
Agitation, angoisse



Chapitre 21 Agitation, angoisse

1. Crise d'angoisse aiguë ou attaque de panique
 - A. Diagnostic
 - II. Diagnostic étiologique
 - III. Diagnostic différentiel
 - IV. Prise en charge
1. Agitation et délire aigu
 - A. Agitation
 - II. Délire aigu

Item 347. Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique

Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer une crise d'angoisse aiguë et/ou une attaque de panique.
 - Identifier les caractéristiques d'urgence de la situation et planifier leur prise en charge préhospitalière et hospitalière (posologies).
-

Item 346. Agitation et délire aigu

Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer une agitation et un délire aigus.
- Identifier les caractéristiques d'urgence de la situation et planifier leur prise en charge préhospitalière et hospitalière (posologies).

Crise d'angoisse aiguë ou attaque de panique

Les crises d'angoisse aiguës ou attaques de panique sont définies selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e édition (DSM-IV) comme « une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente ». Durant ces attaques sont présents des symptômes tels que des sensations de « souffle coupé », des palpitations, des douleurs thoraciques, des sensations d'étouffement et la peur de devenir « fou » ou de perdre le contrôle de soi. Ces symptômes peu spécifiques peuvent également être rencontrés dans des pathologies somatiques nécessitant des soins urgents, ce qui justifie leur recherche systématique.

I Diagnostic

Le diagnostic repose sur la présence d'un certain nombre de critères diagnostiques parmi trois types de symptômes : physiques, psychiques et comportementaux.

Encadré 21.1 Critères diagnostiques de l'attaque de panique selon le DSM-IV

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de 10 minutes :

- Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque
- Transpiration
- Tremblements ou secousses musculaires
- Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement
- Sensation d'étranglement
- Douleur ou gêne thoracique
- Nausée ou gêne abdominale
- Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
- Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
- Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
- Peur de mourir
- Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)
- Frissons ou bouffées de chaleur

A Symptômes psychiques

Les principaux symptômes psychiques sont la peur, l'angoisse, voire la terreur. Ils peuvent s'accompagner d'une impression de dépersonnalisation (transformation du corps) ou de modification de l'environnement (déréalisation). L'esprit est envahi par des pensées catastrophiques : peur d'étouffer, d'avoir un accident cardiaque, de perdre le contrôle de soi ou de mourir. La concentration sur une tâche devient impossible et la mémoire peut être fortement perturbée.

B Symptômes physiques et comportementaux

De nombreux signes généraux peuvent être rapportés : étourdissement, vertiges, sensation de faiblesse des jambes, sueurs, bouffées de chaleur, tremblements, douleurs, nausées, vomissements, diarrhée, paresthésies. Les signes physiques sont très variés, concernant fréquemment la respiration

(dyspnée, sensation d'étouffement) et le cœur (palpitations, tachycardie, douleurs thoraciques).

L'examen clinique peut retrouver une élévation de la pression artérielle, une discrète augmentation de la température corporelle ou une hyperventilation.

Le comportement du patient peut aussi être variable : agitation désordonnée, inhibition plus ou moins marquée, jusqu'à la sidération. À la différence des crises convulsives d'agitation hystérique, les crises d'angoisse s'accompagnent peu de manifestations spectaculaires et théâtrales, les sujets anxieux cherchant souvent à dissimuler leur gêne.

C Évolution de la crise

Il peut exister une phase prodromique avec un sentiment de malaise généralisé sans objet. Le plus souvent, le début est assez brutal et l'intensité des symptômes augmente très rapidement atteignant son acmé en moins de 10 minutes. Puis la crise dure quelques minutes ou plus, et le calme revient progressivement avec persistance d'une grande fatigue ou d'une grande émotivité (larmes, instabilité émotionnelle). La durée totale des crises peut varier de quelques minutes à une heure, avec une moyenne autour de 20 à 30 minutes.

II Diagnostic étiologique

Les crises d'angoisse peuvent être spontanées (sans facteurs déclenchants), secondaires à des peurs préalables ou à un état psychologique particulier (anxiété phobique ou humeur dépressive), ou déclenchées par des événements traumatisants intenses (agressions, accidents).

Les étiologies toxiques sont nombreuses : alcool, cannabis, cocaïne, hallucinogènes (LSD), amphétamines, théophylline, produits anticholinergiques, dérivés nitrés, hormones thyroïdiennes, corticostéroïdes... Le sevrage en certaines substances peut également déclencher une attaque de panique (benzodiazépines, alcool, opiacés...).

