

# CARDIOLOGIE

## Conférences Scientifiques

COMpte RENDU DES CONFéRENCES

SCIENTIFIQUES DE LA DIVISION DE

CARDIOLOGIE, ST. MICHAEL'S HOSPITAL,

UNIVERSITé DE TORONTO

## Est-ce encore de mes battements de coeur : le trouble panique et le cardiologue

FARINA M. JEEJEBHOY, M.D. ET DAVID M. NEWMAN, M.D.

Le trouble panique est une affection fréquente dont les symptômes peuvent simuler une affection cardio-vasculaire primitive. En outre, de nombreux patients atteints de maladie cardio-vasculaire souffrent également de trouble panique. Cependant, chez de nombreux patients, la maladie n'est pas diagnostiquée et ils sont donc à l'origine de coûts importants pour le régime de soins de santé. Le trouble panique est une affection pouvant être traitée, et les cardiologues peuvent facilement identifier les personnes qui en sont atteintes et amorcer un traitement approprié.

Tous les cardiologues ont eu des patients présentant des symptômes cardio-vasculaires mais aucun signe de maladie organique importante ou des symptômes ne correspondent pas à la maladie préexistante. Chez ces patients, on n'envisage souvent pas la possibilité que ces symptômes puissent refléter une maladie psychosomatique pouvant être traitée, à savoir le trouble panique.

Le trouble panique est diagnostiqué par l'établissement des antécédents et caractérisé par des attaques de panique récurrentes et inattendues, la crainte d'avoir d'autres attaques de panique, des préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences et un changement de comportement en relation avec les attaques. Les attaques de panique sont définies comme des épisodes bien délimités de crainte ou de malaise intense, pendant lesquels quatre parmi treize symptômes cardinaux (dont seulement quatre sont de nature cardiaque) surviennent de façon brutale et atteignent leur acmé en moins de dix minutes (tableau 1).

### Épidémiologie et diagnostic

Le trouble panique est un trouble anxieux qui est plus susceptible de survenir chez les femmes âgées de 25 à 44 ans. Cependant, ce trouble est caractérisé par une vaste gamme de symptômes, pouvant être liés à la symptomatologie somatique réelle. Par exemple, dans une étude de cohortes, chez les patients présentant des artères coronaires normales à l'angiographie, une douleur thoracique et un trouble panique, l'âge moyen d'apparition de ce trouble était de 62 ans. D'autres variables prédictives indépendantes du trouble panique comprennent une douleur thoracique atypique, l'absence de signes de maladie cardiaque structurale et l'utilisation d'expressions descriptives telles que des « palpitations » ou des « battements de coeur ».

La prévalence à vie du trouble panique dans la population générale est de 1 à 5 %. Le patient ressent souvent une douleur thoracique atypique dont la prévalence est de 25 à 57 %. Parmi tous les patients qui se présentent aux urgences en raison d'une douleur thoracique, 16 à 25 % sont atteints de trouble panique, et on estime que 25 % de tous les patients vus en cardiologie sont atteints de ce trouble. La prévalence du trouble panique chez les patients présentant des palpitations est de 15 à 20 %.

Chez les patients atteints de coronaropathie, la prévalence du trouble panique est également plus élevée. Trente pour cent des patients atteints de trouble panique se présentant aux urgences en raison d'une douleur thoracique d'origine non cardiaque, ont des antécédents documentés de coronaropathie et 6,5% des patients souffrant de douleur thoracique et dont l'angiogramme coronarien est positif sont également atteints de trouble panique.

Fréquemment, les patients présentant des symptômes cardio-vasculaires importants ne manifestent pas de signes de maladie organique importante. Par exemple, 10 à 20 % de tous les angiogrammes coronariens effectués chez des patients atteints de douleur thoracique de type angineuse sont normaux

### Division de cardiologie

Beth L. Abramson, M.D.  
Luigi Casella, M.D.  
Robert J. Chisholm, M.D.  
Paul Dorian, M.D.  
David Fitchett, M.D.  
Michael R. Freeman, M.D.  
Shaun Goodman, M.D.  
Anthony F. Graham, M.D.  
Robert J. Howard, M.D.  
Stuart J. Hutchison, M.D.  
Anatoly Langer, M.D. (rédacteur)  
Gordon W. Moe, M.D.  
Juan Carlos Monge, M.D.  
David Newman, M.D.  
Trevor I. Robinson, M.D.  
Duncan J. Stewart, M.D. (chef)  
Bradley H. Strauss, M.D.  
Kenneth R. Watson, M.D.

