PREMIÈRE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 11 - **Synthèse clinique et thérapeutique**
De la plainte du patient à la décision médicale – urgences

Question 191
Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique

Rédaction : A Pelissolo, G Loas.

Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer une crise d'angoisse aiguë et une attaque de panique.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Introduction

La crise d'angoisse aiguë, dénommée attaque de panique dans les classifications actuelles, se rencontre fréquemment en psychiatrie, en médecine d'urgence et en médecine générale. Elle peut survenir dans de nombreux syndromes différents, sans réelle spécificité, comme dans les dépressions, certaines psychoses, des états d'intoxication, et surtout dans différents troubles anxieux et phobiques. Elle peut également survenir de manière isolée et ponctuelle, sans conséquence ni répétition. Mais les attaques de panique peuvent également constituer le signe central d'une pathologie sévère et chronique, dénommé trouble panique, qui est abordé dans le chapitre des troubles anxieux (module 3, question 41). L'objectif de l'examen d'un patient présentant, ou ayant présenté, une crise d'angoisse est donc de poser le diagnostic d'attaque de panique mais surtout de tenter d'en déterminer le contexte et dans certains cas la cause, afin de décider du traitement à court et long terme le plus adapté.

Sémiologie

Les attaques de panique correspondent à la survenue brutale d'une sensation de peur intense qui s'accompagne de symptômes psychiques, physiques et comportementaux (tableau 1). Le diagnostic repose avant tout sur le caractère paroxystique de ces manifestations, avec une intensité maximale atteinte en quelques secondes ou quelques minutes, et surtout sur l'impression de perte de contrôle totale que ressentent les patients qui y sont confrontés.

Symptômes psychiques

Les principaux symptômes psychiques sont la peur, l'angoisse, voire une réelle terreur ou panique. Ils peuvent s'accompagner, dans les formes sévères, d'une impression violente de dépersonnalisation (« je ne sais plus qui je suis, mon corps se transforme ») ou de déréalisation (l'environnement se modifie, dans ses formes ou ses couleurs par exemple). L'esprit est assiégé par des pensées catastrophiques : peur de s'évanouir, d'étouffer, d'avoir un accident cardiaque, et surtout de perdre le contrôle de soi (« devenir fou ») ou de mourir. La concentration sur une tache devient impossible, et la mémoire peut être fortement perturbée.

Symptômes physiques et comportementaux

Les signes physiques sont très polymorphes, les plus fréquents concernant la respiration (polypnée, dyspnée, sensation d'étouffement ou de blocage respiratoire) et le rythme cardiaque (palpitations, tachycardie), à côté de symptômes généraux : étourdissement, vertiges, sensation de dérobement des jambes, sueurs, bouffées de chaleur ou frissons, tremblements, secousses musculaires, douleurs ou gênes thoraciques ou abdominales, nausées, vomissement, diarrhée, impériosité mictionnelle, paresthésies. Certains signes peuvent être objectivés par l'examen clinique, comme une élévation de la tension artérielle systolo-diastolique, ainsi qu'une discrète augmentation de la température corporelle. Les signes physiques augmentent l'angoisse du patient, craignant un infarctus ou un autre accident fatal, ce qui ne fait que les augmenter en retour. L'hyperventilation est souvent à l'origine de nombreux autres symptômes (paresthésies, crispation, vertiges).

Le comportement du patient peut être aussi très variable : agitation désordonnée, fuite immédiate d'un lieu considéré comme dangereux, ou au contraire inhibition plus ou moins marquée, jusqu'à la sidération totale. A la différence des crises conversives d'agitation hystérique, les crises

d'angoisse s'accompagnent peu de manifestations spectaculaires et théâtrales, les sujets anxieux ayant le plus souvent tendance à dissimuler autant que possible leur gêne aux yeux des autres.