III Diagnostic différentiel

Plusieurs urgences somatiques sont à l'origine de manifestations aiguës proches de l'attaque de panique. **Il est donc impératif d'éliminer une origine organique à la symptomatologie :**

- pathologies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, trouble du rythme, insuffisance cardiaque...);
- pathologies pulmonaires (embolie pulmonaire, crise d'asthme, pneumothorax...);
- pathologies neurologiques (crise d'épilepsie, accident vasculaire cérébral...);
- pathologies endocriniennes (hypoglycémie, thyrotoxicose, phéochromocytome, insuffisance surrénale aiguë...).

Un examen somatique complet est nécessaire. Il sera éventuellement complété par des examens supplémentaires orientés par la clinique : électrocardiogramme, bilan biologique, recherche de toxiques.

IV Prise en charge

A Prise en charge en urgence

La première étape est l'élimination de pathologies organiques urgentes pouvant mimer une attaque de panique.

La prise en charge comprend :

- des mesures de réassurance : isoler le patient des facteurs anxiogènes, se montrer rassurant, expliquer l'origine psychologique des symptômes physiques, rappeler l'absence de menace vitale ;
- le contrôle respiratoire : éviter la polypnée, l'hypocapnie étant responsable de certains symptômes somatiques.

Ces mesures permettent dans la majorité des cas d'obtenir une résolution de la crise. Une administration médicamenteuse ne s'impose que lorsque la crise se prolonge malgré les méthodes énoncées ci-dessus, par exemple au-delà d'une demi-heure, ou que les symptômes sont très intenses (agitation psychomotrice). La voie *per os* est à privilégier, car elle assure bonne biodisponibilité et rapidité d'action pour les produits anxiolytiques, et permet de limiter l'aspect technique de l'acte. Les thérapeutiques disponibles dans le traitement aigu de l'anxiété sont essentiellement les benzodiazépines, par exemple :

- diazépam : 5 ou 10 mg ;
- alprazolam : 0,25 ou 0,50 mg.

La voie intramusculaire (IM) est à réserver aux cas exceptionnels où la voie orale n'est pas accessible (agitation majeure) avec, par exemple, clorazépate dipotassique : 20 mg.

La surveillance est fondée sur la disparition des symptômes et la tolérance des traitements.

B Prise en charge à distance

Elle évalue si l'attaque de panique est isolée ou s'intègre dans le cadre d'une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée :

- trouble panique, défini par une répétition des attaques de panique ;
- trouble phobique, où la crise est déclenchée par la situation redoutée ou par anticipation à cette exposition ;
- anxiété généralisée ou épisode dépressif, pouvant comporter des attaques de panique.

Agitation et délire aigu

I Agitation

L'agitation est caractérisée par un dysfonctionnement psychomoteur aigu, avec une augmentation marquée de l'activité motrice et psychologique, souvent accompagnée d'une perte de contrôle motrice et une désorganisation de la pensée. Agitation, confusion et délire peuvent coexister ou survenir de façon indépendante. On notera des formes d'agitation incontrôlable, où le patient est inaccessible à la discussion, et d'autres contrôlables permettant un contact verbal pouvant constituer une première étape thérapeutique.

L'agitation est le symptôme d'une souffrance psychique ou physique, et la recherche d'une cause organique est un élément majeur conditionnant la prise en charge.

A Diagnostic

1 Interrogatoire

Mené auprès du patient et de son entourage, il fait préciser les antécédents médicaux et psychiatriques, la rapidité et les circonstances d'installation, les symptômes associés (confusion, hallucinations), la fluctuation dans le temps.

2 Examen somatique

Indispensable malgré la difficulté d'exécution, on recherche :

- des signes généraux : température, cyanose, marbrures, ictère, sueurs, haleine (alcool, cétonique...);
- des signes neurologiques : signes focaux, signes méningés...;
- des signes cardiovasculaires : pouls, pression artérielle, signes d'insuffisance cardiaque...;
- des signes respiratoires : dyspnée, signes de lutte...;
- des signes abdominaux : hépatomégalie, globe vésical.

Cet examen peut orienter la prescription d'examen complémentaires biologiques (ionogramme, glycémie, numération), la recherche de toxiques, un électrocardiogramme ou des radiographies.

B Diagnostic étiologique

1 Causes organiques

Origines toxiques

Dans l'intoxication alcoolique aiguë, une hypotonie musculaire et une incoordination motrice s'ajoutent à l'agitation. Le sevrage alcoolique se caractérise par une confusion, un délire oniroïde et la présence d'hallucinations visuelles réalisant le tableau de *delirium tremens*.