St. Michael's Hospital  
30 Bond St.,  
Suite 9-004, Queen Wing  
Toronto, Ont. M5B 1W8  
Télécopieur: (416) 864-5330

Les opinions exprimées sont exclusivement celles des membres de la division. Publié grâce à des subventions sans restrictions.



ST. MICHAEL'S HOSPITAL



**Tableau 1 : Symptômes des attaques de panique conformément au DSM-IV**

**Symptômes cardio-vasculaires**

- Palpitations, battements de coeur ou accélération du rythme cardiaque
- Sensation de « souffle coupé » ou impression d'étouffement
- Douleur ou gêne thoracique
- Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement

**Symptômes liés à l'activation neurohumorale**

- Transpiration
- Tremblements ou secousses musculaires
- Sensation d'étranglement
- Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)
- Frissons ou bouffées de chaleur

**Symptômes gastro-intestinaux**

- Nausée ou gêne abdominale

**Symptômes psychologique**

- Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
- Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
- Peur de mourir

**Note :** La présence de quatre symptômes sur treize traduit une attaque de panique selon le DSM-IV.

et jusqu'à 80 % de tous les patients atteints de douleur thoracique et dont l'angiogramme coronarien est négatif souffrent de trouble panique, de dépression, ou des deux, 30 à 60 % d'entre eux répondant aux critères du DSM-IV applicables au trouble panique.

Il est faux de présumer que le fait de rassurer le patient en lui montrant un angiogramme indiquant une anatomie normale des artères coronaires soulagera ses symptômes. Des études ont démontré que 75 % des patients demeurent symptomatiques et continuent de prendre des médicaments cardioactifs, 50 % des patients continuent de se présenter aux urgences ou de consulter leur médecin et 60 % demeurent sans emploi ou conservent leur incapacité.

Environ un tiers des patients atteints de trouble panique qui consultent un cardiologue peuvent être atteints d'un sous-type de trouble panique appelé « trouble panique sans peur ». Ces patients éprouvent la plupart des symptômes signalés par d'autres patients atteints de trouble panique, mais ils ne men-

tionnent pas la peur pendant leurs attaques. Ce trouble panique « de forme fruste » devrait être particulièrement connu du cardiologue clinique car sa prévalence pourrait être en fait en croissance.

Il existe plusieurs moyens de dépistage pour aider les médecins à identifier les patients atteints de trouble panique. Un bref interrogatoire de dépistage pourrait facilement être effectué : « Avez-vous déjà éprouvé de brefs épisodes (quelques secondes ou minutes) de panique ou de terreur intense accompagnés de battements de coeur, d'essoufflement ou d'étourdissement? » Cette question de dépistage peut permettre d'identifier la présence d'attaques de panique. On a constaté que les attaques de panique permettent de prédire l'apparition du trouble panique au cours de l'année suivante chez un peu plus de deux tiers des patients et on estime que la présence d'attaques de panique est tout aussi importante sur le plan clinique que la présence du trouble panique.

Diverses substances panicogènes telles que le lactate de sodium intramusculaire et intraveineux, la cholécystokinine intraveineuse et le gaz carbonique en inhalation à 35 % peuvent être utilisés pour le diagnostic du trouble panique et la provocation d'attaques de panique. Cependant, pour le moment, ces épreuves de provocation sont principalement utilisées comme des outils de recherche.

### Physiopathologie

Jusqu'à présent, on n'a découvert aucun mécanisme physiopathologique définitif expliquant le trouble panique. Les symptômes des attaques de panique semblent indiquer la présence d'un trouble éventuel de l'axe du système nerveux autonome. Cependant, aucune anomalie systématique n'a été découverte, bien que les investigations initiales aient été axées sur les anomalies des signaux efférents de l'axe du système nerveux autonome. Il est possible que l'amplification des signaux efférents périphériques de l'axe du système nerveux autonome résulte du traitement central des signaux afférents au niveau du mésencéphale, la même région où sont traités les signaux nociceptifs afférents. On a observé des anomalies de l'activité métabolique dans les structures limbiques au moyen d'études tomographiques par émission de positrons chez des patients pendant une attaque de panique et dans le trouble panique.