Évolution de la crise

L'évolution de chaque crise d'angoisse dépend de son étiologie et du contexte dans lequel elle survient. Le plus souvent, l'intensité des symptômes augmente très rapidement au départ, atteint un maximum puis un plateau qui peut durer quelques minutes ou plus, puis le calme revient progressivement avec persistance pendant un certain temps d'une grande fatigue ou d'une grande émotivité (larmes, instabilité émotionnelle). La durée totale des crise peut varier de quelques minutes à une heure, voire un peu plus, avec une moyenne autour de 20 à 30 minutes.

Formes particulières

Certaines attaques de panique ne comportent qu'un ou que quelques signes physiques isolés, comme des palpitations, des douleurs abdominales ou des vertiges. Leur diagnostic est alors difficile, et les patients consultent souvent de nombreux spécialistes avant que l'origine anxieuse ne soit évoquée, alors que ces crises peuvent être très gênantes et se répéter souvent.

Les crises dites de « spasmophilie » (ou de « tétanie »), terme utilisé uniquement en France, correspondent le plus souvent à des attaques de panique marquées par des manifestations respiratoires (hyperventilation), neuromusculaires (paresthésies, hypertonie) et comportementales. Elles ne correspondent en rien à un syndrome biologique spécifique, et ne doivent pas être traitées par magnésium, calcium ou vitamine D puisqu'il ne s'agit pas de réelles crises de tétanie, comme celles qui peuvent survenir chez des patients dénutris ou carencés.

Diagnostic étiologique

Les attaques de panique peuvent être de quatre types :
1/ complètement spontanées (sans facteur déclenchant et donc imprévisible),
2/ secondaires à des peurs préalables ou à un état psychologique particulier (anxiété phobique ou humeur dépressive par exemple),
3/ déclenchées par des événements traumatisants intenses, et
4/ favorisées par une prise de toxiques ou par une maladie organique. Les crises spontanées, quand elles se répètent, peuvent correspondre au trouble panique et se compliquer d'agoraphobie. La plupart des crises secondaires surviennent chez

des patients phobiques lors de la confrontation avec l'objet ou la situation redoutée (être enfermé pour un claustrophobe, devoir faire face à un public pour un phobique social, etc.).

De nombreuses substances sont susceptibles d'induire des attaques de panique, et leur recherche doit être systématique en cas de contexte évocateur : alcool, cannabis, cocaïne, hallucinogènes (LSD), amphétamines (ecstasy), solvants volatils, théophylline, phencyclidine, produits anticholinergiques, dérivés nitrés, préparations thyroïdiennes, corticostéroïdes, oxyde et dioxyde de carbone. Des crises peuvent être également induites par le sevrage de certaines substances : alcool, opiacés, caféine, benzodiazépines, certains anti-hypertenseurs.

Certaines pathologies somatiques aiguës peuvent comporter des symptômes anxieux, parfois au premier plan, ou mimer les symptômes habituels de l'anxiété :

- cardio-vasculaires : angor, infarctus, poussée d'insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, troubles du rythme ;
- pulmonaires : asthme, embolie pulmonaire ;
- neurologiques : épilepsie, notamment les crises temporales, crises migraineuses, maladie de Menière, accidents ischémiques transitoires, etc.
- endocriniennes : hypoglycémie, phéochromocytome, hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, hypoparathyroïdie, etc.
- autres : hémorragies internes, pancréatite, porphyrie, vertiges labyrinthiques, réactions anaphylactiques, etc.

Physiopathologie

La physiopathologie des attaques de panique n'est pas univoque, et différents facteurs biologiques et psychologiques peuvent se combiner. Au plan psychologique, des réactions liées à des interprétations « catastrophistes » de sensations internes (palpitations évoquant une crise cardiaque, vertiges évoquant une attaque cérébrale, etc.) ou de conditions extérieures (lieu clos, impossibilité de sortir, stress intense, etc.) contribuent à une perte de contrôle des émotions et à un véritable état de panique. Il se met en place un véritable cercle vicieux s'auto-renforçant car la peur aggrave les signes physiques qui eux-mêmes amplifient l'angoisse.

