


Anxiété chez le sujet âgé :

Faut-il en avoir peur?

C. Hazif-Thomas

CHG Quimperlé

Service de Psychiatrie du sujet âgé et de
Psychogériatrie



Les pathologies psychiatriques se rencontrent chez le sujet âgé dans deux situations cliniques très différentes :

- ◆ - La première situation est celle du vieillissement des patients présentant des pathologies psychiatriques chroniques : les psychoses chroniques avec le vieillissement des patients schizophrènes, les troubles de l'humeur (troubles bipolaires et dépression récurrente), les pathologies anxieuses.
- ◆ - La deuxième situation est liée à l'apparition de troubles psychiatriques chez un sujet âgé jusque là sans antécédent.

Dans le cadre de l'apparition de troubles psychiatriques chez un sujet âgé jusque là sans antécédent : deux difficultés :

- ◆ 1 => D'ordre diagnostique : La pathologie ne se limite pas au classique dépression, confusion, démence, mais:
- ◆ . Les critères diagnostiques utilisés chez le sujet plus jeune ont-ils la même pertinence ?
- ◆ . Existe-il une spécificité clinique et au-delà des pathologies spécifiques du sujet âgé ?
- ◆ 2 => Les problèmes cliniques sont très souvent liés à l'intrication de différentes pathologies somatiques et psychiatriques entre elles.



Etat des lieux

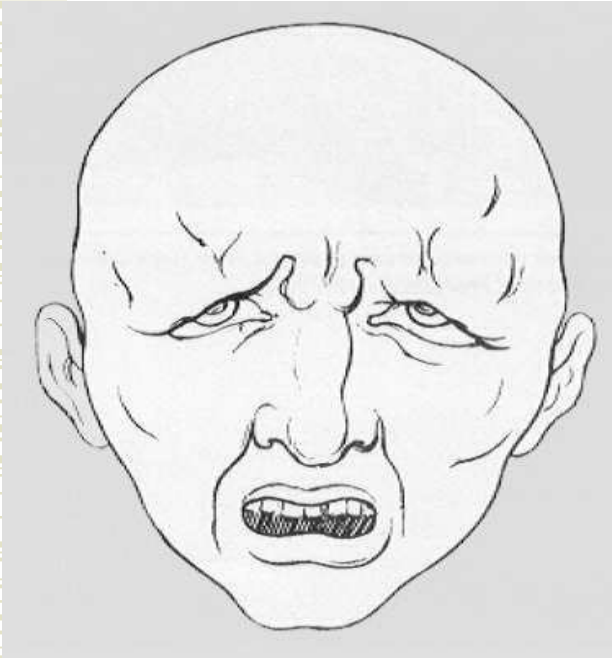
- ◆ Généralités :
- ◆ - D'après l'OMS les troubles mentaux sont une des premières causes de morbidité chez le sujet âgé
- ◆ - Ils représentent 3/5 des sources d'incapacité liées au vieillissement.
- ◆ - Manque important d'études : les plus étudiés sont la démence et la dépression

Les grands cadres de la pathologie psychiatrique :

- ◆ - Les troubles de l'humeur : dépression et troubles bipolaires
- ◆ - Les troubles anxieux : attaques de panique, anxiété généralisée, phobies, T.O.C., troubles post traumatiques
- ◆ - Schizophrénie et délires chroniques
- ◆ - Les addictions : alcool, médicaments, drogues
- ◆ - Les démences : +++ la maladie d'Alzheimer
- ◆ - Les troubles particuliers au sujet âgé : syndrome de glissement, Charles bonnet

Troubles anxieux

- ◆ - Les études montrent qu'après 60 ans il y aurait une moindre prévalence de l'anxiété que chez le sujet jeune (prévalence des troubles chez la femme)
- ◆ - Prédominance de l'anxiété généralisé 3%
- ◆ - Les T.O.C. (1,5%), les phobies (5%) et les troubles paniques (0,5%) sont plus rares (Chez la femme peuvent apparaître agoraphobie ou TOC de façon primaire, chez l'homme TOC ou panique existent depuis un âge plus jeune)
- ◆ - Morbidité +++ associée entre dépression et anxiété généralisé
- ◆ - La maladie somatique engendre plutôt dépression qu'anxiété
- ◆ - Place du syndrome de stress post traumatique



Étymologie commune entre anxiété et angoisse...

