



Tout d'abord,
qu'est-ce que l'anxiété ?

C'est un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité, une appréhension et la crainte d'un danger ou d'un malheur imminent, accompagné de dysphorie ou de symptômes somatiques de tension. L'anxiété fait partie des émotions de la vie quotidienne. Elle peut agir comme un stimulant et améliorer la performance avant un examen, par exemple, ou avant de présenter une conférence. Mais une anxiété excessive et inappropriée peut rendre une personne dysfonctionnelle sur le plan social, scolaire ou professionnel. L'anxiété est alors pathologique et justifie un traitement¹.

On peut distinguer quatre niveaux de symptômes : émotif, cognitif, physique et comportemental (*tableau I*).

Est-il facile de diagnostiquer l'anxiété chez un patient ?

Eh bien non. Dans un contexte de médecine générale, les patients anxieux se plaignent rarement d'anxiété. La majorité d'entre eux consultent initialement pour un symptôme physique (75 à 90 %)². Plus de 81 % des patients anxieux ont un symptôme de douleur, et les trois tableaux cliniques les plus courants sont des troubles cardiaques, gastro-intestinaux et neurologiques¹.

Dans ce contexte, plusieurs études montrent que le diagnostic d'anxiété échappe au médecin dans 50 % des cas, parce que ce dernier et le patient concentrent leur attention sur

La D^e Marie-Claude Garant, omnipraticienne, exerce à la consultation sans rendez-vous du CLSC-CHSLD Sainte-Rose, à Laval.

L'anxiété

cause organique ou psychologique ?

par Marie-Claude Garant

M^{me} T, 60 ans, consulte à la clinique sans rendez-vous parce qu'elle a des palpitations, est essoufflée et ressent un malaise thoracique intermittent depuis deux jours. Elle est inquiète et nerveuse. Ces symptômes sont-ils dus à une affection systémique, ou est-ce un trouble anxieux ? La distinction n'est pas toujours facile à établir.

Tableau I

Symptômes d'anxiété

Émotifs

Inquiétude ; nervosité ; irritabilité ; crainte ; appréhension ; dépersonnalisation (impression d'être coupé de soi-même) ; déréalisation (impression d'être coupé du monde) ; terreur ; panique.

Cognitifs

Obsession ; difficulté de concentration ; baisse de la mémoire ; diverses peurs, dont celle de perdre le contrôle, de devenir fou, de mourir, de s'évanouir, d'être critiqué, d'être gravement malade, d'être isolé, ou la peur d'un objet ou d'une situation particulière, et la conviction erronée d'être impuissant et vulnérable face à ces peurs.

Physiques

- Cardiovasculaires et respiratoires : palpitations ; tachycardie ; douleur ou gêne thoracique ; dyspnée ; impression d'étouffer ; soupirs.
- Gastro-intestinaux : nausées ; vomissements ; difficulté à avaler ; dyspepsie, borborygmes ; diarrhée ; douleur abdominale ; ballonnement.
- Neurologiques : céphalée ; impression d'évanouissement, de faiblesse ; acouphène ; étourdissements ; paresthésie ; sensation d'instabilité ou de tête légère ; tremblements.
- Musculosquelettiques : raideur et douleur cervicale ou dorsale ; bruxisme ; voix mal assurée ; tic nerveux ; myoclonie.
- Génito-urinaires : douleur pelvienne ; miction impérieuse ; fréquence urinaire accrue ; aménorrhée ; ménorragie ; perte de libido ; éjaculation précoce ; dysfonction érectile ; anorgasmie.
- Neurovégétatifs et généraux : frissons ; bouffées de chaleur ; transpiration ; pâleur ; bouche sèche ; insomnie d'endormissement ; sommeil non réparateur et entrecoupé ; cauchemars ; fatigue.

Comportementaux

Agitation motrice ; tremblement des mains ; front plissé ; visage tendu ; respiration rapide ; soupirs ; visage pâle ; éructations ; pupilles dilatées.

