À l'aide!

Les troubles anxieux

Pierre Savard, MD, Ph D, Adrienne Gaudet, MD, et Julie Turcotte, MD, M Sc

Une personne sur quatre souffrira d'au moins un trouble anxieux durant son existence. Le plus fréquent est la phobie sociale, atteignant une prévalence à vie de 11 à 13 % selon les études.

Le diagnostic

« Si on trouve un trouble anxieux, il faut en chercher un autre ». Il est donc important d'évaluer tous les troubles anxieux (encadré page 83). La dépression, les abus d'alcool et les toxicomanies doivent être également évalués systématiquement.

Pour compléter l'interrogatoire

On ne soulignera jamais assez l'importance de toujours interroger le patient sur la dépression et la dysthymie; les personnes anxieuses souffrent pendant de longues années et, trop souvent, elles consultent seulement lorsqu'elles sont devenues déprimées.

Si le patient présente un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, il sera dirigé vers un centre spécialisé. Lorsque le problème de consommation sera maîtrisé, le traitement de l'anxiété pourra être entrepris.

Le traitement

La pharmacothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sont les seules approches thérapeutiques des troubles anxieux dont l'efficacité a été validé par la recherche scientifique. Chacune présente des avantages et des inconvénients et les deux approches peuvent être combinées pour traiter le patient.

La TCC

Afin de comprendre en quoi consiste la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), nous référerons le lecteur à différents articles parus antérieurement dans Le Clinicien. D'abord un article présente la TCC et des outils pratiques à utiliser au bureau, soit la psychoéducation, le registre des activités quotidiennes et la résolution de problèmes (Bouthillier, 2001, première partie); dans un deuxième article sont abordés l'exposition et la restructuration cognitive (Bouthillier, 2001, deuxième partie). Un autre article traite spécifiquement comment aider une victime de traumatisme (Brillon, 2002). La TCC du TAG est traitée dans un autre article (Dugas, 2004).

Tableau 1

La pharmacothérapie pour les troubles anxieux

	TPA	TAG	TOC	Phobie sociale	ÉSPT
ISRS					
Citalopram	20 à 40 mg	20 à 40 mg	20 à 60 mg	20 à 40 mg	20 à 40 mg
Fluvoxamine	100 à 200 mg	100 à 200 mg	150 à 300 mg	100 à 200 mg	100 à 200 mg
Fluoxétine	20 à 40 mg	20 à 40 mg	20 à 80 mg	20 à 40 mg	20 à 40 mg
Paroxétine	20 à 40 mg	20 à 40 mg	20 à 60 mg	20 à 40 mg	20 à 40 mg
Sertraline	50 à 100 mg	50 à 100 mg	50 à 200 mg	50 à 100 mg	50 à 100 mg
Venlafaxine	75 à 225 mg	75 à 225 mg	75 à 225 mg	75 à 225 mg	75 à 225 mg
Mirtazapine	30 à 45 mg	30 à 45 mg	———	30 à 45 mg	30 à 45 mg

Il s'agit des doses moyennes recommandées chez l'adulte (18 à 65 ans). Chez le patient âgé ou qui souffre d'insuffisance hépatique, les doses sont habituellement réduites de moitié.

TPA : trouble panique avec agoraphobie; TAG : trouble d'anxiété généralisée; TOC : trouble obsessionnel-compulsif; ÉSPT : état de stress post-traumatique; ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine.

Le **Dr Savard** est psychiatre et directeur de la Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

La **Dre Gaudet** est psychiatre, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

La **Dre Turcotte** est psychiatre, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Un progrès notable a été fait dans la rédaction en français de manuels de traitement destinés aux patients pour le TPA (Marchand, 2004), le TAG (Ladouceur, 2003); l'ÉSPT (Brillon, 2003).

La pharmacothérapie

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et la venlafaxine sont les traitements de premier choix dans le traitement des troubles anxieux (tableau 1).

La mirtazapine serait efficace selon certaines études, pour tous les troubles anxieux, sauf le TOC.

Les essais d'un ISRS ou de la venlafaxine doivent être d'au moins 10 semaines selon une dose thérapeutique. On recommande de viser une dose thérapeutique minimale puis de l'optimiser après 10 semaines, sauf si l'état du patient incite à un traitement plus vigoureux, comme la présence d'une comorbidité importante (encadré page 83).

