

Les troubles anxieux

Diagnostiquer et traiter efficacement



Pierre Savard, M.D., Ph.D., Éric Bugeaud, M.D., Thu Van Dao, M.D. et Julie Turcotte, M.D., M.Sc.
Clinique des troubles anxieux, Hôpital Sacré-Cœur de Montréal

Article tiré de la conférence *Les troubles anxieux : diagnostic et traitement* présentée le 21 avril 2011 dans le cadre de la formation médicale continue donnée à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

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

Les coûts de santé que les troubles anxieux entraînent sont énormes. Ils prédisposent à développer des dépressions, des abus d'alcool et de substances, et sont de plus en plus identifiés en tant que facteurs de risque importants de maladies physiques comme les problèmes cardiovasculaires.

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

Diagnostiquer un trouble anxieux

« Si on trouve un trouble anxieux, il faut en chercher un autre. » Il est donc important d'évaluer tous les troubles anxieux (Tableau 1). Il faut également questionner la dépression et la dysthymie; les personnes anxieuses souffrent pendant de longues années, et trop souvent consultent seulement lorsqu'elles sont devenues dépressives. La dépression est souvent accompagnée de symptômes anxieux. Pour éviter de surdiagnostiquer des troubles anxieux, il faut donc se questionner sur la présence de symptômes anxieux avant la dépression.

L'alcoolisme et les toxicomanies doivent également être évalués systématiquement. Lorsque le problème de consommation est maîtrisé, le patient peut entreprendre le traitement de l'anxiété.

Traiter de la manière la plus efficace

La pharmacothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sont les seules approches thérapeutiques validées par la recherche scientifique. Chacune présente des avantages et des inconvénients.

Tableau 1

Caractéristiques des différents troubles anxieux

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 ou le souffle court.

Le patient a peur de mourir, de perdre le contrôle ou de devenir fou. Il anticipe d'autres crises et évite certaines situations comme de circuler dans son quartier, d'aller à l'épicerie, au centre commercial, au cinéma ou d'utiliser les transports en commun.

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Des inquiétudes excessives et difficiles à contrôler sur différents thèmes (sa santé, la santé des proches, l'argent, etc.) caractérisent le TAG. Au moins trois de ces symptômes doivent être présents depuis plus de six mois : agitation, fatigabilité, difficulté à se concentrer ou trous de mémoire, irritabilité, tensions musculaires et perturbations du sommeil.

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Le TOC se manifeste par des pensées persistantes, récurrentes; les obsessions les plus fréquentes concernent la contamination, le doute (peur de pas avoir éteint la cuisinière, de ne pas avoir fermé les robinets ou bien verrouillé la porte) peur de commettre un geste agressif ou sexuel (phobie d'impulsion). Ces obsessions engendrent de l'anxiété que le patient tente de diminuer en faisant des compulsions comme se laver à répétition les mains ou vérifier à répétition la cuisinière ou les robinets.

Phobie sociale

Le phobique social craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante dans les situations sociales. Il a peur du jugement des autres. Il est donc très anxieux dans ces situations ou les évite carrément. Participer à des activités de groupe, manger et boire en public, parler à un collègue ou à un supérieur, assister à une soirée, parler à une réunion sont souvent des situations problématique pour ces patients.

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. Il a alors ressenti une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur. Les principaux traumatismes sont la violence conjugale, les agressions physiques, le viol, les accidents automobiles et les expériences de combats chez les militaires. Un symptôme important pour faire le diagnostic est de revivre le traumatisme sous la forme de rêves, de cauchemars ou de retours en arrière (*flashbacks*).

Phobie spécifique

Une peur marquée et excessive de prendre l'avion, la peur des hauteurs, de certains animaux, de recevoir une injection ou de voir du sang sont des exemples de phobies spécifiques.

Encadré 1

Lectures suggérées pour le traitement des patients selon leur trouble

1. **TPA** : MARCHAND, André, et Andrée LETARTE. *La peur d'avoir peur*, Montréal, Éditions Stanké, c2004.
2. **TAG** : LADOUCEUR, Robert, Lynda BÉLANGER et Éliane LÉGER. *Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien*, France, Éditions Odile Jacob, c2008.
3. **TOC** : SAUTERAUD, Alain. *Je ne peux m'arrêter de laver, vérifier, compter. Mieux vivre avec un TOC*, France, Éditions Odile Jacob, c2002.
4. **Phobie sociale** : MACQUERON, Gérard, et Stéphane ROY. *La timidité. Comment la surmonter*, France, Éditions Odile Jacob, c2004.
5. **ÉSPT** : BRILLON, Pascale. *Se relever d'un traumatisme. Réapprendre à vivre et à faire confiance*, Montréal, Éditions Québecor, c2010.

La TCC

Le problème principal avec la TCC est l'accessibilité; avec la pharmacothérapie, les rechutes à l'arrêt du traitement sont élevées. Les deux approches peuvent être combinées pour traiter le patient.

Il existe en français de bons manuels de traitement pour le patient. L'Encadré 1 présente ceux utilisés dans notre clinique. Un suivi avec un psychologue est nécessaire dans cette démarche thérapeutique.

La pharmacothérapie

Les antidépresseurs

Les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) et les IRSN (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) sont les traitements de premier choix des troubles anxieux (Tableaux 2 et 3). La duloxétine a l'indication pour l'anxiété généralisée. Le métabolite actif de la venlafaxine, la desvenlafaxine, n'a pas encore été évalué dans les troubles anxieux.