Angere, anctus: opprimer, resserrer
étroitesse...

Définition: anxiété

- ◆ État subjectif de détresse
- ◆ Sentiment pénible d'attente et d'appréhension d'un danger à la fois imminent et imprécis
- ◆ Souvent associée à un cortège de symptômes somatiques qui correspondent à l'angoisse
- ◆ Dans l'anxiété généralisée, 3 symptômes associés à l'anxiété chronique parmi agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil

Anxiété du SA : danger des conceptions adulto-centriques

- ◆ C'est celui de la méconnaissance d'une particularité fondamentale : celle d'être plus souvent agie qu'exprimée, surtout en institution.
- ◆ Si verbalisée, elle l'est préférentiellement sous le signe de la répétition (peur de déranger, peur de ne pas avoir de ressources personnelles suffisantes...)

Anxiété du SA : Généralités

- ◆ L'abord de l'anxiété est parfois défendu par des conduites régressives ou hostiles: apathie, oppositionnisme, colères puériles,... autant de messages de protestation , révélateurs de conflits anxiogènes.
 - Il est nécessaire d'apprécier un état dépressif sous-jacent ou un émoussement affectif satellite d'un état démentiel, d'une disthyroïdie...

Anxiété : les structures neuroanatomiques impliquées

Le
n
é
o
o
r
t
e
x

- ◆ L'amygdale: l'amygdalectomie chez l'animal inhibe la réponse à une situation stressante.
- ◆ L'hippocampe: une lésion hippocampique, chez l'animal, provoque un effet comparable à celui des anxiolytiques.
- ◆ Le locus coeruleus (les ISRS ↓ son activité neuronale)

Dans tous ces sites importance des Rcpt 5 HT1A

L'anticipation anxieuse

- ◆ **Souvenirs répétés d'événements stressants**
- ◆ **altération de la mémoire**
- ◆ **distractibilité**
- ◆ **difficultés de concentration**
- ◆ **indécisions**
- ◆ **angoisse de séparation....**

Anxiété généralisée du sujet âgé

- ◆ Existence depuis au moins 6 mois de plusieurs symptômes d'anxiété ou de soucis injustifiés.
- ◆ 70% des troubles anxieux du SA.
 - Svt d'évolution ancienne et exprimé par des troubles locomoteurs, neurovégétatifs, des troubles de la vigilance.
 - Comorbidité avec les errances, les insomnies, l'alcoolisme et les troubles caractériels.

La panique : concept

- ◆ « Cette peur intense qui s'inscrit ponctuellement dans le sujet par l'affolement et la désorientation ... »
 - Pour une clinique de la panique , à l'épreuve de la psychanalyse, Synapse, 1999, n°158, 25-30.
- ◆ Eclatement du concept de névrose d'angoisse entériné par le DSM III
- ◆ Survenue répétée et rapprochée de crises d'angoisse aiguës

Troubles anxieux et Trouble panique : traitement pluridisciplinaire

- ◆ Nécessité d'une collaboration avec les confrères généralistes, urgentistes et cardiologues pour :
 - Ne pas affirmer à tort l'origine purement psychologique par exemple d'une douleur thoracique (attention à l'embolie pulmonaire).
 - Que nos collègues ne surmédicalisent pas inutilement certains troubles psychiatriques du sujet âgé.

Panique et personne âgée

- ◆ La panique ne survient pas forcément sur un terrain dépressif.
- ◆ Le dément n'en est pas protégé. Elle est source de repli sur soi, de démotivation.
- ◆ Elle peut être inaugurée par une chute, entravant alors de façon considérable la rééducation.
- ◆ Elle pourrait être facilitée par les troubles de la marche, la solitude, l'expérience de chutes antérieures, surtout si la personne âgée est restée au sol

Masques psychiques ou somatiques d'une anxiété

Troubles du comportement

Inhibition

- asthénie
- repli sur soi (conduite phobique)
- difficultés mnésiques (par troubles de l'attention)

Excitation

- irritabilité et agressivité
- troubles du sommeil
- déambulations et fugues
- consommation abusive d'alcool ou de sédatif

Troubles somatiques

Cardiovasculaires

- HTA non équilibrée
- tachycardie
- angor non équilibré

Autres

- dyspnée
- tremblement d'attitude
- céphalées ou cervicalgies
- lombalgies communes
- troubles digestifs...