Le diagnostic

1 Le trouble panique avec agoraphobie (TPA)

Le TPA se caractérise par des épisodes soudains d'anxiété avec des symptômes comme des palpitations, des sueurs, des tremblements, le souffle court et l'impression d'étouffer.

Le patient a peur des symptômes d'anxiété; il présente une intolérance aux sensations physiques. Ainsi, les palpitations lui font craindre de mourir d'une crise cardiaque et les symptômes de déréalisation de devenir fou ou de perdre le contrôle.

Il anticipe donc d'autres crises et évite certains endroits par crainte d'y revivre une attaque de panique et de ne pouvoir les quitter facilement. Il craint donc de demeurer seul à la maison, de circuler dans son quartier, d'aller à l'épicerie, au centre commercial, au cinéma ou dans les transports en commun.

2 La phobie sociale

Le patient atteint de phobie sociale craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante dans les situations sociales. Il a peur du jugement des autres. Il est donc très mal à l'aise dans les situations sociales ou les évite carrément. Participer à des activités de groupes, manger et boire en public, parler à un supérieur, assister à une soirée, travailler et écrire en étant observé, rencontrer des étrangers et parler à une réunion sont des exemples de situations qui peuvent être problématiques pour le patient atteint de phobie sociale.

3 Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Le TOC se caractérise par des pensées persistantes, récurrentes, envahissantes et inappropriées. Les obsessions les plus courantes concernent la contamination, le doute (peur de ne pas avoir éteint la cuisinière ni d'avoir bien fermé la porte à clé), la peur de commettre un acte agressif ou sexuel (phobie d'impulsion) et le besoin de symétrie.

La peur de ces pensées engendre de l'anxiété que le patient tente de diminuer en faisant des compulsions comme se laver les mains, vérifier à répétition les portes et fenêtres ou la cuisinière. Il existe aussi chez le ruminateur des compulsions mentales plus subtiles comme se distraire, analyser la pensée ou obtenir de l'assurance par un proche.

4 L'état de stress post-traumatique (ÉSPT)

Dans l'ÉSPT, le patient a vécu ou a été témoin d'une menace à son intégrité ou à celle d'autrui. Durant l'événement, il a vécu une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur. Les principaux traumatismes sont le viol, les expériences de combats, les agressions physiques, les accidents d'automobile ou la perte subite d'un proche. Un symptôme clé est la réexpérience du traumatisme sous la forme de rêves, de cauchemars ou de rétrospectives (*flashbacks*). Le patient a peur de revivre un traumatisme.

5 Le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Des inquiétudes excessives et difficiles à contrôler caractérisent le TAG. Les inquiétudes sont des pensées qui s'enchaînent au sujet d'évènements négatifs futurs. Le patient a donc peur du futur.

Au moins trois des symptômes doivent également être présents depuis au moins six mois : agitation interne, fatigabilité, difficulté à se concentrer ou trous de mémoire, irritabilité, tensions musculaires et perturbations du sommeil.

On constate que le diagnostic de TAG est rarement posé, bien que ces symptômes soient des raisons très fréquentes de consultation ou de plaintes.

La pharmacothérapie

1 TPA

Pour le TPA, la fluoxétine n'est pas recommandée, car ce médicament peut être stimulant en début de traitement. Les antidépresseurs doivent être débutés à la plus petite dose possible car le patient atteint de TPA est très sensible aux sensations physiques. Ainsi, le citalopram ou la paroxétine peuvent être débutés à 5 mg et la venlafaxine à une demi-capsule de 37,5 mg. Les doses sont progressivement augmentées sur une périodes de quelques semaines jusqu'à une dose minimale thérapeutique.

2 La phobie sociale

Les ISRS et la venlafaxine sont le traitement de premier choix de la phobie sociale. L'efficacité des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) dans le traitement de la phobie sociale est bien documentée. Cependant, compte tenu des restrictions alimentaires qu'ils exigent, les IMAO ne constituent pas un traitement de première intention.