Les autres toxiques incriminés sont les drogues récréatives (cocaïne, cannabis, ecstasy) ou des médicaments (psychotropes, corticoïdes). Le sevrage en certaines drogues peut être à l'origine d'une agitation (benzodiazépines, opiacés).

Origines non toxiques

Des causes neurologiques traumatiques (hématome sous-dural), infectieuses (méningoencéphalites), tumorales ou épileptiques doivent être recherchées.

Les causes métaboliques comme l'hypoglycémie, l'acidocétose diabétique, les dysnatrémies et dyscalcémies, l'hyperthyroïdie sont à rechercher.

L'agitation peut aussi être retrouvée dans un contexte d'urgence somatique comme l'état de choc ou l'insuffisance respiratoire aiguë, par exemple.

2 Causes psychiatriques

- L'accès maniaque marqué par un grand état d'agitation, d'euphorie et de désinhibition apparaissant brutalement chez un sujet ayant le plus souvent des antécédents psychiatriques personnels (dépression, manie) ou familiaux. Les autres signes de l'accès maniaque incluent l'augmentation de l'estime de soi, les idées de grandeur, l'insomnie, la logorrhée et la familiarité. Il existe des risques médico-légaux (hétéroagressivité).
- La bouffée délirante aiguë, survenant chez des sujets sans antécédents particuliers. L'agitation est satellite du délire.
- La schizophrénie, qui réunit à des degrés divers un syndrome dissociatif, un syndrome délirant et un syndrome déficitaire. Certaines conduites d'agitation demeurent possibles et imprévisibles.
- Les délires chroniques paranoïaques faisant redouter un risque d'agression sur le persécuteur.
- L'attaque de panique, qui peut revêtir des éléments d'agitation.
- L'agitation hystérique ou crise de nerfs, caractérisée par la dramatisation publique d'une situation.
- Parfois les démences et certains retards mentaux.

C Prise en charge

La prise en charge des patients agités est une urgence, visant à éviter la dangerosité du patient pour lui-même ou l'entourage. Elle repose sur l'association d'un abord relationnel, souvent d'une contention transitoire, et d'une thérapeutique médicamenteuse.

1 Approche relationnelle

Elle permet une première évaluation clinique et de la dangerosité du patient. L'entretien doit se dérouler dans un lieu calme. Cet entretien vise à instaurer un climat de confiance pour créer une alliance thérapeutique et permettre au patient de décrire sa détresse.

2 Contention

Elle peut devenir nécessaire s'il existe un risque de violence imminente du patient envers lui-même ou autrui, alors que les autres moyens de contrôle sont restés inefficaces.

Les mesures de contention doivent faire l'objet de protocoles préétablis de mise en place et de surveillance. Elles ne se conçoivent que réalisées conjointement à d'autres mesures thérapeutiques, en général pharmacologiques, permettant d'en limiter l'usage. Il est nécessaire d'expliquer au patient les raisons de ces mesures et de continuer à le rassurer.

En pratique, le patient est saisi à chaque membre et la tête est maintenue sur le côté. Il est couché sur le dos, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées. Le patient est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour éviter les risques d'inhalation. Cette contention n'entraîne en aucun cas une rupture relationnelle avec le patient, et la surveillance psychique et somatique de la réponse au traitement permet de lever partiellement puis totalement ces contentions.

3 Traitement médicamenteux

Il permet :

- la réalisation de l'examen clinique si celui-ci avait été rendu impossible ;
- la réduction de l'anxiété et de l'agitation ;
- la limitation de la durée de la contention physique.

Les principales molécules utilisées dans ce contexte sont les neuroleptiques atypiques et les benzodiazépines. Si le patient est coopérant, la voie orale doit être privilégiée. Elle assure une rapidité d'action (souvent 30 à 60 minutes selon les molécules) et fait jouer au patient un rôle actif dans sa prise en charge. En cas de non-coopération, les voies intramusculaires et intraveineuses (plus rarement) sont utilisées.

Benzodiazépines

Par exemple : diazépam 10 à 20 mg *per os* ou IM, chlorazépate 50 mg *per os* ou IM.

Elles présentent un risque de dépression respiratoire et d'hypotension orthostatique.

