidents ischémiques transitoires, épilepsies, insuffisance vasculaire cérébrale, maladie de Huntington, maladie de Mènière, maladie de Wilson, migraine, sclérose en plaques, tumeurs.
- Maladies endocriniennes : désordres liés à la ménopause, diabète, hyperthyroïdie, hypoglycémie, hypoparathyroïdie, maladie d'Addison, phéochromocytome, syndrome de Cushing, syndromes prémenstruels.
- Intoxications : Amphétamines, anticholinergiques, cocaïne, hallucinogène, cannabis, nicotine, théophylline.
- Sevrage médicamenteux ou toxiques : Alcool, antihypertenseurs, hypnotiques, opiacés, sédatifs.
- Troubles divers : Anaphylaxie, carence en vit. B12, intoxication aux métaux lourds, insuffisance rénale, lupus, maladie de Horton, septicémie, troubles hydroélectrolytiques.

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

• La prévalence des attaques de panique est diversement appréciée (4 à 12 p. 100) Celle du trouble panique est de 2 à 3 P. 100 sur toute la vie et de 0,5 à 1 p. 100 sur un an. Beaucoup de patients consultent d'abord en cardiologie ou sollicitent les services d'urgence.

Facteurs de risque : Le trouble panique peut se rencontrer chez l'adolescent où il entretient des liens étroits avec l'anxiété de séparation et pourrait constituer un « signal de danger » d'une dépressivité sous-jacente. Comme pour toute psychopathologie à cet âge de la vie, il peut aussi faire craindre l'écllosion ultérieure de symptômes schizophréniques.

Ce trouble est fréquent chez les femmes et chez les sujets vivant seuls.

DONNEES ETIOLOGIQUES :

- **Biochimiques** : l'étiologie du trouble panique n'est pas établie. L'action des agents panicogènes (lactate de sodium en perfusion et dioxyde de carbone [CO₂] en inhalation) s'expliquerait, selon la théorie de la « sensation de fausse suffocation », par l'existence d'une hypersensibilité à un détecteur de suffocation. D'autres agents inducteurs d'attaques de panique sont stimulants des systèmes noradrénergiques (isoprénaline, yohimbine) et sérotoninergiques (fenfluramine, chlorophényl pipérazine), mais aussi la cholécystokinine (CCK4) et le flumazénil (antagoniste du récepteur aux benzodiazépines). Cela expliquerait le risque de réactivation anxieuse en cas d'utilisation de doses trop élevées de médicaments préventifs des attaques de panique (anti-dépresseurs tricycliques et inhibiteurs spécifiques de recapture de la sérotonine) par stimulation excessive initiale des systèmes monoaminergiques. N.B : Contrairement à ce qui avait été affirmé, l'association du trouble panique et du prolapsus de la valve mitrale n'a pas été confirmée.

- **Génétiques** : le risque de survenue d'un trouble panique chez les parents du premier degré d'un paniquer est de 15 à 20 p. 100 ; la concordance est plus élevée chez les jumeaux monozygotes.

- **Théories psychologiques et psychanalytique** :

- le modèle psychanalytique : « de la névrose d'angoisse au trouble panique ». Le modèle psychogénétique de la névrose d'angoisse est moins précis que celui des autres troubles névrotiques. Le stade de fixation du développement libidinal n'est pas déterminé. Le mécanisme de défense est le refoulement qui transforme tout autre affect en anxiété ;
- facteurs psychologiques : des facteurs liés au développement psychoaffectif (abus sexuels et autres événements traumatiques de l'enfance, angoisse de séparation ...) sont invoqués.
le stress : Bien que pouvant survenir sous facteur déclenchant, la première attaque de panique se produit secondairement à un stress. Le stress peut être essentiellement de deux types :

Le stress psychologique : tels que les conflits ou les disputes avec les parents ou le conjoint, la mort ou la maladie de proches, mais aussi les problèmes financiers ou les pressions dues au travail.

Le stress physique : résultant de problèmes de santé (convalescence d'une grippe par exemple), d'épuisement du fait d'une surcharge de travail, d'abus de substance (alcool ou drogues), de manque de sommeil, d'hypoglycémie due à des régimes hypocaloriques, etc...