On a effectué peu d'études sur les changements hémodynamiques survenant au cours d'une attaque de panique. Les attaques de panique sont connues pour être associées à la tachycardie sinusale, l'arythmie, l'hypertension et l'hyperventilation. Il a été démontré que l'hyperventilation cause un spasme des artères coronaires.

### Morbidité et mortalité

L'évolution du trouble panique est habituellement chronique et celui-ci peut s'amplifier ou s'atténuer. L'absence de traitement du trouble panique a des effets sur la qualité de vie et constitue un facteur de risque d'apparition d'une dépression ou de suicide. Chez les patients atteints de trouble panique qui se présentent aux urgences en raison d'une douleur thoracique,

l'incidence du trouble panique avec agoraphobie, de l'anxiété, de la dépression et des idées suicidaires est également plus élevée et ils obtiennent des scores de douleur plus élevés que les patients qui ne sont pas atteints de trouble panique.

L'absence de traitement du trouble panique chez les patients atteints de coronaropathie peut accroître la morbidité et la mortalité, peut-être en raison du fait que le trouble panique peut aggraver les facteurs labiles. Par exemple, les patients atteints d'attaques de panique sont plus susceptibles de présenter une élévation de la tension artérielle, une fréquence cardiaque plus élevée à l'épreuve sur tapis roulant sous-maximale et un taux de cholestérol sérique plus élevé.

## Tableaux cliniques du trouble panique

### Syndrome X

Le syndrome X se manifeste par la présence d'un d'angor typique et par une anatomie (c.-à-d. la lumière) des artères coronaires angiographiquement normale. Initialement, l'objet des travaux de recherche portant sur le syndrome X était de démontrer les degrés subtils d'ischémie myocardique chez ces patients. Ces recherches ont mené à l'élaboration de concepts tels que l'angine microvasculaire et, plus récemment, les troubles de la fonction endothéliale.

Cependant, le concept que la douleur dans le syndrome X est due à l'ischémie cardiaque n'a dans l'ensemble pas été appuyé par des données physiologiques. Par conséquent, plutôt que de mettre l'accent sur le coeur, on a davantage mis l'accent sur un trouble primitif de la nociception cardiaque. Chez les patients atteints du syndrome X, la douleur peut être provoquée par une cardiostimulation du ventricule gauche de faible intensité, l'injection d'un agent de contraste ou la perfusion d'adénosine.

Selon une autre théorie, le syndrome X est associé à un trouble panique répondant à une définition rigoureuse chez jusqu'à 60% des patients et peut être lié à un trouble nociceptif non spécifique.

### Coronaropathie concomitante

Bien que le trouble panique soit fréquent chez les patients présentant une douleur thoracique et une anatomie des artères coronaires normales, cette affection est également présente chez les patients atteints de coronaropathie. La douleur thoracique dans ce groupe de patients peut avoir une étiologie différente. Par exemple, dans une étude menée auprès de patients atteints de coronaropathie avérée, présentant une douleur thoracique récurrente malgré un traitement médical et ne présentant aucun signe scintigraphique d'ischémie active, on a constaté que chez 50 % de ces patients, le trouble panique était la cause de leurs symptômes. Parmi les patients atteints d'ischémie avérée, 19 % souffraient également de trouble panique concomitant associé à leur douleur thoracique.

### Palpitations

Les patients atteints de palpitations et de trouble panique ont tendance à être plus jeunes et à avoir une incapacité plus importante, à somatiser davantage, à effectuer un plus grand

nombre de visites aux urgences et à avoir davantage de préoccupations hypochondriaques sur leur santé comparativement aux patients présentant des palpitations, mais n'étant pas atteints d'un trouble psychiatrique. Il existe une faible corrélation entre les symptômes et le rythme cardiaque dans cette population et jusqu'à 48 % des sujets normaux sans trouble panique présentent un degré semblable d'ectopie comparativement aux patients ayant des antécédents de palpitations. Le suivi des patients atteints de trouble panique et de palpitations indique que ces patients continuent à présenter des symptômes, à avoir recours aux ressources médicales et à présenter une altération fonctionnelle.