Liste non exhaustive de substances pouvant provoquer de l'anxiété

Intoxications

Alcool, caféine, amphétamines, cannabis, cocaïne, hallucinogènes, solvants volatils, phencyclidine

Sevrage

Alcool, cocaïne, hypnotique, sédatif, anxiolytique, nicotine, narcotiques, barbituriques

Médicaments

Séroïdes, bronchodilatateurs, anticholinergiques, insuline, antihistaminiques, préparations thyroïdiennes, antihypertenseurs, anovulants, antipsychotiques, lithium, antibiotiques, sympathicomimétiques, anticonvulsifs

Toxines

Substances volatiles comme l'essence ou la peinture, insecticides organophosphatés, oxyde ou gaz carbonique, arsenic, mercure

le symptôme physique^{2,3}. Dans le cadre d'une étude sur des patients souffrant d'un trouble panique, 70 % avaient été évalués par 10 médecins ou plus avant que le diagnostic soit posé^{2,4}.

Quatorze symptômes physiques sont la cause de 40 % des consultations en médecine générale, notamment : douleur thoracique, fatigue, étourdissements, œdème, céphalée, lombalgie, dyspnée, insomnie, douleur abdominale, paresthésie. Un an après leur apparition, on découvre que de 10 à 15 % de ces symptômes ont une cause organique. Donc, la majorité d'entre eux sont médicalement inexpliqués. Selon un article publié dans le *Journal of clinical psychiatry*³,

il y a une association linéaire entre le nombre de symptômes physiques médicalement inexpliqués (SPMI) dont souffre une personne au cours de sa vie et le risque de trouble dépressif ou anxieux tel que le définit le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV*). Le groupe de recherche³ a aussi évalué plus de 1000 personnes consultant fréquemment dans deux cliniques de médecine générale. Cinquante pour cent des sujets souffraient d'une détresse psychologique importante. Ils avaient en moyenne de huit à neuf SPMI au cours de leur vie. De ces patients en détresse, les trois quarts souffraient d'un trouble psychiatrique (dépres-

D'autres études^{3,5} montrent que les patients ayant plusieurs SPMI qui souffrent d'un trouble psychiatrique non détecté sont souvent considérés comme frustrants ou difficiles par leur médecin.

Des symptômes d'anxiété sont décelés : que faire ensuite ?

Comme pour tout autre symptôme, on établit un diagnostic différentiel. Ce dernier comporte quatre étapes décisionnelles de base (*figure 1*)⁶:

- exclure une cause toxique : substances donnant lieu à un abus (ou sevrage de ces substances), médicaments, toxines environnementales ;
- exclure une maladie systémique ;
- exclure une maladie psychiatrique autre que le trouble anxieux ;
- déterminer s'il s'agit d'un trouble anxieux spécifique. Sinon, il faut envisager la possibilité d'un trouble d'adaptation avec humeur anxieuse.

Il est à noter que les troubles anxieux ne sont pas mutuellement exclusifs ; ils sont souvent concomitants, entre eux et avec d'autres diagnostics (par exemple, dépression, alcoolisme, toxicomanie)⁴⁻⁷.

Exclure une cause toxique

N'importe quel tableau psychiatrique peut avoir une cause toxique. Ignorer cette possibilité constitue l'erreur diagnostique la plus fréquente en pratique clinique⁶ (*tableau II*).

Exclure une maladie systémique

Il y a un chevauchement important entre les symptômes d'anxiété et ceux de plusieurs maladies systémiques. C'est pourquoi il faut souvent soumettre les patients à de multiples

La majorité des patients anxieux consultent pour un symptôme physique. Le diagnostic échappe alors au médecin dans 50 % des cas.

Les symptômes d'anxiété exigent quatre étapes décisionnelles : exclure une cause toxique ; exclure une maladie systémique ; exclure une maladie psychiatrique autre que le trouble anxieux ; et déterminer s'il s'agit d'un trouble anxieux spécifique. Sinon, il faut envisager la possibilité d'un trouble d'adaptation avec humeur anxieuse.