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Globalement, l'évolution est plutôt défavorable : les taux de rémission complète à 1 ou 5 ans ne seraient que de 10 à 20 p. 100. La comorbidité du trouble panique avec les autres troubles anxieux (phobies simples, phobie sociale, anxiété généralisée, agoraphobie ...) et les troubles dépressifs et addictifs (alcoolisme, toxicomanie) et importante, facteur de mauvais pronostic (chronicisation, handicap, social et surtout risque suicidaire).

Complications :

- la dépression, qui est la complication la plus fréquente (jusqu'à 80 p. 100 des patients) ;
- les conduites addictives : abus d'alcool et de substances psychoactives (surtout les tranquillisants) ;
- le développement d'une hypocondrie (assez rare) ;
- les maladies somatiques : risque accru d'HTA et d'ulcère gastro-duodéal ;

- le suicide (chiffres comparables à ceux observés chez les déprimés).

MOYENS THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUX :

Le développement du concept de trouble panique, au début des années 1960, s'est appuyé sur la réactivité à la pharmacothérapie : les antidépresseurs imipraminiques sont efficaces dans le trouble panique permettant ainsi la prévention des attaques de panique, et les tranquillisants benzodiazépiniques lors de l'attaque de panique ou crise aiguë ou dans les états d'anxiété permanente modérée (« trouble anxiété généralisé »).

Le traitement de la crise aiguë d'angoisse : repose sur l'administration de benzodiazépines, par voie orale, associée à des mesures générales de prise en charge (isolement, calme, dédramatisation ...). Il ne faut pas négliger la prise en compte des mesures d'hygiène, par exemple la réduction ou l'arrêt de certains stimulants (caféine ++), possiblement facilitateurs de la crise.

Pour le traitement au long cours, différents antidépresseurs ont fait la preuve de leur efficacité. Leur délai d'action est de 4 à 6 semaines. L'utilisation des antidépresseurs tricycliques (Anafranil®, 50 à 100 mg/j) peut être limitée par la survenue d'effets indésirables gênants (sédation, bouche sèche, dysurie ...). L'efficacité et la tolérance au long cours des ISRS en font souvent le traitement de première intention. (le Prozac®, le Deroxat®)

La molécule de référence demeure cependant l'Anafranil®.

Un nombre important de travaux ont été effectués, en particulier avec le Xanax®, le Rivotril®, le Témesta® et le Valium®. Le délai d'action de ces médicaments est plus court. La nécessité de posologies élevées peut être à l'origine d'une sédation et de troubles cognitifs, mais surtout d'une dépendance avec le risque d'une syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement.

- Moyens thérapeutiques psychologiques : l'association des traitements médicamenteux à des stratégies psychothérapeutiques donne les meilleurs résultats.

Les thérapies cognitives et comportementales (10 à 20 séances) ont fourni la preuve de leur efficacité. Il s'agit surtout de techniques d'exposition progressive aux situations anxiogènes (en imagination, in vivo ...). L'agoraphobie est plus difficile à traiter que les attaques de panique où l'effet placebo est important. L'apprentissage de stratégies cognitives et de techniques de relaxation ou de contrôle respiratoire (techniques d'apprentissage de l'hyperventilation provoquée avec restructuration cognitive) ont également un intérêt.

Les approches psychothérapeutiques d'inspiration psychanalytique sont généralement considérées comme peu efficaces. Certains auteurs nord-américains ont même soutenu que trouble panique contre-indiquait la psychanalyse !

Conduite à tenir :

Le traitement de la crise d'angoisse est assez simple avec une BZD. Il impose rarement un traitement par voie IM puisque le délai d'action des benzodiazépines comme le tranxène® ou le valium® est plus rapide per os que par voie IM.

Le patient lui même peut réclamer « une piqûre » convaincu de son plus grand pouvoir de soulagement.

Mais chez un malade agité, peu favorable à la prise d'un médicament, l'injection IM doit être envisagée : (valium 10 à 20 mg- Tranxène 20 à 50 mg).