On sait par ailleurs qu'il existe des agents inducteurs biologiques permettant de déclencher des attaques de panique : le lactate de sodium, le dioxyde de carbone (CO_2), la cholécystokinine (et notamment le tétrapeptide cholécystokinine 4 (CCK_4) ainsi que des dérivés qui stimulent les systèmes noradrénergiques ou sérotoninergiques. Par l'intermédiaire de l'action de ces

agents inducteurs, des hypothèses physiopathologiques sont formulées : possibilité de l'existence d'une voie finale commune entre le CO_2, le lactate, le CCK_4 à travers le noyau du tractus solitaire qui module les fonctions cardiorespiratoires et existence probable de dysfonctionnements dans la régulation de neurotransmetteurs tels que la noradrénaline, la sérotonine, le GABA et la cholécystokinine.

Traitement

Conduite à tenir à court terme

L'examen somatique dans l'urgence est à adapter à la situation et aux premiers signes d'orientation, pouvant se limiter à une auscultation et à une prise de tension artérielle mais pouvant aller jusqu'à la réalisation d'examens complémentaires en urgence : électro-cardiogramme, examens sanguins, et recherche de toxiques au moindre doute.
Au plan psychopathologique, il est surtout important de recueillir le plus d'informations possibles sur les antécédents du patient et les circonstances de la crise, avec la contribution éventuelle de l'entourage. Une écoute attentive du discours du patient est naturellement indispensable, même sur une période courte, pour orienter le diagnostic étiologique.

Dans la plupart des cas, l'éloignement des facteurs anxiogènes extérieurs et la présence rassurante d'un professionnel permettent très rapidement de réduire l'intensité de la crise ou de la faire cesser. Si l'examen est en faveur de l'existence d'une pathologie organique associée à l'angoisse, il faut le préciser au patient et le prévenir des éventuels traitements et examens complémentaires prescrits. Dans le cas contraire, il est important également de le signaler au patient, sans conclure à l'absence de pathologie mais en pointant l'origine psychologique de son état, permettant d'attribuer à l'anxiété les symptômes physiques observés. Lui rappeler que la crise va naturellement céder et qu'en aucun sa vie n'est en danger est souvent indispensable.
Des méthodes simples permettent également de réduire les symptômes psychiques et physiques : défocaliser l'attention du patient des menaces externes ou de sensations internes anxiogènes, orienter cette attention vers un essai de détente d'une partie du corps comme les muscles du bras ou des épaules, et surtout modifier le rythme respiratoire. Celui-ci doit être le plus lent et le plus « superficiel » possible, bouche fermée et en s'aidant d'une respiration abdominale plutôt que thoracique. Les respirations amples et l'hyperventilation favorisent en effet l'hypocapnie responsable de nombre des symptômes somatiques.

Ces mesures permettent dans la très grande majorité des cas d'obtenir une interruption de la crise. Il faut ensuite expliquer au patient ce qu'il vient de vivre, compléter éventuellement l'examen somatique, et approfondir l'évaluation psychopathologique. En fonction de celle-ci, le patient sera orienté vers son médecin traitant ou vers un spécialiste en fonction de l'étiologie (traitement préventif dans un trouble panique par exemple).

La prescription médicamenteuse au cours de la crise d'angoisse elle-même doit être limitée autant que possible. Le patient ne doit pas en effet conserver en mémoire une issue uniquement « médicalisée » de sa crise, en évitant tous les actes les plus symboliques et les plus techniques (perfusions, injections, etc.). C'est ainsi qu'un meilleur contrôle du sujet sur son anxiété pourra être obtenu, dans la perspective d'éventuelles récidives, évitant de le rendre dépendant des structures de soin les plus lourdes.