Figure 1

Arbre décisionnel pour le diagnostic différentiel d'anxiété

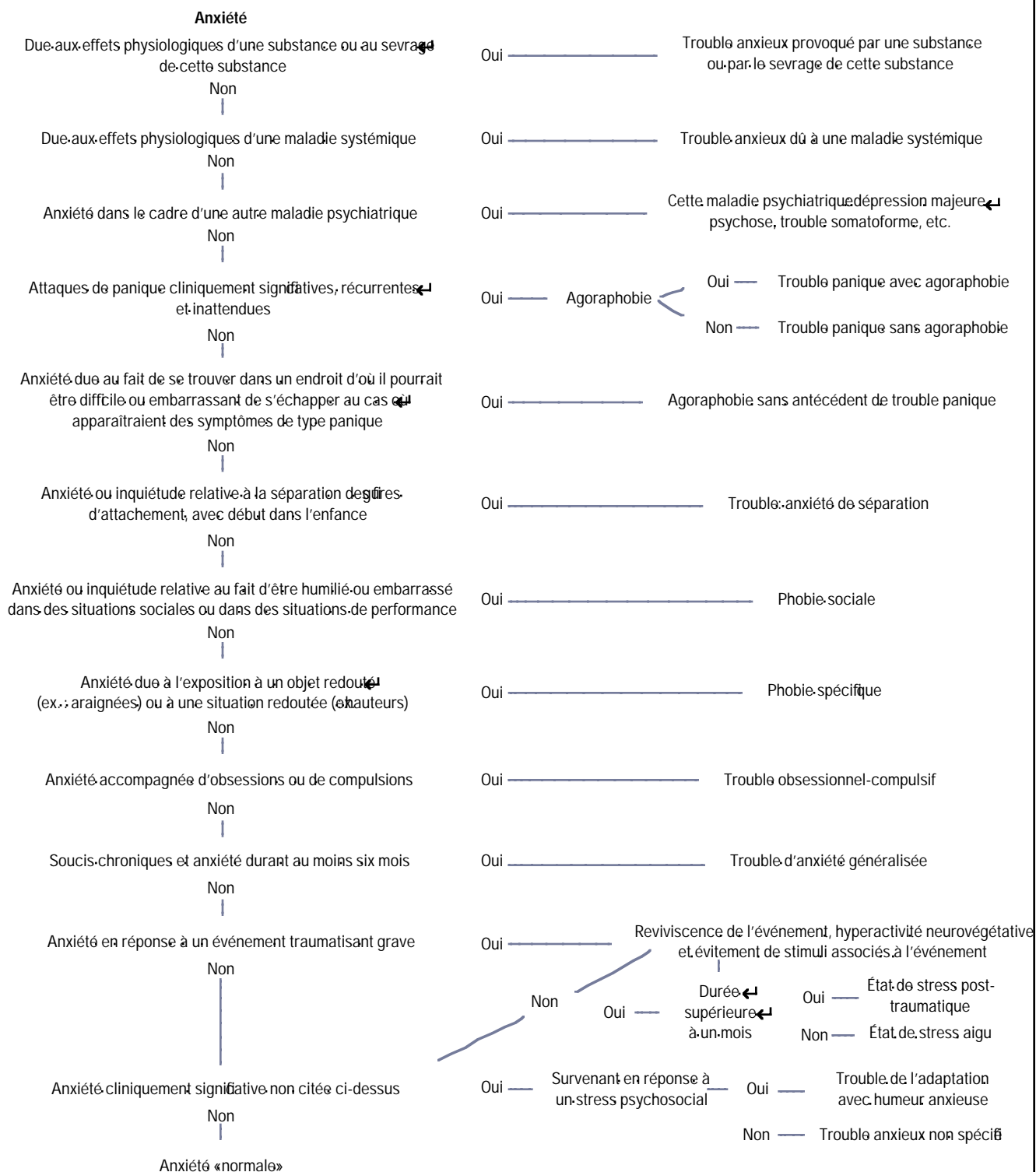


Tableau III

Liste non exhaustive de maladies pouvant provoquer de l'anxiété^{2,4,7}

Endocriniennes

Hyperthyroïdie, diabète, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, syndrome de Cushing

Neurologiques

Accident vasculaire cérébral, dysfonction vestibulaire, encéphalite, épilepsie (surtout temporale), néoplasie cérébrale, hémorragie sous-arachnoïdienne, migraine

Cardiovasculaires

Angine, infarctus, arythmie, insuffisance cardiaque, anémie

Pulmonaires

Insuffisance respiratoire, embolie pulmonaire, asthme, pneumonie, hyperventilation

Métaboliques et nutritionnelles

Carence en vitamine B₁₂, porphyrie intermittente, urémie

Inflammatoires

Lupus, arthrite rhumatoïde, périartérite noueuse, artérite temporale

nésie, hallucinations olfactives, vision trouble, chute.