Neuroleptiques

Les neuroleptiques atypiques ont une meilleure sécurité d'emploi en l'absence d'effet cardiovasculaire majeur. Aucun cependant n'assure une totale sécurité d'utilisation et l'halopéridol est aussi utilisable dans ce contexte.

Par exemple : loxapine 100 à 200 mg *per os* ou IM, halopéridol 1 à 2 mg *per os* ou IM, cyamémazine 50 à 200 mg *per os* ou IM.

Les effets secondaires liés à cette classe sont les effets extrapyramidaux, anticholinergiques, les troubles du rythme, le syndrome malin, le risque convulsif, des troubles hématologiques et les risques de mort subite.

À la surveillance psychique et somatique du patient s'ajoutent donc les éléments de surveillance propre à chaque classe pharmacologique employée.

La suite de la prise de la charge vise à poursuivre la recherche d'une éventuelle étiologie, puis à déterminer le mode d'hospitalisation du patient, libre ou, le plus souvent, soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) si le patient n'est pas en état de consentir ou soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État (SDRE) si le patient présente une dangerosité pour les personnes ou porte atteinte à l'ordre public (sur décision préfectorale ou par arrêté du maire).

II Délire aigu

Dans les différentes classifications actuelles, le premier épisode délirant, s'il s'avère effectivement primaire, c'est-à-dire sans étiologie organique, a comme terminologie «

trouble psychotique aigu » selon la classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10) ou « trouble psychotique bref » selon le DSM-IV. Tout comme la « bouffée délirante aiguë » utilisée dans la nosographie française, ces expressions correspondent à un accès psychotique de survenue brutale et limité dans le temps. Ce diagnostic sera confirmé ou infirmé selon l'évolution à plusieurs semaines ou mois. La recherche d'une atteinte organique sévère reste un élément prioritaire.

A Diagnostic

1 Éléments anamnestiques

On recherche surtout dans ce contexte une personnalité prédisposante (schizoïde, narcissique, histrionique) et un facteur déclenchant : surmenage, perte d'un proche, série d'événements modérément stressants, échec affectif ou professionnel, états de fragilité organique (post-anesthésie), isolement.

2 Signes psychiques

- Le délire : d'apparition assez brusque, les idées délirantes sont polymorphes et variables dans leur thème et dans le temps, mal structurées. L'adhésion du patient est totale. Les hallucinations psychosensorielles, les intuitions et le phénomène d'automatisme mental (perte d'intimité de la pensée) sont des mécanismes générateurs de ce délire.
- La dépersonnalisation profonde induisant un bouleversement de son autoperception avec sentiment de bizarrerie de son corps.
- Une participation thymique fréquente, avec oscillations entre les pôles extrêmes de l'euphorie et de la sidération catatonique.
- Les troubles de l'attention, perturbée par les productions imaginaires et l'appréhension changeante du monde extérieur.

3 Troubles du comportement

La présentation et le comportement sont en rapport avec le délire. Le sujet évolue au gré de ses productions imaginaires, avec un réel détachement de la réalité actuelle, tantôt immobile et sidéré, puis mobilisé par l'adversité et le désordre intensément ressentis. Cette épopée délirante provoque des troubles du comportement infiniment variés : extase, agitation anxieuse ou euphorique. Ces comportements ont pour conséquences des fugues, des voyages pathologiques ou encore des actes médico-légaux.

B Formes cliniques

- La **bouffée délirante aiguë** est une dénomination typiquement française. Elle survient le plus souvent chez un adulte jeune, parfois sans personnalité prédisposante sous-jacente, et réalise un tableau d'état délirant de survenue brutale, souvent sans prodrome.
- La **psychose du post-partum** réalise un tableau proche de la bouffée délirante aiguë, avec un délire oniroïde centré sur l'enfant, une confusion et une fluctuation thymique. Le risque de suicide et

d'infanticide impose la séparation transitoire de la mère et de l'enfant au début du traitement.

C Diagnostic différentiel

1 Causes toxiques et somatiques

Leur recherche est essentielle. On peut retrouver des causes :

- toxiques : cocaïne, amphétamines, opiacés, intoxication alcoolique aiguë... ;
- neurologiques : épilepsie temporale, hémorragie méningée, tumeurs cérébrales, méningoencéphalites... ;
- métaboliques : dysnatrémie et dyscalcémie, hypercorticismes, dysthyroïdies ;
- infectieuses.

Les examens complémentaires s'imposent toujours en cas de premier épisode délirant, même s'il faut parfois obtenir préalablement la sédation du patient. Ces pathologies somatiques se caractérisent par l'existence d'un syndrome confusionnel, moins en faveur d'un diagnostic purement psychiatrique.