Une administration médicamenteuse ne s'impose que lorsque la crise se prolonge malgré les méthodes énoncées ci-dessus, par exemple au-delà d'une demi-heure, ou que les symptômes sont très intenses (agitation psychomotrice très importante par exemple). La voie orale est à privilégier, car elle assure la meilleure biodisponibilité et rapidité d'action pour les produits anxiolytiques, et elle permet de limiter le caractère technique de l'acte. Les traitements disponibles dans le traitement aigu de l'anxiété sont essentiellement les benzodiazépines, par exemple :

- diazépam (Valium®), un comprimé à 5 ou 10 mg;
- alprazolam (Xanax®), un comprimé à 0,25 ou 0,50 mg;
- lorazépam (Témesta®), un ou deux comprimés à 1 mg.

L'effet anxiolytique, s'accompagnant éventuellement d'un effet sédatif (en fonction de la dose et de la sensibilité du sujet), est obtenu en 15 à 30 minutes environ. La surveillance concerne essentiellement la vigilance et la fonction respiratoire, surtout en cas de prise récente d'alcool ou d'autres toxiques, opiacés notamment.

La voie intra-musculaire est à réserver aux cas exceptionnels où la voie orale n'est pas accessible (agitation majeure, contracture de la mâchoire, troubles de la déglutition), avec par exemple :

- diazépam (Valium®), une ampoule à 10 mg;
- clorazépate dipotassique (Tranxène®), une ampoule à 20 mg.

La voie intra-veineuse ne doit pas être utilisée dans les crises d'angoisse aiguë.

Signes de gravité

En dehors des éventuels signes de gravité somatique qui peuvent être liés à la co-existence d'une pathologie organique, et qui doivent alors être pris en

charge en urgence par une unité de réanimation par exemple, certains signes de gravité psychiatrique (très rares) doivent être repérés :

- risque de raptus suicidaire
- risque d'hétéro-agréssivité
- sidération anxieuse
- répétition des crises
- pathologie associée : abus d'alcool ou de toxiques, troubles graves de la personnalité, épisode dépressif majeur, épisode délirant aigu, schizophrénie et autres psychoses chroniques.

Dans ce contexte une hospitalisation en milieu psychiatrique doit être envisagée, soit en hospitalisation libre si le patient reconnaît la nécessité des soins, est demandeur de soins et si son consentement est recevable ; soit en milieu psychiatrique spécialisé selon la loi du 27 juin 1990 (hospitalisation à la demande d'un tiers) si les troubles du patient rendent impossible son consentement aux soins.

Conduite à tenir à moyen et long terme

En cas de diagnostic avéré de trouble psychiatrique, et notamment de trouble anxieux chronique (trouble phobique, trouble panique, etc.), une prise en charge spécifique au long cours doit être mise en place. Elle combine en général un suivi psychiatrique régulier, une psychothérapie et en particulier une thérapie comportementale et cognitive, et un traitement médicamenteux préventif, le plus souvent un antidépresseur sérotoninergique (voir troubles anxieux : module 3, question 41).

Tableau I. Critères diagnostiques de l'attaque de panique selon la classification DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual, 4ème révision).

Période bien délimitée de crainte ou de malaise intense, durant laquelle au moins 4 des symptômes suivants se sont développés de façon brutale et ont atteint un pic d'intensité dans les 10 minutes : 1. Palpitations, sentiment de battement cardiaque ou accélération du rythme cardiaque 2. transpiration 3. tremblements ou secousses musculaires 4. sensations de "souffle coupé" ou d'étouffement 5. sensation d'étranglement 6. douleur ou gêne thoracique 7. nausée ou gêne abdominale 8. étourdissement, sensations d'instabilité ou d'évanouissement 9. déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (sentiment d'être détaché de soi) 10. peur de perdre le contrôle ou de devenir fou 11. peur de mourir 12. paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements) 13. bouffées de chaleur ou frissons