Anxiété du SA : Généralités

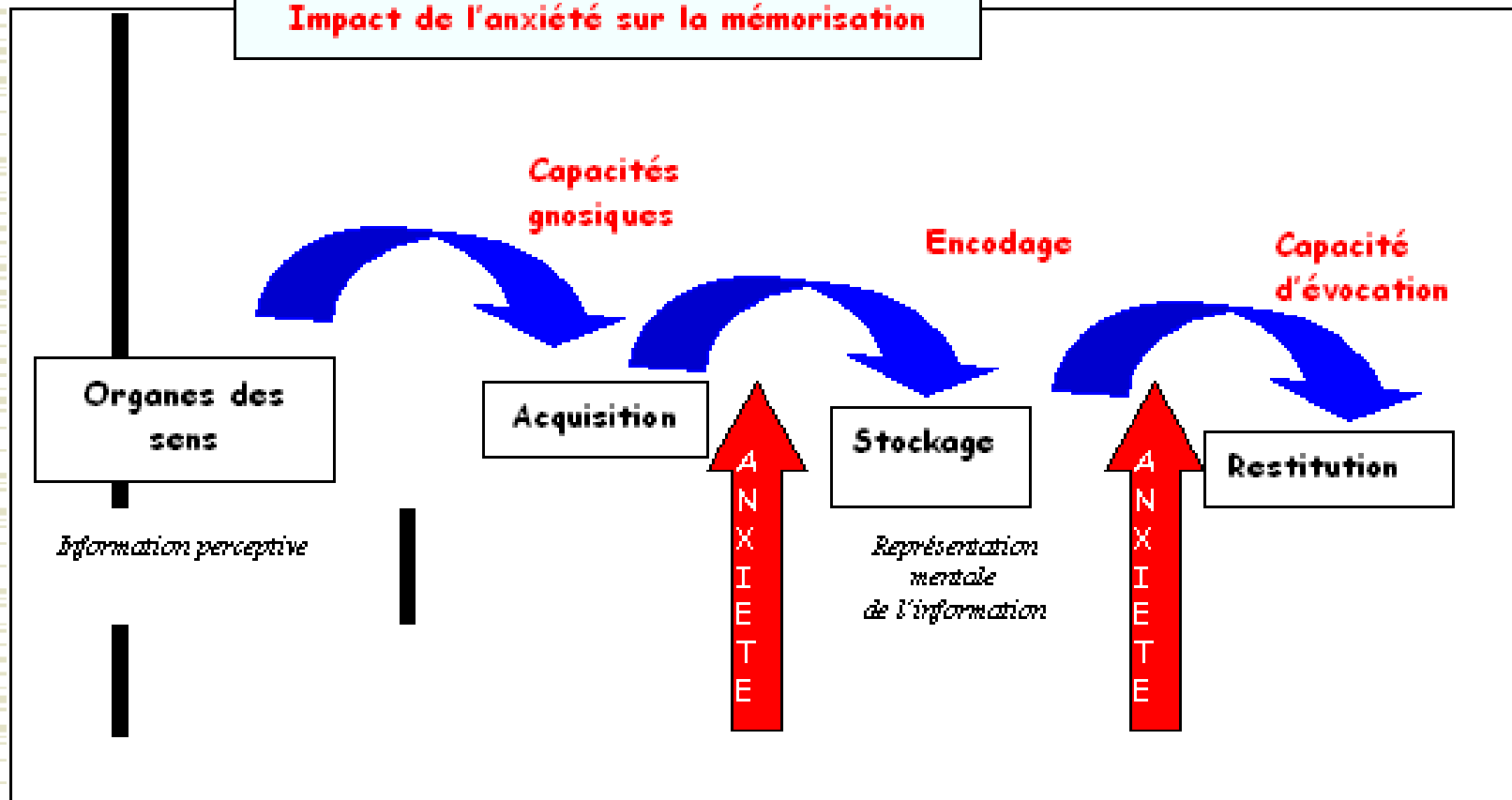
- ◆ L'anxiété peut par elle-même provoquer des troubles cognitifs et mnésiques, faussement rapportés à une démence.
- ◆ La difficulté diagnostique tient au fait qu'une démence authentique débutante, sans anosognosie, peut provoquer aussi une anxiété sévère

