

Les troubles anxieux

I/Introduction-définition

- Les troubles anxieux sont un ensemble de maladies psychiatriques qui ont en commun une anxiété pathologique.
- L'anxiété est considérée comme pathologique quand elle devient excessive, envahissante et qu'elle entraîne de façon permanente ou transitoire une souffrance significative ou une gêne dans le fonctionnement individuel.
- Les différents troubles anxieux sont :

-le trouble anxiété généralisée ou TAG

-le trouble panique

-le trouble phobique

-le trouble obsessionnel compulsif ou TOC

-l'état de stress post-traumatique ou PTSD et les états de stress aigu.

Les attaques de panique et l'agoraphobie surviennent dans le cadre de plusieurs de ces troubles et ne sont pas considérées comme des troubles à part entière mais plutôt comme des syndromes qui servent à la construction d'autres troubles.

II/ les attaques de panique

Classiquement l'attaque de panique est une crise d'angoisse aiguë qui survient brutalement et sans raison apparente ; elle dure de 10 min à moins de 2H et se termine par une sensation de soulagement et une asthénie.

Les symptômes physiques dominent le tableau clinique : palpitations ; tachycardie ; sensation d'oppression et douleur thoraciques ; sueurs ; tremblements ; nausée ; vertiges ; contractures musculaires et pollakiurie.

A ces signes s'ajoutent des symptômes affectifs et cognitifs : peur d'un danger imminent ; peur de mourir ou de devenir fou ; dépersonnalisation avec déréalisation.

Diagnostic différentiel d'une attaque de panique :

- infarctus du myocarde
- crise d'asthme
- hypoglycémie
- hyperthyroïdie
- l'hyperventilation
- prolapsus de la valve mitrale
- intoxication à la caféine ou aux amphétamines

D'où la nécessité d'un bilan para clinique avant de retenir le diagnostic d'attaque de panique.

Un patient ayant connu une attaque de panique peut être sujet à des rechutes ; la répétitions régulière d'attaques de panique réalise le trouble panique.

III/ Le trouble panique

A/ Définition

Le trouble panique est caractérisé par la répétitions de plusieurs attaques de panique avec persistance entre les crises, sur une période d'au moins 1 mois, de la crainte de survenue de nouvelles attaques de panique (anxiété anticipatoire).

Une agoraphobie peut ainsi s'installer dans 30% des cas.

Le trouble panique touche surtout la femme entre 20 et 30 ans.

B/ Evolution

- Soit une atténuation puis une disparition des troubles.
- Soit une aggravation avec apparition d'une agoraphobie avec invalidité socioprofessionnelle ; d'un état dépressif avec conduites suicidaires ; d'abus d'alcool ; d'une automédication avec pharmacodépendance.
- Soit une rémission avec persistance d'une anxiété anticipatoire.

C/ Traitement

- Antidépresseurs : * tricycliques (clomipramine ou anafranil : 50 à 200 mg/24H) ; *ISRS (Fluoxétine ou prozac ; paroxétine ou deroxat). ** AD stimulant*
- Anxiolytiques : benzodiazépines (alprazolam ou xanax ; chlorazépatate dipotassique ou tranxène)

Lors de l'attaque de panique : par voie IM, puis relai peros pour une durée de 8 à 12 semaines, y compris la dépression.

- Psychothérapies : */de soutien */relaxation */cognitivo-comportementales qui visent à modifier la façon qu'a le patient à interpréter les données de son corps et celles de l'environnement.

IV/ Le trouble phobique

A/ Introduction-Définition

La phobie est une peur irrationnelle d'un objet, d'une situation ou d'une activité (objet phobogène), cette peur disparaît en l'absence de l'objet.

Le sujet a conscience du caractère excessif et absurde de ses craintes.

Il existe 3 types de phobies : les phobies simples ; les phobies sociales et l'agoraphobie.

B/ Les phobies simples ou phobies spécifiques

-le début est précoce entre 5 et 9 ans.

-c'est la peur persistante et intense face à un objet précis ou une situation spécifique (animaux, sang, injections, examens endoscopiques, bruit, orage, hauteurs, eau)

-l'évitement est facile.

-généralement, le malade n'a pas besoin de traitement médicamenteux ; les TCC sont indiquées si le trouble devient gênant.

C/ Les phobies sociales ou trouble anxiété sociale

Correspond à la peur d'être observé et soumis au jugement d'autrui dans des situations sociales, de performances ou de groupe : peur de parler en public ; de rougir en public ; de manger en public ; d'écrire en public, rencontrer une personne de sexe opposé, aller aux toilettes ou s'affirmer en face des autres.

C'est une peur d'être humilié, dévalorisé ou mal jugé.

Ces situations sont soit évitées soit vécues avec une anxiété intense.

