

# Conduite à tenir devant un patient angoissé

S. BENZAHRA\*, F. LABOUDI,  
A. OUANASS

### Résumé

La crise d'angoisse ou attaque de panique est une urgence médicale fréquente. Elle se manifeste essentiellement par trois types de symptômes : physique, psychique et comportemental. Elle peut survenir de manière isolée ou s'inscrire dans le cadre d'un trouble psychiatrique déterminé comme elle peut masquer une urgence médicale qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Une prise en charge précoce basée sur des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques est indispensable pour contrôler ces attaques et assurer au patient une meilleure qualité de vie.

Mots clés : Attaque de panique ; urgence ; benzodiazépine

## what to do in front of an anxious patient

### Abstract

Anxiety attack or panic attack is a frequent medical emergency. It manifests itself essentially by three types of symptoms: physical, psychic and behavioral. It can occur in isolation or within a specific psychiatric disorder as it can mask a potentially life-threatening medical emergency. Early management based on non-pharmacological and pharmacological measures is essential to control these attacks and provide the patient with a better quality of life.

Key words : Panic attack; emergency; benzodiazepine

Service des urgences psychiatriques, Hôpital Universitaire psychiatrique Arrazi de Salé. Maroc  
Faculté de Médecine et de Pharmacie. Université Mohammed V de Rabat. Maroc

\* @ : Benzahra.siham@gmail.com

## Introduction

L'anxiété est une émotion physiologique qui fait partie de la vie de l'Homme, elle joue un rôle adaptatif en réponse aux stimuli inhabituels ou menaçants de l'environnement. L'anxiété devient pathologique quand elle constitue une réponse univoque à des situations variables ou d'intensité disproportionnée, entraînant une souffrance qui déborde les capacités de maîtrise du sujet, retentit sur sa vie et l'amène à demander des soins. Elle se manifeste cliniquement par trois types de symptômes : psychologique, comportemental et somatique. L'anxiété ou angoisse est l'un des symptômes fondamentaux de la pathologie mentale qu'on retrouve dans de très nombreuses affections psychiatriques, mais elle accompagne également les maladies organiques [1].

C'est une urgence médicale fréquemment rencontrée aussi bien aux urgences psychiatriques qu'aux urgences médicales, et tout médecin peut y être confronté quelque soit sa spécialité. Les symptômes d'angoisse peuvent être difficilement distingués d'une urgence médicale, d'où l'intérêt d'une prise en charge précoce et adaptée afin de faire face au risque vital.

Le médecin en consultation ambulatoire ou aux urgences doit être capable de poser le diagnostic d'une crise d'angoisse paroxystique et d'évaluer le risque de passage à l'acte suicidaire ou l'auto agressivité. Cet article a pour but de mettre au clair la prise en charge du sujet angoissé et de prévenir les complications notamment le passage à l'acte auto ou hétéro-agressif [2].

## Comment se présente la crise d'angoisse ?

La crise d'angoisse aigue dénommée aussi attaque de panique, se définit par la survenue brutale, sans

facteur déclenchant apparent, d'une peur intense et sans objet, avec souvent un sentiment de mort imminente ou l'impression de "devenir fou" ou encore la certitude de l'imminence d'une catastrophe. Ce sentiment d'alarme d'attente et d'appréhension d'un danger est accompagné de manifestations somatiques et comportementales [2].

Le risque réside dans le passage à l'acte violent ou suicidaire (raptus anxieux), ainsi que dans la méconnaissance d'une pathologie organique sous-jacente, pouvant mettre en jeu le pronostic vital (infarctus de myocarde, embolie pulmonaire, ...). La prévalence sur un an des attaques de panique dans la population générale est estimée à 11,2 % chez les adultes. Les femmes semblent être plus touchées que les hommes et l'âge moyen de survenue est d'environ 22 à 23 ans [3]. 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 [2].

## Manifestations psychiques

Les principaux symptômes psychiques sont la peur, l'angoisse, voire une réelle terreur ou panique. 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. Ils peuvent s'accompagner, dans les formes sévères de :

- Symptômes de dépersonnalisation : sentiment d'étrangeté et de n'être plus soi-même, sentiment d'être détaché de sa propre identité physique (désincarnation) ou psychique (désamination).