Mémoire et anxiété

- ◆ **L'anxiété-état** altère les capacités mnésiques des sujets dans les tâches d'empan (Eysenck, 1979). Effet minime de l'anxiété-trait.
 - **Perturbation de la MCT** surtout si l'information à traiter met en jeu de fortes ressources attentionnelles.
 - **MLT**: les anxieux auraient de meilleurs résultats que les témoins dans les tests de mémoire implicite.
 - Notion de biais de mémoire; par ex. des mots « neutres » seraient moins complétés que des mots menaçants

Mémoire et anxiété

Impact de l'anxiété sur la mémorisation





LES PRINCIPALES PERTURBATIONS COGNITIVES LIEES A L'ANXIETE

- ◆ Des troubles de la mémoire antérograde
- ◆ Une diminution des ressources attentionnelles
- ◆ Une réduction de la vitesse de traitement de l'information
- ◆ Une difficulté à inhiber une information non pertinente et anxiogène

Distinctions anxiété-dépression

ANXIÉTÉ

- ◆ Hypervigilance
- ◆ Tension et panique
- ◆ Perception d'un danger
- ◆ Evitement phobique
- ◆ Doute et incertitude
- ◆ Insécurité
- ◆ Anxiété et tension

DÉPRESSION

- ◆ Ralentissement psychomot.
- ◆ Tristesse
- ◆ Perception d'une perte
- ◆ Désintérêt, anhédonie
- ◆ Désespoir, découragement
- ◆ Auto-dépréciation
- ◆ Auto-accusations, immobilité

Anxiété résistante, marqueur d'un trouble de l'humeur?

- ◆ L'anxiété s'accompagne d'autant plus de dépression que le patient est débordé par son anxiété et qu'il est handicapé dans sa vie quotidienne.
- ◆ Lorsque le traitement ne parvient pas à réduire la tension émotionnelle et les manifestations somatiques qui accompagnent l'anxiété.
- ◆ Qui résiste à quoi en la matière? Suffit-il de prescrire un anxiolytique, « de traiter », l'anxiété-symptôme pour croire avoir traité l'anxiété de fond?
 - Toujours bien connaître le spectre d'action du psychotrope: ex des bêta-bloquants classiquement actifs sur la composante somatique mais non pas psychique de l'anxiété

Anxiété résistante, marqueur d'un trouble de l'humeur?

- ◆ On peut regarder l'anxiété comme n'étant qu'une composante d'un état anxiodépressif: dans ce cas l'institution d'une BZD ne fera que favoriser une **évolution chronique**, avec une symptomatologie partiellement gommée, voire inentamée (TOC).
- ◆ De plus l'existence d'une co-morbidité augmente aussi le risque de chronicisation et de mortalité.
 - Les PA sont plus sensibles à l'effet amnésiant des BZD , amnésie qui perturbe la mémoire explicite; elles sont aussi fréquemment des consommatrices chroniques d'hypnotiques, suite à la conviction subjective de l'effet hypnotique d'où le problème de la **dépendance**.