D/ L'agoraphobie

C'est la peur de l'extérieur et des lieux publics et par extension de la foule, des transports en communs et des endroits fermés.

Le sujet a peur de se séparer d'un lieu sécurisant, généralement son domicile, et de se retrouver dans un lieu d'où il ne peut pas s'échapper ou on ne peut pas lui porter secours en cas d'attaque de panique.

Ces situations sont soit évitées, soit vécues avec une grande souffrance, soit nécessite la présence d'un accompagnateur (objet contre phobique).

Dans les formes sévères, elle devient invalidantes et le malade ne sort plus de chez lui.

E/ Traitement

- Antidépresseurs tricycliques ou ISRS.
- Benzodiazépines si les manifestations anxieuses sont importantes, avec une utilisation prudente et limitée dans le temps.
- Thérapies cognitivo-comportementales.

V/ Le trouble anxiété généralisée

A/ Description

L'anxiété généralisée est un état d'inquiétude permanente sans aucun événement extérieur qui l'explique et qui dure depuis au moins 6 mois.

Le sujet vit dans un état d'insécurité avec anticipation anxieuse.

Les troubles somatiques sont constants : asthénie, palpitations, contractures musculaires, sécheresse buccale, pollakiurie, céphalées.

S'accompagne d'une altération du fonctionnement social et professionnel.

B/ Evolution

Chronique se fait par des phases de rémissions et d'exacerbation des symptômes. Les complications sont à types d'états dépressifs avec conduites suicidaires, conduites addictives.

C/ Traitement

- Benzodiazépines : molécules à demi vie longue pour diminuer les prises quotidiennes (8 à 12 semaines max); parfois associées à un beta bloquant.
- ISRS
- TCC et apprentissage d'une technique de relaxation.

VI/ Le trouble obsessionnel compulsif

A/ Description

Ce sont des troubles caractérisés par le développement d'obsessions et/ou de compulsions qui parasitent la pensée et le comportement et deviennent souvent invalidantes.

Débute généralement à l'adolescence ; sa prévalence est de 2%.

Les 2 sexes sont touchés également.

- Les obsessions : définies comme l'intrusion anxieuse dans le champ de la conscience d'une idée, d'une image ou d'une représentation que le patient reconnaît comme émanant de sa propre activité psychique. Le patient en reconnaît le caractère absurde ; elles s'imposent et se répètent malgré tous les efforts faits pour s'en débarrasser.
- Les compulsions et les rituels : ce sont des actes et des comportements dont le caractère illogique est reconnu par le sujet mais qui ne peut s'empêcher d'accomplir sous peine de crise d'angoisse.

B/ Evolution

- Sans traitement, on estime que 1/3 des cas guérissent, 1/3 des cas s'améliorent ou ont des troubles intermittents et 1/3 des cas s'aggravent par une généralisation des obsessions ou des complications dépressives. (Pujol et Say 1968).
- Sous traitement, 60 à 80 % des cas s'améliorent, surtout s'il y a une bonne compliance thérapeutique et que le traitement est précoce.

C/ Traitement

Antidépresseurs tricycliques type clomipramine : 75 à 300 mg/24H ; ou ISRS type Fluoxétine : 20 à 60 mg/24H. Paroxétine 20 à 60 mg/24h.

Durée de 06 mois et si amélioration, diminution par paliers de 25% tous les 03 mois.

Le traitement est maintenu pendant au moins 18 mois en association aux TCC.

VII/ L'état de stress post traumatique ou PTSD

A/ Description

C'est un trouble survenant à la suite d'un événement soudain et violent (séismes, accidents graves, menaces de mort, torture, viol, enlèvement...)

Il existe souvent un temps entre l'évènement traumatisant et l'apparition du trouble : c'est la phase de latence.

Le trouble doit durer plus d'un mois.

La clinique comporte 3 principaux signes :

- Le syndrome de répétition : l'évènement traumatisant est constamment revécu à travers des flashbacks le jour et des cauchemars la nuit.
- Le syndrome d'évitement : le patient évite tous stimuli en rapport ou évoquant le traumatisme (pensée, conversation, situation) avec asthénie et repli sur soi.
- Le syndrome d'hypervigilance anxieuse : c'est un état d'alerte constant avec troubles de la concentration et du sommeil.

Tous ces symptômes s'accompagnent d'une réorganisation de la personnalité autour d'une régression narcissique avec dépendance affective et revendications.

B/ L'état de stress aigu

Correspond au même tableau mais dont la durée n'excède pas 1 mois et il doit survenir dans le mois qui suit l'évènement traumatisant.

C/ Traitement

- Pendant la période de latence : toute verbalisation est thérapeutique et permet d'éviter au processus pathogène de s'installer.
- Si le trouble est déclaré : psychothérapie de soutien ; TCC et chimiothérapie : ISRS et anxiolytiques, si besoin.