

**5^{ème} Journées
Pharmacopsy Alsace**

**PSYCHOPHARMACOLOGIE
DES TROUBLES ANXIEUX,
COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES**

Centre Hospitalier d'Erstein

15 octobre 2021

8h30 - 17h00

Tableau réalisé par les ATSE du CH Erstein

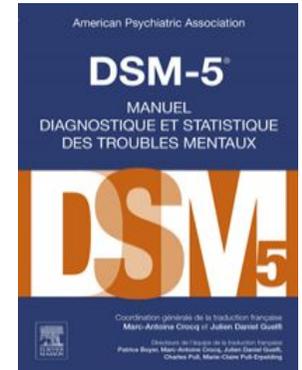
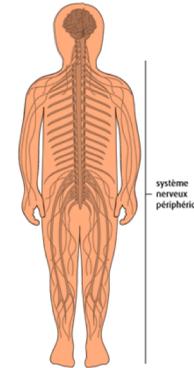
Le trouble panique

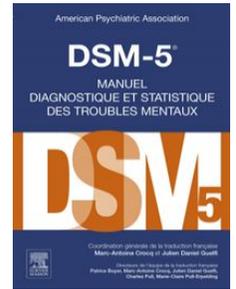


- **Attaques de panique inattendues récurrentes.**

- Une attaque de panique est une **montée soudaine de peur ou de malaise intense qui atteint un pic en quelques minutes**, et durant laquelle 4 (ou +) des symptômes suivants se produisent :

- Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
- Transpiration.
- Tremblements ou secousses.
- Sensations d'essoufflement ou d'étouffement.
- Sensation d'étranglement.
- Douleur ou gêne thoraciques.
- Nausées ou gêne abdominale.
- Sensation de vertige, d'instabilité, d'étourdissement, ou de faiblesse.
- Frissons ou sensations de chaleur.
- Paresthésie (engourdissement ou picotement).
- Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (impression d'être détaché de soi).
- Peur de perdre le contrôle ou de « devenir fou ».
- Peur de mourir.





- Au moins une des attaques a été suivie de l'un ou l'autre de ce qui suit :
 - **Préoccupation persistante ou inquiétude concernant de nouvelles attaques de panique** et leurs conséquences (par exemple, peur de perdre le contrôle, d'avoir une crise cardiaque, de « devenir fou »).
 - **Changement significatif inadapté de comportement lié aux attaques** (par exemple, des comportements visant à éviter d'avoir des attaques, comme l'évitement de l'exercice ou des situations peu familières).

Diagnostic différentiel

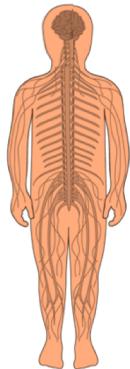


- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par ex drogue, médicament) ou à une autre condition médicale (par ex hyperthyroïdie, troubles cardio-pulmonaires).
- La **perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental**
par ex, les attaques de panique ne se produisent pas seulement en réponse à des situations sociales redoutées = **trouble d'anxiété sociale / phobie sociale** ;
en réponse à des objets ou des situations phobiques circonscrits = **phobie spécifique** ;
en réponse à des obsessions = **TOC** ;
en réponse à des rappels d'événements traumatiques = **PTSD** ;
en réponse à la séparation d'avec les figures d'attachement = **anxiété de séparation**

Sous-types de trouble panique

4 sous-types sont fréquemment rapportés :

- 1) cardiaque
- 2) respiratoire
- 3) gastro-intestinal
- 4) vestibulaire



systeme
nerveux
périphérique

The Interface



PANIC DISORDER SUBTYPES: Deceptive Somatic Impersonators

by Randy A. Sansone, MD, and Lori A. Sansone, MD

Psychiatry (Edgemont) 2009;7(8):33-37

Le concept d'attaques de panique au XIX^{ème}

1871 : J. Da Costa décrit un syndrome « de cœur irritable ».