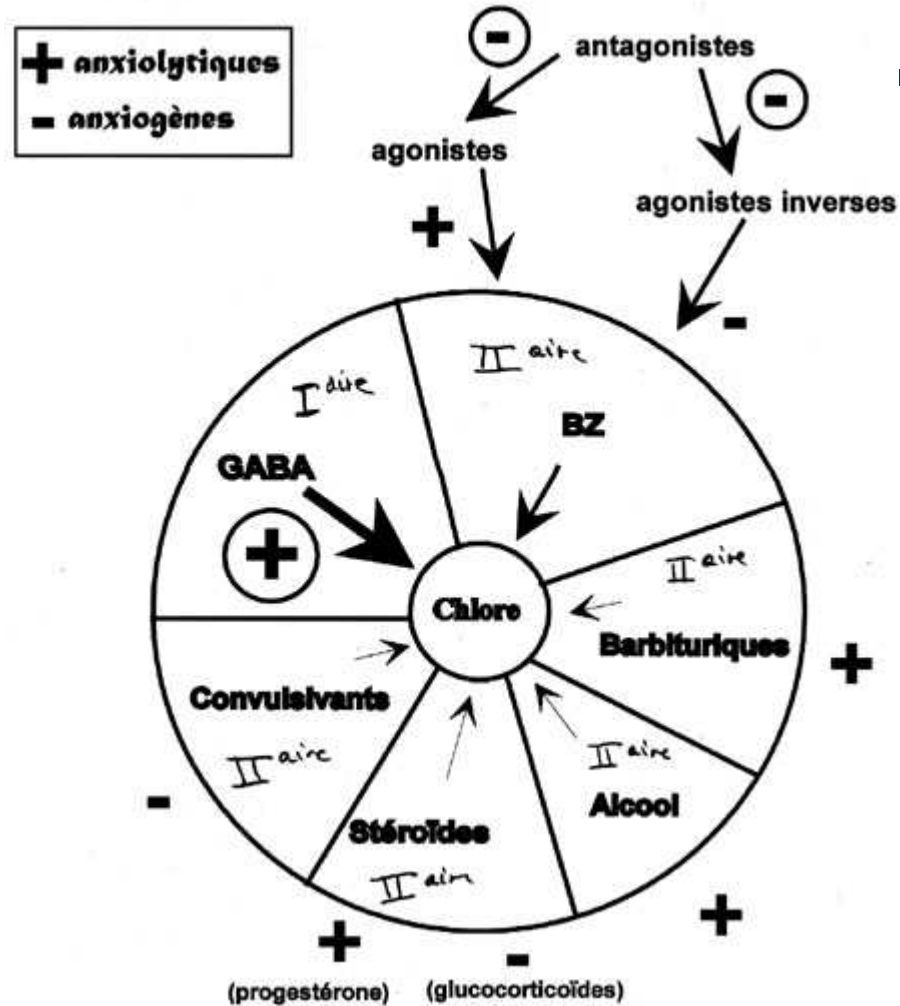
Anxiété résistante : neurobiologie

- ◆ Avec le **vieillessement** existe une diminution de la plupart des neurotransmetteurs dont celle du **GABA**, d'où un niveau d'anxiété probablement plus important.
- ◆ Et l'idée d'une susceptibilité neurobiologique peut-être accentuée par la **comorbidité somatique: hyperthyroïdies et pathologies somatiques notamment.**

- B.Millet, C.Evans,L'encéphale, 2000.

Le récepteur GABA_A

FACE EXTRACELLULAIRE DU RÉCEPTEUR GABA-A




Modèles « explicatifs » des troubles anxieux

- ◆ L'amygdale (Goddard et al, 1997)
 - mécanismes de peur et de panique
 - multiples connexions : locus coeruleus, hippocampe, hypothalamus, cortex orbito-frontal...

=> modèles explicatifs du trouble panique (attaques de panique spontanées, anxiété anticipatoire, comportements d'évitement...)
- ◆ Données issues de la neuroimagerie (Wu, 1991)
 - augmentation du métabolisme du glucose au niveau du lobe temporal et diminution au niveau des ganglions de la base
- ◆ Rôle du système noradrénergique (Sheikh, 2000)