- Symptômes de déréalisation : sentiment que le monde est irréel et étrange.

La concentration sur une tâche devient impossible, et la mémoire peut être fortement perturbée. L'insomnie d'endormissement est un signe caractéristique chez le sujet angoissé.

## Manifestations somatiques

Elles sont constamment présentes au cours d'une crise d'angoisse et peuvent masquer complètement les signes psychiques au point d'évoquer une urgence médico-chirurgicale. Les signes physiques sont très polymorphes, et concernent tous les appareils :

- Symptômes respiratoires : polypnée, dyspnée, sensation d'étouffement ou d'oppression thoracique.
- Symptômes cardiaques : palpitations, tachycardie, précordialgies.
- Symptômes neurologiques : vertiges, paresthésies.
- Symptômes musculaires : contractures, tremblements.
- Symptômes neurovégétatifs : sueurs, pâleur, sécheresse de la bouche.
- Symptômes urinaires : pollakiurie, impériosité mictionnel [4].

## Manifestations comportementales

Elles sont variables d'un sujet à l'autre et d'un moment à l'autre chez le même sujet. On retrouve le plus souvent une agitation psychomotrice. Cependant, on peut au contraire observer une inhibition pouvant aller jusqu'à la sidération. Un comportement de fuite peut être noté. La principale complication est le passage à l'acte auto-agressif lors d'un raptus suicidaire pour échapper à la situation anxiogène. Dans le DSM 5, une attaque de panique est une montée soudaine de peur ou de malaise intense qui atteint un pic en quelques minutes, et durant laquelle quatre (ou plus) des symptômes se produisent (Encadré 1).

### Encadré 1 : Les critères diagnostiques de l'attaque de panique selon DSM 5 [5]

- 1- Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque
- 2- Transpiration
- 3- Tremblements ou secousses
- 4- Sensations d'essoufflement ou d'étouffement
- 5- Sensation d'étranglement
- 6- Douleur ou gêne thoracique
- 7- Nausées ou gêne abdominale
- 8- Sensation de vertige, d'instabilité, d'étourdissement, ou de faiblesse
- 9- Frissons ou sensations de chaleur
- 10- Paresthésie (engourdissement ou picotement)
- 11- Dérealisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (impression d'être détaché de soi)
- 12- Peur de perdre le contrôle ou de "devenir fou"
- 13- Peur de mourir.

## Prise en charge

La prise en charge a pour but de soulager la souffrance du patient par un traitement symptomatique et de déterminer le cadre nosologique dans lequel s'inscrit la crise d'angoisse afin de mettre en place un traitement étiologique.

## Conduite à tenir à court terme

Devant une attaque de panique, un certain nombre de mesures est indispensable, il faut donc :

- Éliminer une urgence médico-chirurgicale par un examen somatique avec des examens complémentaires selon les signes d'orientation voire des mesures de réanimation (si une pathologie organique est suspectée, il faut orienter le malade en milieu spécialisé).
- Se présenter au malade.
- Le mettre dans une chambre calme, bien éclairée.
- Mise à l'écart de l'entourage dont l'anxiété majeure celle du patient.

- Examen somatique dont la technicité rassure le patient qui a besoin d'être convaincu de l'absence de danger, de mort et permet d'éliminer une pathologie organique sous-jacente ou associée.
- Etablir une relation psychothérapique à travers l'entretien d'évaluation : conditions de survenue de la crise, histoire et évolution du trouble et le contexte socio-environnemental et rechercher ainsi la présence sous-jacente d'une anxiété généralisée ou trouble de panique caractérisé par la récurrence d'attaques de panique spontanées [6].

## Traitement de la crise

Au décours de l'évaluation clinique initiale, une prise en charge psychologique et pharmacologique est entamée, elle comporte :

- La réassurance du patient sur l'absence de danger et information sur l'attaque de panique.
- Les mesures de contrôle respiratoire.
- Le traitement pharmacologique : fait appel aux anxiolytiques notamment les benzodiazépines, la voie orale est à privilégier, car elle assure une meilleure biodisponibilité et une rapidité d'action, et elle permet de limiter le caractère technique de l'acte.