⇒ Syndrome de Da Costa a été caractérisé période ou apparaît **différentes sensations désagréables avec des vertiges, de la dyspnée et des palpitations, une oppression thoracique et de l'anxiété.**

1872 : Westphal : série de patients dont le problème anxieux : attaque **d'anxiété, incapacité à marcher dans certaines rues ou de traverser des places publiques + tendance → généralisation des inhibitions comportementales**

⇒ Westphal décrit cet état comme de l'« agoraphobie »

Trouble panique avec ou sans agoraphobie

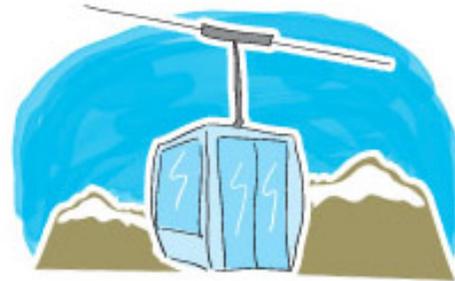


agoraphobie

situations phobogènes



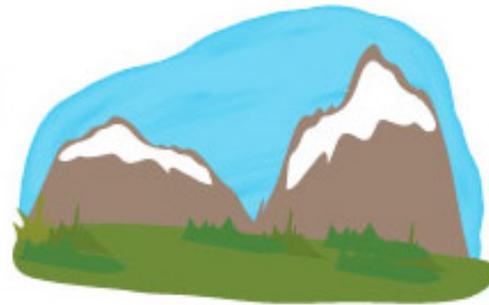
grands
espaces



espaces
clos



lieux
publics



être
seul

Comment on traite le trouble panique ?

TRAITEMENTS DE L'AIGU

Courte durée (peut être de plusieurs semaines/mois + Sy versus SB)
Pour l'attaque de panique elle-même

TRAITEMENTS CHRONIQUES

Prolongés sur plusieurs mois (ou années)
Pour le trouble panique

(visée « prophylactique » = éviter la récurrence des attaques de paniques)

Traitements avec indications mixtes EDM & troubles anxieux (France)

		TO C	Trouble panique (AP / TP)	Trouble « anxiété sociale » (phobie sociale)	TAG	SSPT	Autres indications
ISRS	Paroxétine						
	Citalopram						
	Escitalopram						
	Fluoxétine						*
	Fluvoxamine						
	Sertraline						
IRSNa	Venlafaxine						
	Duloxétine						
Imipraminiques	Clomipramine					**	

* **Boulimie** en complément d'une psychothérapie, indiqué dans la diminution de la fréquence des crises de boulimie et des vomissements ou prise de laxatifs.

** **Certains états dépressifs apparaissant lors des schizophrénies**, en association avec un traitement neuroleptique + **douleurs neuropathiques** de l'adulte

Recos internationales sur les traitements des troubles anxieux

		TOC	Trouble panique	Trouble « anxiété sociale »	TAG	SSPT
ISRS	Paroxétine	A/1	A/1	A/1	A/1	A/1
	Citalopram		A/1	B/3		
	Escitalopram	A/1	A/1	A/1	A/1	
	Fluoxétine	A/1	A/1			A/1
	Fluvoxamine	A/1	A/1	A/1		
	Sertraline	A/1	A/1	A/1	A/1	A/1
IRSNa	Venlafaxine		A/1	A/1	A/1	A/1*
	Duloxétine				A/1	
Imipraminiques	Clomipramine	A/2	A/2			
	Amitriptyline					B/3
	Imipramine		A/2			B/3
Gabapentinoïdes	Prégabaline				A/1	
	Gabapentine			B/3		
IMAOs	Phénelzine		B/3	A/2		
Benzodiazépines	Alprazolam		A/2			
	Clonazépam		A/2	B/3		
	Diazépam		A/2		A/2	
	Lorazépam		A/2		A/2	
Antipsychotiques	Quétiapine				A/1	
	Rispéridone					B/3
Autres	Mirtazapine	B/3				B/3
	Hydroxyzine				A/2	
	Opipramol		B/3			



Long-Term Pharmacological Treatments of Anxiety Disorders: An Updated Systematic Review

Giampaolo Perna^{1,2,3} · Alessandra Alciati¹ · Alice Riva¹ · Wilma Micieli¹ ·
Daniela Caldirola¹

Paroxétine, escitalopram + clonazépam efficace dans le TP au long cours...