De même une perfusion de chlorazépate (Tranxène®) peut être intéressante. Si elle n'augmente pas l'efficacité du produit, le caractère médical du dispositif permet de justifier auprès du patient et de son entourage une hospitalisation acceptée avec réticence. Elle peut en outre faciliter, par la présence du personnel infirmier qu'elle nécessite (surveillance de la tension artérielle, contrôle du débit de la perfusion), une prise de contact avec le patient, mais

aussi une attitude de maternage apaisante. La perfusion représente un excellent traitement d'attente lorsqu'il existe des difficultés diagnostiques.

Il est raisonnable de prévoir une thérapeutique pour les deux à trois jours qui suivent, par exemple sous forme de réduction de la posologie BZD. Cela peut être illustré par le schéma suivant :

- Témesta®, 2,5 mg au moment de la crise ;
- Renouvelé 2 heures plus tard ou au coucher ;
- Témesta®, 1 mg matin et soir le lendemain ;
- Témesta®, 1 mg le soir le jour suivant.

Lorsque les crises d'angoisse se répètent, leur prévention peut être assurée :

- en mettant en route un traitement réputé spécifique : Anafranil® (50 à 100 mg/j) ou inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine. (Prozac, Deroxat 1cp /j). Ce traitement est à maintenir pendant 6 mois. Si des crises réapparaissent, il faut refaire une séquence thérapeutique de 6 à 12 mois ;
- en maintenant le traitement initial, tel que Témesta®, 2, 5 mg/j si l'on se reporte à l'exemple choisi. Un tel traitement est a priori peu adéquat. Une BZD, peu sédatrice, a fait la preuve de son intérêt pour prévenir les attaques de panique : Xanax®, 0,5 à 1 mg trois fois par jour pendant 6 mois.

Alors qu'est mise en place une séquence thérapeutique médicamenteuse de plusieurs mois (6 mois en moyenne), il est nécessaire de se préoccuper des autres aspects :

- l'hygiène de vie : réduction de consommation de produits éventuellement panicogènes (café) ;
- la psychothérapie spécifique, d'inspiration analytique en cas de trouble associé de la personnalité ou cognitivo-comportementale (gestion du stress, techniques de relaxation ...)

CONDUITE A TENIR FACE A UNE CRISE AIGUE D'ANGOISSE :

- Rechercher une organicité (urgence médicale ou chirurgicale par exemple un infarctus du myocarde, une embolie pulmonaire). Se méfier des patients « étiquetés » psychiatriques qui peuvent également présenter des angoisses en rapport avec un problème somatique.
- Rechercher une cause iatrogène au toxique :
 - une prise de corticoïde, de caféine, de benzodiazépines avec une réaction paradoxale.
 - Un sevrage aux opiacés, alcool, barbituriques, benzodiazépines.
- Rechercher un diagnostic étiologique afin d'adapter la conduite à tenir.
- Rassurer le patient, notamment par rapport à l'absence de risque vital, et en lui expliquant la nature de son trouble.
- Isoler le patient de l'entourage si nécessaire.
- Attitude calme et bienveillante permettant une verbalisation de l'angoisse.
- Anxiolytiques par voie orale ou par voie IM (effet placebo de l'injection, l'efficacité du produit étant la même per os ou IM) : Tranxène 20 à 50 mg, valium 10 à 20 mg, Equanil 400 mg.
 - programmer une consultation psychiatrique le lendemain afin d'évaluer la CAT ultérieure.
 - La crise d'angoisse repose sur un trouble psychotique sous-jacent avec présence d'éléments délirants ou dissociatifs : schizophrénie, bouffée délirante aiguë, délire chronique : hospitalisation indispensable en milieu psychiatrique compte-tenu du risque

de passage à l'acte auto ou hétéro-agressifs avec prescription en urgence d'un neuroleptique sédatif : Largactil 1 à 2 Ampoules en IM.

La conduite à tenir est la même face à une mélancolie anxieuse : hospitalisation et indication d'un traitement antidépresseur, voire d'une électroconvulsivothérapie associée à un neuroleptique sédatif.