Les bêtabloqueurs sont prescrits pour l'anxiété sociale de performance. Le propanolol (10 à 40 mg) ou l'aténolol (25 à 50 mg) sont administrés 1 à 2 heures avant une présentation, un concert ou un discours.

3 Le TOC

Une médication sérotoninergique doit être utilisée, soit un ISRS, de la venlafaxine ou de la clomipramine. Souvent, il est nécessaire d'administrer des doses plus élevées, surtout si le patient ne bénéficie pas de TCC. Avec la clomipramine, il faut surveiller étroitement le risque suicidaire, si l'on considère le risque de létalité en cas d'intoxication avec un tricyclique. Les ISRS et la venlafaxine sont donc les traitements de choix en première intention.

4 L'ÉSPT

La médication seule n'est habituellement pas suffisante pour traiter l'ÉSPT. Elle peut cependant être aidante lorsqu'elle est combinée à une démarche thérapeutique en TCC afin de diminuer certains symptômes d'hyperactivité ou l'insomnie ou pour traiter un état dépressif comorbide.

5 Le TAG

Les ISRS et la venlafaxine sont efficaces pour traiter le TAG. Les benzodiazépines sont utilisées pour traiter certains symptômes, soit l'insomnie et l'agitabilité.

À retenir...

- L'établissement d'un bon diagnostic est essentiel avant de traiter un trouble anxieux.
- Les troubles anxieux sont fréquents et présentent une comorbidité élevée.
- Les deux approches thérapeutiques efficaces sont la pharmacothérapie et la psychothérapie cognitivo comportemental.

Il est important d'aviser le patient que ses médicaments commenceront à agir sur l'anxiété après environ 4 semaines de traitement et que l'amélioration ne plafonnera qu'après au moins 10 semaines de traitement pour une dose thérapeutique donnée.

Après l'essai d'un ISRS et de la venlafaxine, une tentative de traitement avec la mirtazapine peut être envisagée. La médication est débuté à 30 mg, puisqu'à cette dose l'effet sédatif s'estompe plus rapidement. Si la médication augmente beaucoup l'appétit, cet effet indésirable peut être contrôlé en utilisant le topiramate (25 à 100 mg par jour). Un des avantages de la mirtazapine est l'absence de dysfonctionnement sexuel.

Les benzodiazépines sont de moins en moins utilisées en monothérapie vu les risques de dépendance avec cette classe de médicaments. Le clonazépam peut être initié à des doses de 0,25 à 0,50 mg, 2 à 3 fois par jour dans le TPA, le TAG et la phobie sociale. En combinaison avec les ISRS ou la venlafaxine, le clonazépam peut être graduellement retiré lorsque l'antidépresseur commence à être efficace.

Pendant combien de temps doit-on traiter un patient atteint de troubles anxieux?

Le traitement pharmacologique est poursuivi sur une période de 6 à 12 mois après la rémission. Si le patient n'a pas bénéficié de TCC, le traitement devra probablement être prolongé. Il en est de même s'il existe une comorbidité importante, surtout en présence d'une dysthymie ou d'une récidive d'une dépression majeure.

Et si le trouble anxieux persiste?

Si la TCC est disponible, un patient qui s'est amélioré partiellement avec la médication pourrait bénéficier de cette approche psychothérapeutique. De la même façon, un patient qui plafonne avec la TCC pourra bénéficier de l'approche médicamenteuse. Il faut savoir que certains symptômes répondent mieux à une approche : par exemple, l'évitement de l'agoraphobie s'améliore davantage avec la TCC. Pour le stress post-traumatique, la TCC paraît difficilement contournable.

Si la TCC n'est pas disponible, la médication antidépressive peut être augmentée aux doses maximales tolérables. Si les gains ne sont pas satisfaisants, un essai avec un autre antidépresseur ayant un mécanisme d'action différent serait indiqué.

Il n'existe pas de références sur les combinaisons d'antidépresseurs ayant des mécanismes d'action différents.

À ce stade, une consultation avec un spécialiste est certes appropriée.

À chaque étape, il convient de se poser des questions à nouveau sur le diagnostic. Est-ce qu'une autre maladie à l'axe I, II ou III pourrait mieux expliquer le tableau clinique ou le compliquer? *Clin*

Références disponibles — contactez *Le Clinicien* à : **clinicien@sta.ca**