MAIS QUID de l'utilisation à long terme des benzodiazépines dans la MP

- tolérance/dépendance ?
- effets secondaires cognitifs ?

⇒ Au total pertinence **antidépresseurs + benzodiazépines « haut potentiel » en systématique court terme (alprazolam) + en « si besoin » raisonné (ETP+++)** au long cours ?

Dans un monde idéal...

- PAROXETINE ou ESCITALOPRAM
- ALPRAZOLAM systématique + faible dose possible sur 1mois ½
(temps d'efficacité /optimisation antidépresseur)
= en informant d'emblée de la perspective de la décroissance
= arrêt lentement progressif sur 1 mois ½ (voir +)

REVIEW

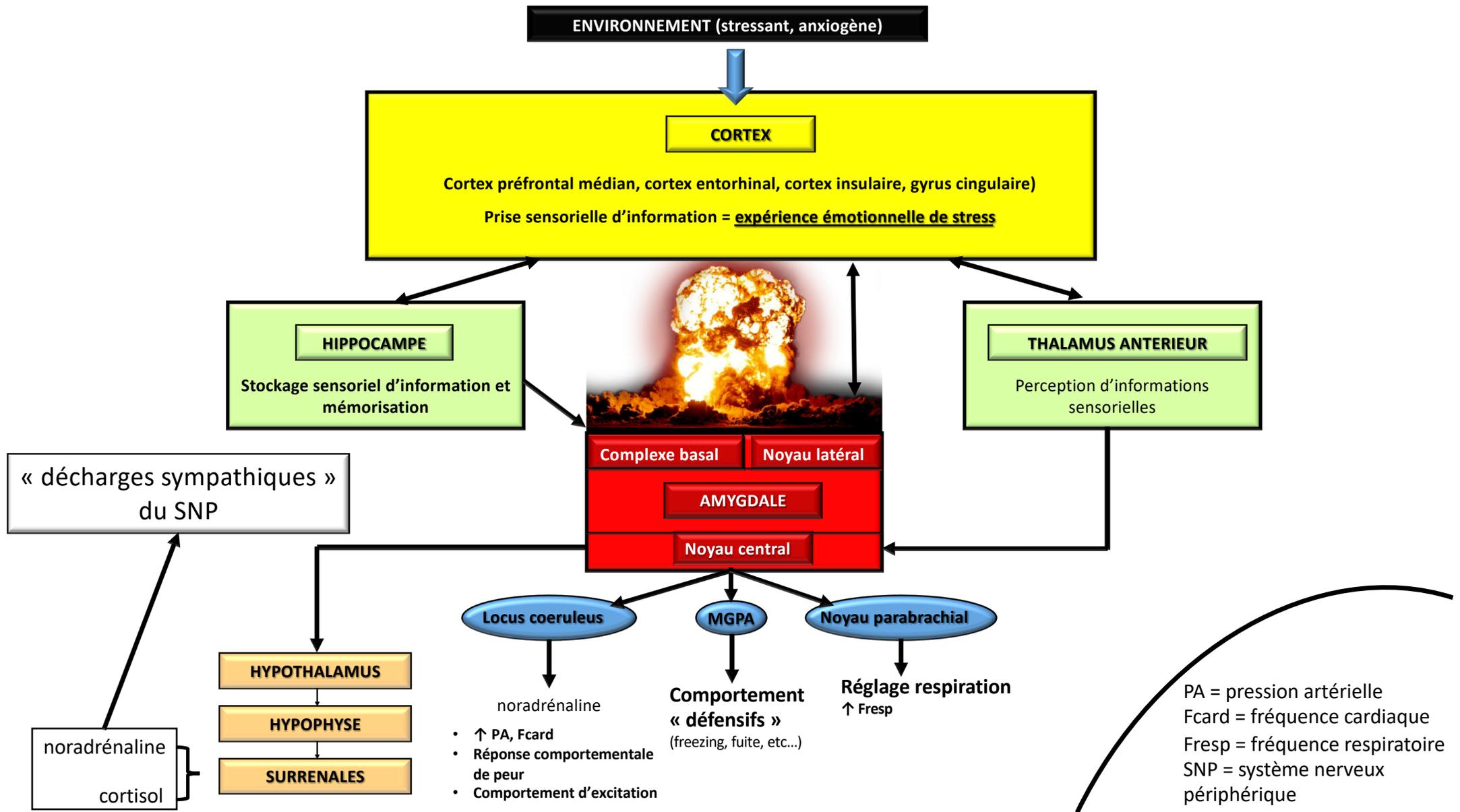
Treatment-resistant panic disorder: a systematic review