D'autres indices sont pertinents à rechercher à l'anamnèse : l'âge d'apparition des symptômes ; un facteur déclenchant tel qu'un événement traumatisant ou l'exposition à un objet à une situation redoutée ; des antécédents personnels et familiaux de problèmes médicaux et psychiatriques. Bien sûr, il faudra vérifier si le patient prend des médicaments, de l'alcool ou des drogues (ou a arrêté récemment) ; est-il sevré de nicotine ou consomme-t-il trop de caféine. Pour savoir si le patient consomme de l'alcool ou des drogues, il peut s'avérer judicieux de s'informer auprès des proches. Selon le diagnostic envisagé (l'hyperthyroïdie, par exemple), une revue des systèmes peut être utile.

L'outil n°2 : l'examen clinique. En prenant les signes vitaux et en procédant à un examen complet et à un examen neurologique en fonction du symptôme d'appel, on pourra détecter des signes d'intoxication ou de sevrage à certaines substances, ou les signes caractéristiques de certaines maladies physiques (l'exophtalmie, par exemple).

L'outil n°3 : les examens paracliniques. Plusieurs auteurs recommandent un bilan de base, mais peu le détaillent. Le *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI⁷ conseille, pour un patient présentant un tableau évocateur de trouble panique, de faire une formule sanguine complète (FSC), un ionogramme, une glycémie à jeun, un bilan de l'azote uréique du sang (BUN), une créatininémie, une calcémie, un dosage de l'ALT et de la TSH, une analyse d'urines et un électrocardiogramme (ECG). Le bilan

examens d'investigation avant de poser un diagnostic de trouble anxieux^{1,2,4} (tableau III).

Comment investiguer sur un trouble anxieux possible

La majorité des patients consultent pour un symptôme physique, comme nous l'avons dit précédemment. Il importe d'exclure un problème de toxicomanie ou de sevrage et une maladie systémique, mais il n'est pas nécessaire de faire une investigation exhaustive.

L'outil de travail n°1 : l'anamnèse. Les troubles anxieux, comme les maladies organiques, ont un tableau

clinique distinctif². Ainsi, le trouble panique se distingue par deux caractéristiques importantes : la combinaison de symptômes physiques et cognitifs, et l'évolution rapide de l'attaque de panique⁴. Autre indice, l'évolution chronologique des symptômes. Une question comme « avez-vous déjà éprouvé de brefs accès de terreur intense accompagnés de palpitations et de malaises thoraciques, comme aujourd'hui ? » permet de détecter d'autres attaques de panique⁸.

Certains symptômes sont atypiques du trouble anxieux et évoquent une cause organique : vertige franc, perte d'équilibre, syncope, incontinence urinaire.

Trois outils d'investigation permettent de poser un diagnostic de trouble anxieux : l'anamnèse, l'examen clinique et les examens paracliniques de base : FSC, ionogramme, glycémie à jeun, BUN, créatininémie, calcémie, ASAT, analyse d'urines et ECG. Un bilan toxicologique et d'autres examens d'investigation peuvent être indiqués.

Repère

toxicologique peut être indiqué si l'anamnèse et l'examen clinique le justifient.

Si les signes et symptômes d'appel ou l'examen clinique évoquent une cause organique, d'autres examens d'investigation sont pertinents. Par exemple, pour un patient de 50 ans éprouvant un malaise thoracique et présentant des facteurs de risque cardiovasculaires, une radiographie pulmonaire, un bilan des enzymes cardiaques et une épreuve d'effort sont indiqués. De même, si un patient a un pouls irrégulier ou des palpitations et des antécédents de syncope, un enregistrement Holter pourra éclairer le diagnostic.

Mais malheureusement, il n'y a pas de test paraclinique diagnostique du trouble anxieux!