Selon la haute autorité de santé française, 11 benzodiazépines par voie orale sont indiquées dans le traitement des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes. Ces molécules sont : Clotiazépam, Oxazépam, Alprazolam, Lorazépam, Bromazépam, Clobazam, Clorazépatedipotassique, Nordazépam, Prazépam, Diazépam, Loflazépate d'éthyle [7]. La prescription des benzodiazépines anxiolytiques doit être prudente et doit respecter les règles de la prescription afin d'éviter tout mésusage de ces molécules. La voie intramusculaire est à réserver aux cas exceptionnels où la voie orale n'est pas accessible (agitation majeure, contracture de la mâchoire, troubles de la déglutition). Parfois, le recours aux neuroleptiques sédatifs à faible dose est nécessaire si l'agitation est importante.

La prise en charge de la crise se fait en général en ambulatoire. L'hospitalisation est rare et s'impose :

- En milieu médical, si la recherche d'une étiologie organique doit être approfondie.
- En milieu psychiatrique, si risque suicidaire, répétition de crises et s'il existe une pathologie associée : abus d'alcool ou de toxiques, troubles de la personnalité, troubles de l'humeur et troubles psychotiques ou risque imminent de raptus suicidaire.

## 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, ...), 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 (Figure 1).

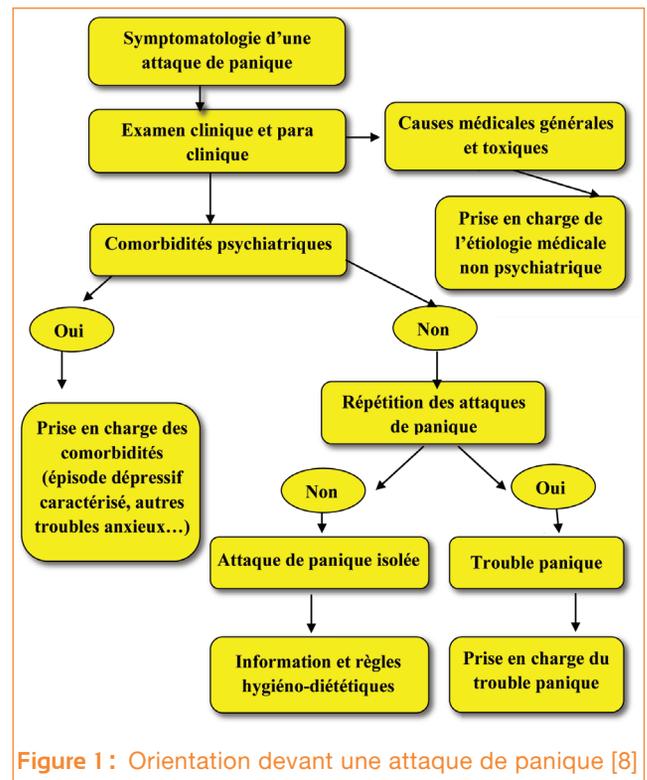


Figure 1 : Orientation devant une attaque de panique [8]

## Diagnostic étiologique

Les étiologies sont nombreuses et peuvent être classées en trois catégories (Tableau I).