Rafael C. Freire , Morena M. Zugliani, Rafael F. Garcia and Antonio E. Nardi

Laboratory of Panic and Respiration, Institute of Psychiatry, Federal University of Rio de Janeiro and National Institute for Translational Medicine (INCT-TM), Rio de Janeiro, Brazil

- TCC (12 séances) associée à des antidépresseurs ou des anxiolytiques démontré une certaine efficacité dans la TP résistant au traitement.
- Preuves préliminaires de l'efficacité en monothérapie avec la réboxétine et l'**olanzapine**.
- Preuves d'efficacité pour le traitement combiné (court terme) avec pindolol, **valproate, aripiprazole ou olanzapine** avec traitements « panicolytiques » bien établis (antidépresseurs avec indication).

Neurobiologie/neuroanatomie du trouble panique





Un réseau de la peur, centré sur l'amygdale, qui est « dérégulé »

Voies hautes du réseau = expérience émotionnelle du stress : cortex

Voies intermédiaires du réseau = perception, transfert, stockage de l'information sensorielle : thalamus antérieur et hippocampe

CARREFOUR DU RESEAU = amygdale

Voies basses du réseau = expression émotionnelle du stress : noyaux du tronc cérébral et hypothalamus

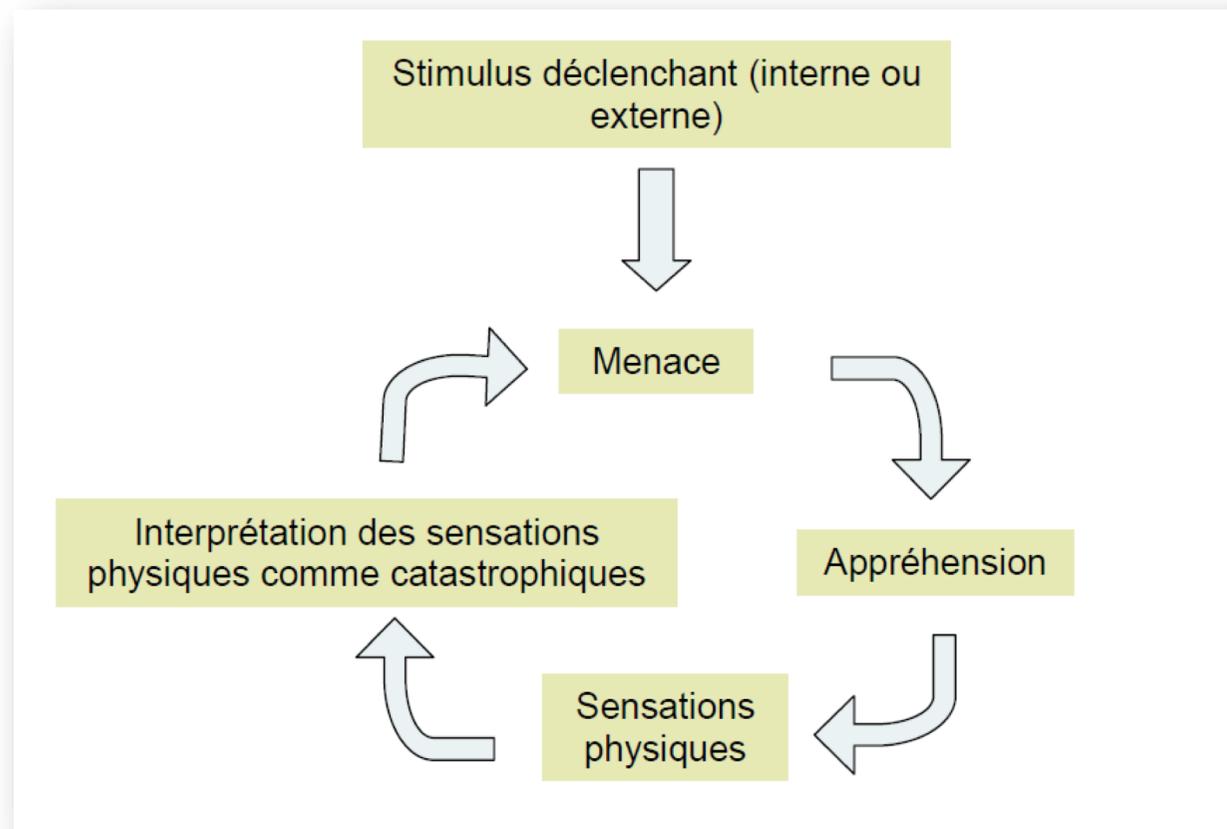
Modèles cognitivo-comportementaux de l'attaque & du trouble panique