2 Causes psychiatriques

- État maniaque ou mélancolique, où la conviction délirante est moins forte et où les troubles du comportement prédominent.
- Décompensation d'une psychose chronique.
- Trouble dissociatif.
- Confusion mentale.

D Prise en charge à la phase initiale

1 Approche relationnelle

Le délire aigu est une **urgence thérapeutique**. L'hospitalisation en milieu spécialisé s'impose, avec mesures d'internement le plus souvent.

L'entretien doit se faire dans un endroit calme. Les soignants doivent toujours garder en tête le vécu du patient qui peut se sentir très angoissé, méfiant. Généralement, il n'a aucune critique de ses propos et ne ressent pas la nécessité de recevoir des soins. Il faut néanmoins tenter de rétablir un climat favorable, essayer d'aider le patient et ses proches à intégrer ce nouvel événement traumatisant et tenter d'isoler les facteurs déclenchants pour en planifier l'éviction.

2 Traitement médicamenteux

Les traitements pharmacologiques trouvent leur place après un bilan somatique clinique et paraclinique, éliminant une prise toxique ou une atteinte somatique.

Le traitement de l'accès délirant à la phase initiale repose surtout sur les **neuroleptiques** :

- en urgence, pour réussir à maîtriser le patient et organiser l'hospitalisation et les examens complémentaires, une sédation rapide est parfois nécessaire ;
- on peut utiliser de la loxapine (100 à 200 mg) IM et/ou une benzodiazépine (clorazébate ou clonazépam) IM.

L'association d'une benzodiazépine peut être préconisée afin de potentialiser la sédation (par exemple, clorazébate 50 mg per os ou IM).

L'association d'une phénothiazine sédative (cyamémazine 50 à 200 mg/jour, par exemple) peut également être utilisée pour obtenir une action rapide sur l'agitation et les troubles du sommeil.

La voie d'administration est classiquement parentérale dans les premiers jours, de manière à atteindre plus rapidement une concentration efficace du produit. En fait, la voie IM ou *per os* dépend de la coopération du patient. La posologie doit être rapidement croissante les premiers jours, de manière à obtenir la sédation du délire et de l'agitation.

Ces prescriptions sont accompagnées si besoin d'une réhydratation et de correcteurs des effets extrapyramidaux (antiparkinsoniens anticholinergiques) ou de l'hypotension orthostatique des neuroleptiques.

E Évolution

Elle est favorable dans la majorité des cas et ce, d'autant plus que le traitement neuroleptique est instauré rapidement. Dans un tiers des cas environ, la bouffée délirante reste un accident unique dans la vie d'un sujet. Dans un bon tiers des cas, une évolution intermittente peut être observée, sous la forme de récurrences d'accès délirants ou d'épisodes maniaques. Le risque essentiel est l'évolution vers une schizophrénie, dans un peu moins d'un tiers des cas. Celle-ci peut s'installer au décours d'un premier épisode ou d'une récurrence. Les éléments de pronostic favorable sont un traitement neuroleptique précoce et une critique secondaire de l'épisode.

Points clés

- Attaque de panique, agitation et état délirant aigu doivent rester des diagnostics portés après avoir éliminé, par l'examen clinique et des examens paracliniques adaptés, des urgences somatiques ou des prises de toxiques.
- Attaque de panique, agitation et état délirant aigu sont des urgences thérapeutiques.
- Mesures relationnelles, traitement pharmacologique et éventuellement contention sont la base du traitement.
- La mise en place de contention doit se faire de façon transitoire et protocolaire, et impose une surveillance rapprochée.
- La surveillance porte sur l'efficacité du traitement et les aspects propres à chaque thérapeutique engagée.

Pour en savoir plus

Fraser GL, Devlin JW, Worby CP, et al. Benzodiazepine versus nonbenzodiazepine-based sedation for mechanically ventilated, critically ill adults : a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Crit Care Med* 2013 ; 41(9 Suppl 1) : S30–8.



Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. ;
American College of Critical Care
Medicine. Clinical practice guidelines for
the management of pain, agitation, and
delirium in adult patients in the intensive
care unit. Crit Care Med 2013 ; 41 : 263–
306. [http://www.learnicu.org/
SiteCollectionDocuments/Pain,
%20Agitation,%20Delirium.pdf](http://www.learnicu.org/SiteCollectionDocuments/Pain,%20Agitation,%20Delirium.pdf)