Les antidépresseurs exercent habituellement leurs effets anxiolytiques plus tardivement que leurs effets antidépresseurs : il est donc important d'informer le patient que ces médicaments peuvent prendre de deux à quatre semaines pour agir et atteindre un plateau thérapeutique après 8 à 10 semaines. La médication débute à une demi-dose minimale efficace; après une semaine, on augmente la médication à la dose minimale efficace. Après 8 à 10 semaines, on peut l'optimiser si la réponse est partielle.

Au moins deux études contrôlées ont validé l'efficacité de la quétiapine et de la prégabaline dans l'anxiété généralisée. Ces médicaments représentent donc des

Tableau 2

La pharmacothérapie à utiliser selon le trouble anxieux

TPA	Les antidépresseurs doivent débiter à petite dose, comme 5 mg par jour de citalopram ou une demi-capsule de 37,5 mg par jour de venlafaxine, car les patients atteints par ce trouble sont particulièrement sensibles aux effets secondaires. On augmente progressivement les doses jusqu'à une dose minimale thérapeutique.
TAG	Les ISRS, la venlafaxine, la duloxétine, la prégabaline ou la quétiapine sont efficaces pour traiter le TAG. Les benzodiazépines sont utilisées pour traiter certains symptômes comme l'insomnie et l'agitation.
TOC	Une médication sérotoninergique doit être utilisée, soit un ISRS, 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 considérant le risque de létalité avec un antidépresseur tricyclique.
Phobie sociale	Les ISRS et la venlafaxine sont les premiers choix. L'efficacité des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) est bien documentée. Cependant, compte tenu des restrictions alimentaires qu'ils exigent, les IMAO ne constituent pas un traitement de première intention. Les β -bloqueurs sont prescrits pour l'anxiété sociale de performance : le propranolol (10 à 40 mg) ou l'aténolol (25 à 50 mg) sont administrés une à deux heures avant une présentation, un concert ou un discours.
ÉSPT	La médication seule n'est habituellement pas suffisante pour traiter l'ÉSPT. Elle peut cependant être aidante lorsqu'elle est combinée à une TCC. Des études intéressantes sont en cours pour confirmer l'efficacité du propranolol pour traiter la mémoire traumatique.
Phobie spécifique	La médication n'est pas indiquée pour traiter la phobie spécifique. Le traitement est l'exposition systématique.

alternatives intéressantes aux antidépresseurs pour le traitement de l'anxiété généralisée. Les doses utilisées sont de 150 à 300 mg par jour de quétiapine à libération prolongée et de 300 à 600 mg par jour de prégabaline.

Les benzodiazépines

Les benzodiazépines sont de moins en moins utilisées considérant les risques de dépendance avec cette classe de médicaments. Le clonazépam peut être initié à des doses de 0,25 à 0,50 mg, deux à trois fois par jour dans le TPA, le TAG et la phobie sociale lorsqu'un soulagement rapide est désiré. En combinaison avec les antidépresseurs, 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 pour 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 récurrence de dépression majeure.

Tableau 3

Psychopharmacologie des troubles anxieux

Médicament	Doses (mg)	TPA	TAG	TOC	Phobie sociale	ÉSPT
Citalopram	20-40*	I	4	2	2	3
Escitalopram	10-20	I	I	2	I	3
Fluoxétine	20-80	I	3	I	?	I
Fluvoxamine	100-300	I	0	I	I	3
Paroxétine	20-60	I	I	I	I	I
Sertraline	50-200	I	I	I	I	I
Venlafaxine	75-375	I	I	2	I	I
Desvenlafaxine	50-100	0	0	0	0	0
Duloxétine	60-120	3	I	4	3	3
Bupropion	100-300	3	2 (XL)	0	3	3
Mirtazapine	15-45	2	3	2	2	2

* Des doses supérieures à 40 mg de citalopram ont été associées à des torsades de pointe.

Légende : 1. Au moins deux études contrôlées; 2. Au moins une étude contrôlée; 3. Études non contrôlées de 10 sujets ou plus; 4. Cas rapportés; 0. Pas d'évidence; ?. Résultats contradictoires.

Adapté de *Can J Psychiatry* 2006 Jul; 51(8 Suppl 2):9S-91S.

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 thérapeutique. Il faut savoir que certains symptômes répondent mieux à cette approche, comme l'évitement chez l'agoraphobe et le phobique social. Pour le stress post-traumatique, la TCC nous apparaît difficilement contournable. De la même façon, un patient qui plafonne avec la TCC pourrait bénéficier de l'approche médicamenteuse.

Si la TCC n'est pas disponible, on doit augmenter la médication. Si, après cette étape, les gains ne sont pas satisfaisants, un essai avec un autre antidépresseur sera indiqué. Une autre possibilité est une consultation auprès d'un psychiatre.

À chaque étape, il convient de se questionner sur le diagnostic. Est-ce que d'autres maladies aux axes I, II et III pourraient mieux expliquer le tableau clinique, ou le compliquer?

À chaque étape, il convient de se questionner sur le diagnostic. Est-ce que d'autres maladies aux axes I, II et III pourraient mieux expliquer le tableau clinique, ou le compliquer?