- Comprendre l'enchaînement des événements psychologiques qui concourent
 - à faire émerger une attaque de panique
 - & à pérenniser le dysfonctionnement de perception du danger dans le cadre du trouble panique....

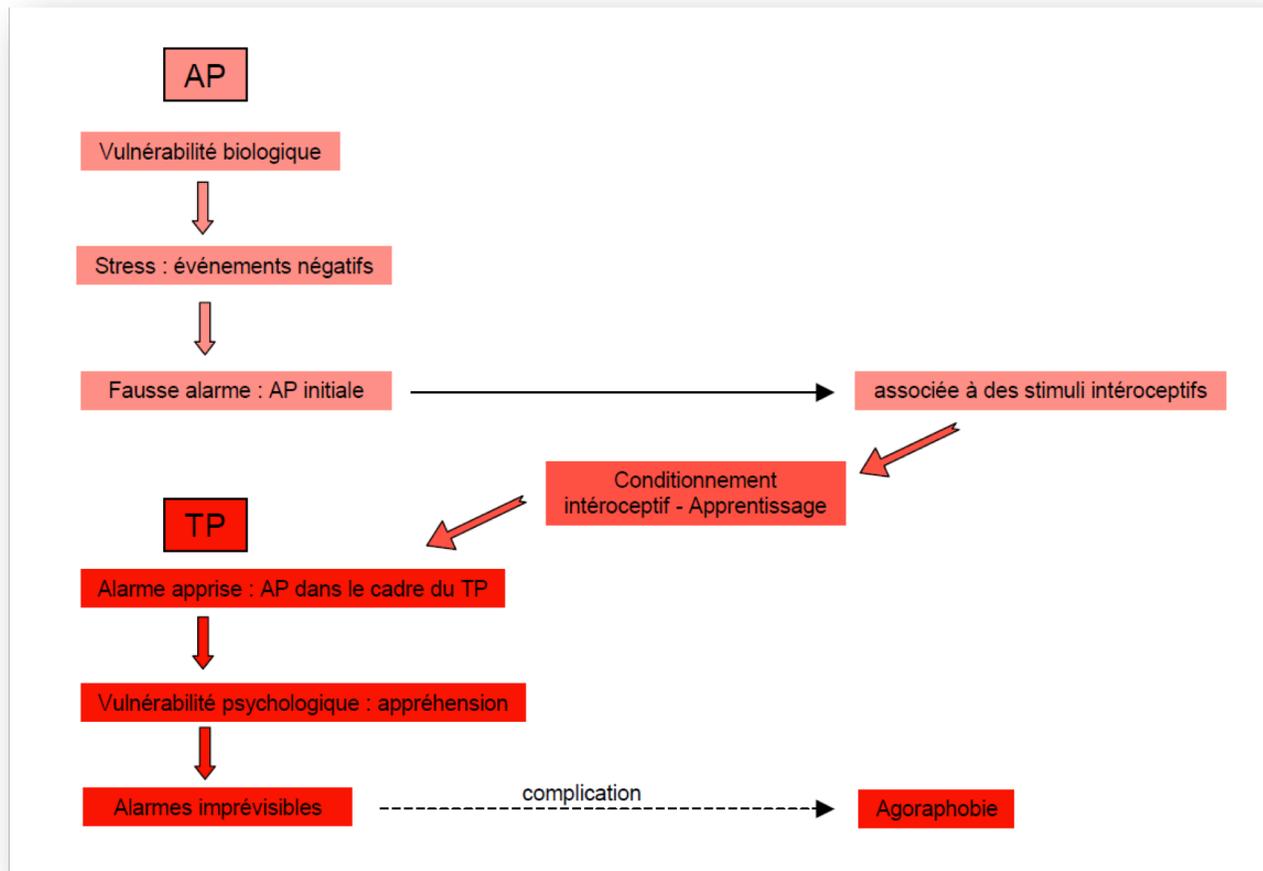
Hypothèse cognitive : Phobies et attaques de panique (Beck et Emery, 1985)