### Autres comorbidités cardiaques

Il existe des données concluantes indiquant que les patients atteints de trouble panique peuvent présenter d'autres comorbidités. Chez ces patients, la fréquence du prolapsus valvulaire mitral et de la cardiomyopathie est plus élevée. D'autres patients pouvant souffrir de trouble panique comprennent ceux atteints du syndrome du cardiosimulateur, de syncope et de tachycardie supraventriculaire.

### Le coût pour le régime de santé

Chez plus de 50 % des personnes atteintes de trouble panique, la maladie n'est pas diagnostiquée. Les auteurs d'une étude ont constaté que chez jusqu'à 98 % des patients qui se présentaient aux urgences en raison d'une douleur thoracique et qui répondaient aux critères de trouble panique, les cardiologues ne détectaient pas leur affection. Parmi les patients qui consultent leur médecin de famille en raison d'une douleur thoracique, environ 50 % sont atteints de trouble panique. Cependant, dans une étude, peu de cas ont été reconnus.

Chez les patients atteints de douleur thoracique et de trouble panique, les consultations de suivi sont plus nombreuses. Ils sont davantage adressés à un spécialiste et subissent davantage d'analyses. Leurs prescriptions sont plus nombreuses et ils reçoivent souvent une pharmacothérapie inappropriée. Bien que l'on soupçonne un trouble psychiatrique chez certains patients ayant des palpitations ou une douleur thoracique, ils ne sont souvent pas orientés chez un spécialiste ou ne reçoivent souvent pas de traitement. Chez les patients identifiés comme ayant fortement recours aux soins primaires, la prévalence à vie du trouble panique est de 30 %.

### Traitement

Le traitement consiste principalement en une pharmacothérapie (tableau 2) et en une thérapie cognitivo-comportementale. Des améliorations sont observées avec l'un ou l'autres des traitements ou les deux au bout de six à huit semaines ou plus tôt, et le traitement sera efficace chez 70 à 90 % des patients.

### Pharmacothérapie psychoactive

Des études multicentriques contrôlées avec placebo ont démontré l'efficacité clinique des benzodiazépines, des anti-

**Tableau 2 : Pharmacothérapie spécifique utilisée pour le traitement du trouble panique**

	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS)			Antidépresseurs tricycliques (ATC)	Benzodiazépines	
	Paroxétine	Fluoxétine	Sertraline	Imipramine	Alprazolam	Clonazépam
<b>Dose initiale</b>	10 mg po tous les deux jours	5 mg po OD	25 mg po tous les 2 jours	10 mg po OD	0,25 à 0,5 mg po TID	0,25 à 0,5 mg po BID
<b>Délai d'action (semaines)</b>	4	4	4	8	1	1
<b>Données sur l'efficacité dans le trouble panique</b>	Étude-contrôlée avec placebo	Étude ouverte	Étude ouverte	Étude contrôlée avec placebo	Étude contrôlée avec placebo	Étude contrôlée avec placebo
<b>Données sur l'efficacité dans la dépression</b>	Étude - contrôlée avec placebo	Contrôlée-avec placebo	Contrôlée avec placebo	Étude contrôlée avec placebo		
<b>Sûr en cas de surdose</b>	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI
<b>Risque de dépendance</b>	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI

dépresseurs tricycliques et des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) pour le traitement du trouble panique. L'imipramine est l'unique agent anti-panique qui s'est avéré efficace, en particulier chez les patients atteints du syndrome X. Cependant, il a été démontré que l'imipramine augmente la fréquence cardiaque et la tension artérielle chez certains patients et peut causer une hypotension orthostatique. Par conséquent, elle n'est peut-être pas le médicament qu'il est le plus souhaitable d'utiliser chez les patients atteints de maladie cardiaque éventuelle qui présentent également un trouble panique.

Les ISRS sont actuellement les agents de première intention dans le traitement du trouble panique. On a constaté qu'ils étaient très efficaces, qu'ils n'engendraient pas d'abus et que le traitement pouvait être facilement amorcé par un cardiologue. Leur efficacité a été démontrée dans plusieurs études contrôlées avec placebo, la paroxétine ayant été la plus efficace pour traiter les symptômes de panique. En outre, les ISRS ne causent aucune réaction indésirable lorsqu'ils sont administrés avec des médicaments cardioactifs. Cependant, ces médicaments ont un long délai d'action comparative-ment aux benzodiazépines.