**Tableau I : Etiologies des crises d'angoisse**

<b>Etiologies organiques</b> Essentiellement de pathologies médicales générales et toxiques qu'il faut impérativement éliminer en premier	<b>Pathologies cardiovasculaires</b> Angor, infarctus du myocarde, hypertension artérielle, trouble de rythme, valvulopathies, ... <b>Pathologies respiratoires</b> Asthme, embolie pulmonaire, œdème aigue pulmonaire, pneumothorax, pleurésie, ... <b>Pathologies neurologiques</b> Epilepsie, accidents ischémiques transitoires, crise migraineuse, ... <b>Pathologies endocriniennes</b> Hypoglycémie, phéochromocytome, hyperthyroïdie, insuffisance surrénalienne aigue, syndrome de cushing, hypoparathyroïdie, ... <b>Causes toxiques</b> Corticoïdes, hormones thyroïdiennes, théophylline, les antituberculeux, certains neuroleptiques et antidépresseurs. <b>Prise de toxique</b> Alcool, cannabis, cocaïne, amphétamine et hallucinogènes. Cela doit être recherché systématiquement, de même qu'un syndrome de sevrage (alcool, benzodiazépine, ...) [8].
<b>Etiologies psychiatriques</b> Pratiquement toute la pathologie psychiatrique peut déclencher un syndrome d'angoisse aigue. Toutefois ce sont surtout les troubles anxieux qui en donnent une forme typique	<b>Troubles anxieux</b> - Trouble panique caractérisé par la survenue d'attaques de panique récurrentes spontanées inattendues en dehors d'effort physique ou de danger avec une crainte persistante d'avoir d'autres attaques et un changement de comportement important en relation avec ses attaques. - Troubles phobiques. Les crises d'angoisse surviennent exclusivement dans les situations phobogènes : la foule, les endroits publics, les situations sociales, ... - Syndrome de stress post-traumatique, il peut comporter la survenue de crise d'angoisse [2]. <b>Troubles psychotiques</b> Toute pathologie psychotique, qu'elle soit aigue ou chronique, peut être à l'origine d'angoisse impressionnante et massive. L'angoisse de morcellement est une dépersonnalisation liée à un syndrome dissociatif aigue. <b>Troubles dépressifs</b> La composante anxieuse de la symptomatologie peut masquer une dépression. De même le risque de passage à l'acte suicidaire est élevé si l'angoisse est importante. <b>Etats d'angoisse réactionnelles et situationnelles</b> Les crises d'angoisse peuvent apparaître dans les suites immédiates d'un événement traumatique ou stressant. Dans ce cas il est important de savoir si la réaction est proportionnelle à l'événement déclenchant. L'angoisse aigue peut se voir lorsque les capacités adaptatives du sujet sont débordées : - Certaines crises familiales : rupture, décès, ... - Certaines crises professionnelles : licenciement, promotion, ...  Une angoisse aigue peut survenir lors d'affections somatiques graves ou chroniques au moment de l'annonce du diagnostic ou encore au cours de l'évolution [5].

## Conclusion

Les crises d'angoisse aiguë sont fréquentes et peuvent concerner la quasi-totalité des pathologies psychiatriques et même une part importante des pathologies organiques à expression psychiatrique. La prise en charge en urgence de la crise d'angoisse repose sur des mesures non pharmacologiques (mise en condition, réassurance, contrôle respiratoire) et pharmacologique (anxiolytique type benzodiazépine par voie orale).

### Points essentiels

- L'attaque de panique est un épisode d'anxiété aiguë limité dans le temps.
- L'attaque de panique est une urgence fréquente, elle peut survenir de manière isolée ou s'inscrire dans une pathologie psychiatrique.
- La clinique est dominée par trois types de symptômes physique, psychique et comportemental.
- Un examen clinique soigneux ainsi qu'un éventuel bilan paraclinique s'avèrent indispensables, notamment pour éliminer une étiologie organique ou toxique.
- La prise en charge initiale est basée sur la mise en condition, la réassurance, ainsi qu'un traitement pharmacologique.
- Un traitement de fond est indispensable si un trouble psychiatrique est diagnostiqué.

## Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

## Références

1. Servant D et al. Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique. *Revue du praticien*. 2012;62 :555-8.
2. Guelfi JD et al. *Manuel de psychiatrie*. Paris: Elsevier Masson. 2007.
3. Kessler RC et al. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
4. American psychiatric association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition. Arlington. 2013. doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
5. Haute Autorité de santé. *Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ?*. 2018.
6. Collège national des universitaires en psychiatrie et association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. *Référentiel de psychiatrie*. Presse universitaire François- Rabelais. 2014. <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>
7. American psychiatric association et al. *Mini DSM-5 critères diagnostiques*. 5ème édition. Paris : Elsevier Masson. 2015.
8. Guedj-Bourdieu MJ et al. *Urgences psychiatriques*. Paris: Elsevier Masson. 2011.