- **Schémas cognitifs :**
 - Sélectionnent les stimuli intéroceptifs et extéroceptifs uniquement dans leurs virtualités de danger
 - Stockés dans la mémoire à long terme
- **Distorsions cognitives (inférences arbitraires) :**
 - Aboutissent à un traitement erroné de l'information concernant la sécurité et le danger
 - Magnification du danger
 - Minimisation de la sécurité
- **Evènements cognitifs :**
 - Monologues intérieurs et images mentales qui traduisent l'anticipation du danger : peur de mourir, de devenir fou ou de perdre le contrôle de soi.

Schématisation du modèle cognitif de l'attaque de panique de Clark (d'après Clark, 1986)

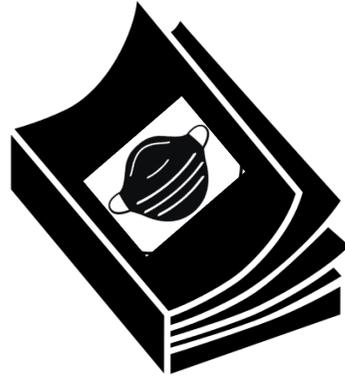


Modèle dit « intégratif » de Barlow (1988) : schématisation du continuum attaque & trouble panique



En quoi ces modèles cognitifs sont importants ?

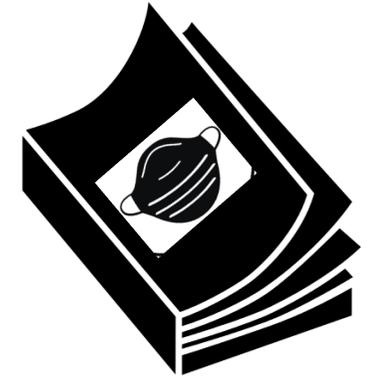
- Compréhension sur les mécanisme sous-jacents, entretenus
- « l'efficacité » rapide (apaisement aigu) des benzodiazépines peut :
 - Conduire à une pharmacodépendance évidente
 - Diminuer l'efficacité de la psychothérapie (retarder d'engagement, abandon, etc...)



Panique & pandémie

Quand l'ambiance devient
suffocante...

Références



L'Encéphale 46 (2020) S93–S98

Disponible en ligne sur  www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

ELSEVIER

Revue de la littérature

Panique et pandémie : revue de la littérature sur les liens entre le trouble panique et l'épidémie à SARS-CoV-2

Panic and pandemic: Review of the literature on the links between panic disorder and the SARS-CoV-2 epidemic

H. Javelot^{a,*,b,1,2}, L. Weiner^{c,d}

^a Établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN), Brumath, France
^b Laboratoire de toxicologie et pharmacologie neurocardiovasculaire, université de Strasbourg, Strasbourg, France
^c Clinique de psychiatrie, CHU de Strasbourg, Strasbourg, France
^d Laboratoire de psychologie des cognitions, université de Strasbourg, Strasbourg, France



Respiratory Physiology & Neurobiology 282 (2020) 103530

Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.sciencedirect.com)

ELSEVIER

Respiratory Physiology & Neurobiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resphysiol

COVID-19 and its psychological consequences: Beware of the respiratory subtype of panic disorder

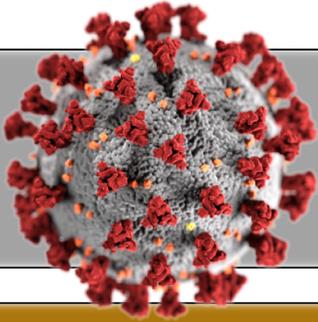
Hervé Javelot^{a,*}, Luisa Weiner^b, Coraline Hingray^c, Rafael C. Freire^d, Antonio E. Nardi^e



COVID-19

Toux 59-82%

Dyspnée 31-55%



A risque d'évolution défavorable ?