#### **Pharmacothérapie cardioactive spécifique**

Chez les patients présentant des palpitations mais n'étant pas atteints d'arythmie, on a suggéré d'éliminer l'ectopie à l'aide de médicaments cardioactifs, mais ces

cas présentent une corrélation faible sinon nulle entre les symptômes et le rythme cardiaque, et il n'existe aucune preuve que les médicaments cardioactifs soient efficaces. Les bêta-bloquants ont également été étudiés dans le traitement du trouble panique. Les résultats sont variables quant à la capacité des bêta-bloquants à réduire les symptômes d'anxiété en général et quant à leurs effets sur les symptômes somatiques dans le trouble panique.

#### **Perspectives futures**

Dans une étude, les oestrogènes se sont révélés réduire la fréquence de la douleur thoracique chez les femmes post-ménopausées atteintes du syndrome X. Bien que sur la base de cette constatation les recherches sur la cause des symptômes puissent être réorientées vers une étiologie cardiaque, des travaux récents suggèrent que les oestrogènes peuvent avoir des effets timiques et cognitifs centraux et que leur efficacité dans la maîtrise des symptômes peut résider dans leur action centrale. Il est nécessaire d'effectuer d'autres études dans ce domaine.

#### **Approche thérapeutique**

Lorsque l'on soupçonne un trouble panique, on devrait chercher à établir un diagnostic définitif. Le cardiologue peut poser une simple question de dépistage. Si la réponse du patient évoque la présence d'un trouble panique, le cardiologue devrait envisager un agent anti-panique spécifique et adresser le patient à un psychiatre



pour que ce dernier effectue une évaluation plus approfondie et lui prescrive un traitement (tableau 3).

## Résumé

Le trouble panique est fréquent et peut être présent chez les patients consultant leur cardiologue en raison de manifestations somatiques. Cependant, il est fréquent que les cardiologues n'envisagent pas ou ne traitent pas ce trouble. L'incapacité à établir le diagnostic de trouble panique ou le traitement inapproprié de cette affection simulant un complexe de symptômes vasculaires obscurs suscite des frustrations chez toutes les personnes concernées qui sont inutiles si l'on considère les connaissances actuelles, en particulier du fait que le traitement anti-panique est sûr et efficace.

## Bibliographie

1. Fleet RP, Dupuis G, Marchand A et al. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, co-morbidity, suicidal ideation and physical recognition. *Am J Med* 1996; 101:371-380.
2. Barsky AJ, Delamater BA, Clancy SA et al. Somatized psychiatric disorder presenting as palpitations. *Arch Intern Med* 1996; 156:1102-1108.
3. Beitman BD, Kushner MG, Basha I et al. Follow-up status of patients with angiographically normal coronary arteries and panic disorder. *JAMA* 1991;265:1545-1549.
4. Ballenger JC. Treatment of panic disorder in the general medical setting. *J Psychosom Res* 1998;44(1):5-16.
5. Cannon RO, Quyyumi AA, Mincemoyer R et al. Imipramine in patients with chest pain despite normal coronary angiograms. *N Engl J Med* 1994;330:1411-1417.
6. Katon WJ, Von Korff M, Lin E. Panic disorder: relationship to high medical utilization. *Am J Med* 1992;92(1A):7S-11S.
7. Clum GA, Surls. A meta-analysis of treatments for panic disorder. *J Cons Clin Psychol* 1993;61:317-332.

## Réunions scientifiques à venir

28 au 30 avril 1999

### Clinical Cardiology Management and Diagnostic Dilemmas

Santa Fe, Nouveau-Mexique, États-Unis

(American College of Cardiology)

PERSONNE RESSOURCE : 301-897-5400

12 au 15 Mai 1999

### NASPE Annual Scientific Sessions

Toronto, Ontario

PERSONNE RESSOURCE : (508) 647-0100

TÉLÉCOPIEUR : (508) 647-0124

EMAIL : info@naspe.org

19 au 22 mai 1999

### 14e réunion scientifique de l'American Society of Hypertension

New York, New York, États-Unis

(American Society of Hypertension)

PERSONNE RESSOURCE : 212-644-0650

La version française a été révisée par le Dr George Honos, Montréal.