Revenons à l'histoire de M^{re} T. L'interrogatoire révèle que la patiente souffre d'hypertension, qu'elle contrôle bien en prenant du hydrochlorothiazide. Elle fume et ne prend pas d'autre médicament. Le malaise thoracique est rétrosternal, constrictif (serratif), dure cinq minutes et est soulagé par le repos. Elle n'a pas d'autre symptôme. L'examen révèle un pouls irrégulièrement irrégulier de 110 à 120 battements par minute et une tension artérielle de 150/90. L'auscultation cardiopulmonaire ne révèle aucune autre anomalie. L'ECG confirme le diagnostic de fibrillation auriculaire. La patiente est adressée à l'urgence du centre hospitalier, où l'arythmie avec angine secondaire sera prise en charge.

ENVIRON 25% de la population souffrira d'un trouble anxieux à un moment de sa vie⁹. Les patients non ou mal diagnostiqués coûtent cher au système de santé et à la so-

ciété¹⁻³. Ils font un usage disproportionné des ressources médicales : multiples consultations à l'urgence ou au cabinet, consultations de spécialistes, interventions diagnostiques, effractives ou non, pharmacothérapie inappropriée. L'absence de traitement constitue aussi un facteur de risque de dépression ou de suicide, de dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues, d'isolement, d'absentéisme et de perte de productivité². Il est important de se familiariser avec les critères diagnostiques des troubles anxieux et de savoir les reconnaître, car il existe un traitement efficace, pharmacologique et psychothérapeutique¹⁻⁴. Si le médecin n'est pas à l'aise avec le traitement et le suivi de ces patients, il vaut mieux qu'il les adresse à un collègue travaillant en santé mentale.

Date de réception : 17 novembre 1999.

Date d'acceptation : 1^{er} décembre 1999.

Mots clés : anxiété, diagnostic différentiel.

Bibliographie

1. → Warneke L. Anxiety disorders: patients need not suffer. *Can J Diagnosis* août 1996 ; 75-88.
2. → Rubens M. Chronic anxiety: aspects of diagnosis and treatment. *Can J CME* février 1997 ; 147-65.
3. → Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 1998 ; 59 (Suppl. 20) : 15-20.
4. → Zun LS. Panic disorder: diagnosis and treatment in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 1^{er} juillet 1997 ; 30 : 92-6.
5. → Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, et al. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *Gen Intern Med* 1996 ; 11 : 1-8.
6. → First M, Frances A, Pincus H. *DSM-IV. Diagnostics différentiels*. Paris : Masson, 1999 : 1-11, 18-20.
7. → Kaplan HI, Sadock BJ, éd. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* VI. 6^e éd. Baltimore Williams & Wilkins, 1995 ; 1 : 1198-200, 601-3.

Summary

Anxious patient or organic or psychological etiology? About 25% of the general population will eventually develop an anxiety disorder. Manifestations vary and may include emotional, cognitive, physical and behavioral symptoms. However, patients will most commonly seek medical attention in relation with physical complaints (75 to 90%), and the correct diagnosis will be overlooked in about 50% of these patients. When evaluating patients with an anxiety disorder, the possibility of a toxic (medication or substance abuse or withdrawal), medical, or other psychiatric etiology must first be considered and excluded. Then, the anxiety disorder must be further characterized. When no specific anxiety disorder is identified, a diagnosis of adjustment disorder with anxiety is considered. Three valuable tools are available to establish a diagnosis: questionnaire, physical examination, and investigation. Patients with an undiagnosed anxiety disorder constitute a financial burden to the health care system. Because a specific treatment is available, it is imperative to correctly identify and diagnose patients with an anxiety disorder.

Key words : anxiety, differential diagnosis.

8. → Jeejeebhoy FM, Newman DM. Est-cœur mes battements de cœur: la panique et le cardiologue. Conférences scientifiques en cardiologie, St. Michael's Hospital, Toronto, mars 1999 ; IV (3).
9. → Keller MB. Introduction. *J Clin Psychiatry* 1997 ; 58 (Suppl. 13) : 3-4.

**Accès instantané
à vos données
médicales en cas
d'urgence**

 **MedicAlert**
Toujours là
www.medicalert.ca

Pour information
1 800 668-6381