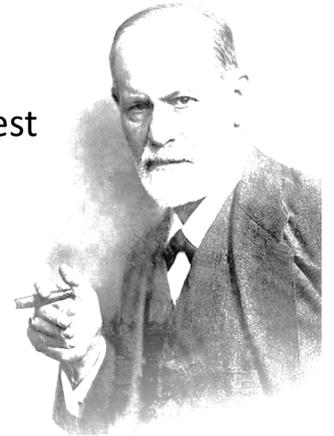
Crainte évolution vers un syndrome de détresse respiratoire aiguë ?

Risque de développement d'attaques de panique « respiratoires »



Attaques-trouble panique & composante respiratoire

« on rencontre souvent le souvenir d'une attaque d'angoisse et en vérité, ce que redoute le malade, c'est l'événement d'une telle attaque dans les conditions spéciales où il croit ne pouvoir y échapper »
1895



1^{ères} théories « peur d'avoir peur » : Goldstein & Chambless (1978)

- Cognitions anticipatoires
- Focalisation somatiques

Modèles cognitifs ultérieurs = **hypervigilance**
/ sensations physiques (conditionnement intéroceptif)

- Réaction d'alarme apprise
- Réaction physiologique adaptative à un « stressueur »,
- Répétition d'attaques de panique dans le trouble panique

Cognition - Attaques-trouble panique & composante respiratoire

Klein (1993)



Théorie de la fausse alarme de suffocation

« moniteur » central de la suffocation (Deakin & Graeff)
⇒ signale un manque d'air déclenchant un système d'alarme

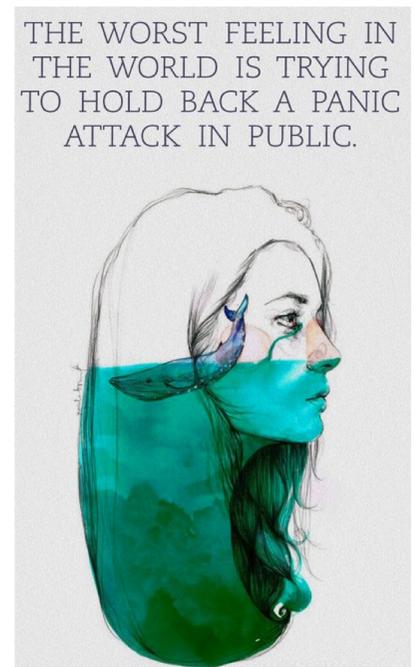


PTSD & trouble panique : une réconciliation conditionnée ?

- PTSD versus trouble panique
- Ronald Ley :
1^{ère} « classification » des troubles paniques
= panique, de type 1 = « respiratoire »
= « **spontanée** » et survenant « **à l'improviste** » ?
= non conditionné ?

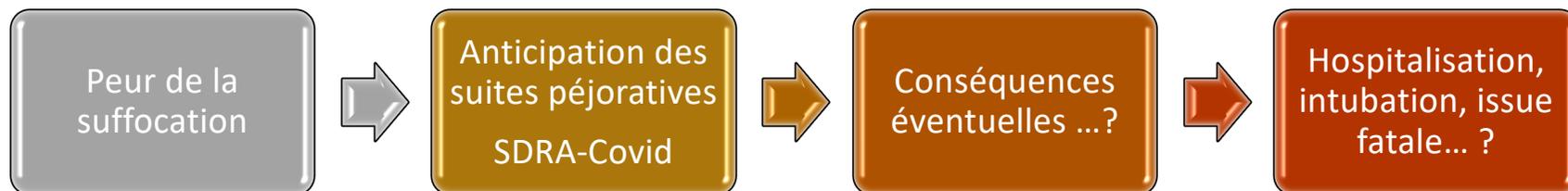
PTSD & trouble panique : une réconciliation conditionnée ?

- Mais ... évolution conceptuelle avec conditionnement intéroceptif ?
- & aussi... Bouwer & Stein (AJP, 1997)



Trouble panique & COVID-19

- Symptômes respiratoires rapportés par les patients sont
 - fréquents
 - vécus comme hautement anxiogènes



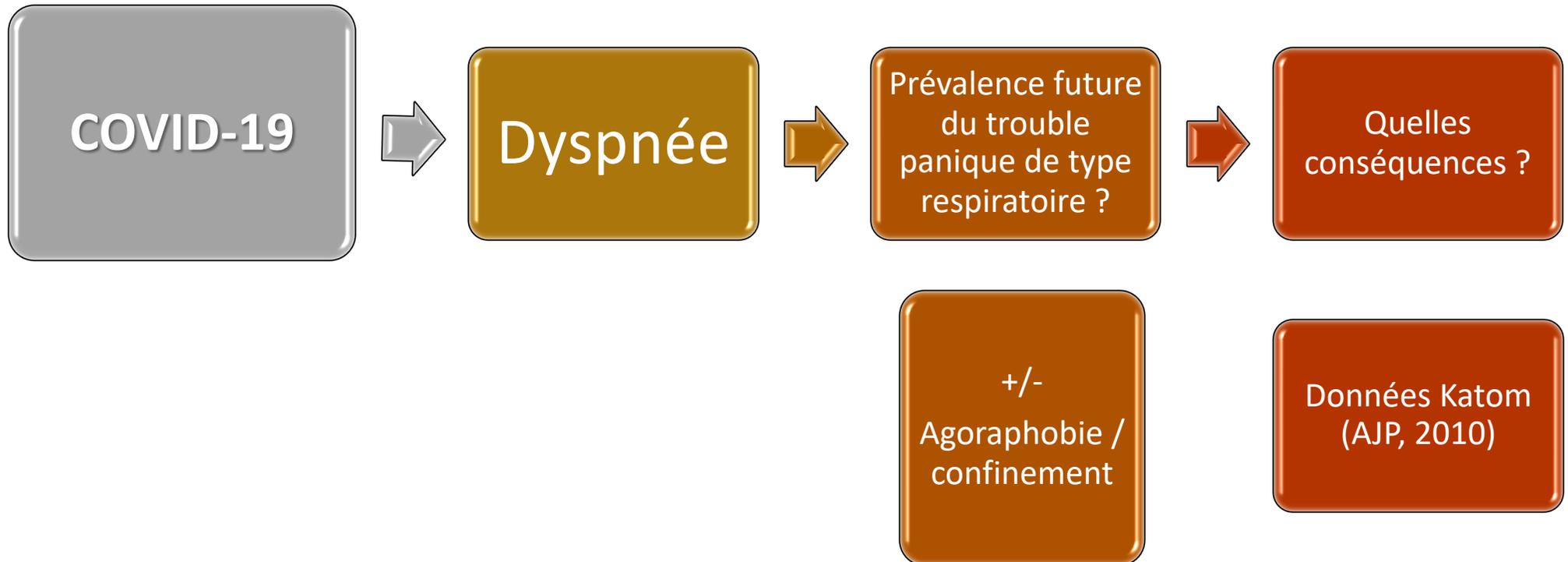
Trouble panique & COVID-19

- Aggravation des attaques de panique (et/ou « dyspnées psychogènes ») chez les patients présentant déjà un trouble panique « respiratoire » ?
- Augmentation des troubles paniques « respiratoires » ?
hypervigilance autour des troubles respiratoires en contexte d'épidémie au SARS-CoV-2 ?

Psychopharmaco & trouble panique

- **Risques lié au benzodiazépines :**
 - Facteur d'échec psychothérapeutique (TCC)
 - Surconsommation
 - Risque de détresse respiratoire dans les polyconsommations / htes doses
- **Risque lié aux antiasthmatiques : salbutamol (Ventoline®)**
 - Surconsommation
 - Hypokaliémie

Panique & pandémie COVID-19



EN PRATIQUE



- Trouble panique
= prise en charge
psychothérapie prioritaire
- Schéma psychopharmaco :
ISRS indiqués + BZD → en usage
« si besoin » raisonné