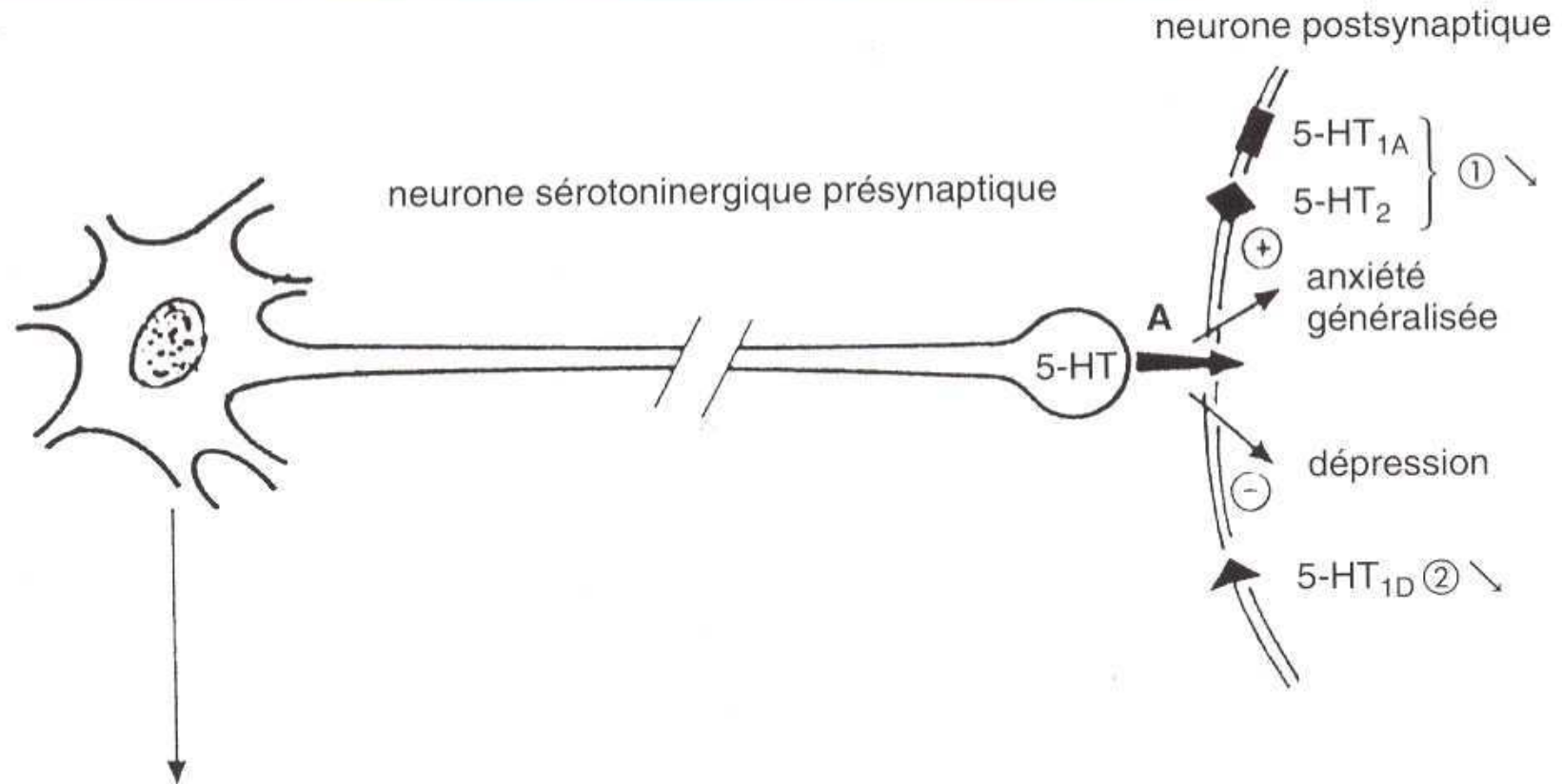
Anxiété résistante : neurobiologie

- ◆ **Anxiété et GABA:** pour certains, l'anxiété serait due à un excès de synthèse de GABA agoniste ou au contraire à la  de synthèse d'un agoniste endogène (BDZ libre); pour d'autres cela serait due à l'altération fonctionnelle des récepteurs:
 - Inactivation du Rcpt 5HT1A chez la souris mutée et mise en évidence d'une **anxiété résistante**. Le manque de ces Rcpt 5HT1A est en lien par la suppression de l'input avec une moindre expression de la sous-unité α des GABA_A dans **l'amygdale et l'hippocampe**.
 - Les sous-unités $\alpha 1$ et 2 sont les sous-types essentiels dans l'amygdale: site de l'action anxiolytique des BZD.
 - ◆ Sibille E. et al, J. of Neuroscience, 2000, 20, 8, 2758-2765.

Sérotonine et antidépresseurs

- ◆ Les Rcpt 5 HT1A sont impliqués dans la croissance neuronale, et dans certaines formes de néogénèse neuronale, principalement dans l'hippocampe.
- ◆ Les modifications d'activité des Rcpt 5 HT1 A sous l'effet des antidépresseurs ont des conséquences sur la plasticité cérébrale.
- ◆ **La sérotonine** serait alors plutôt importante en tant que facteur neurotrophique ou facteur favorisant la neurotrophicité.

Synapse et maladies dégénératives

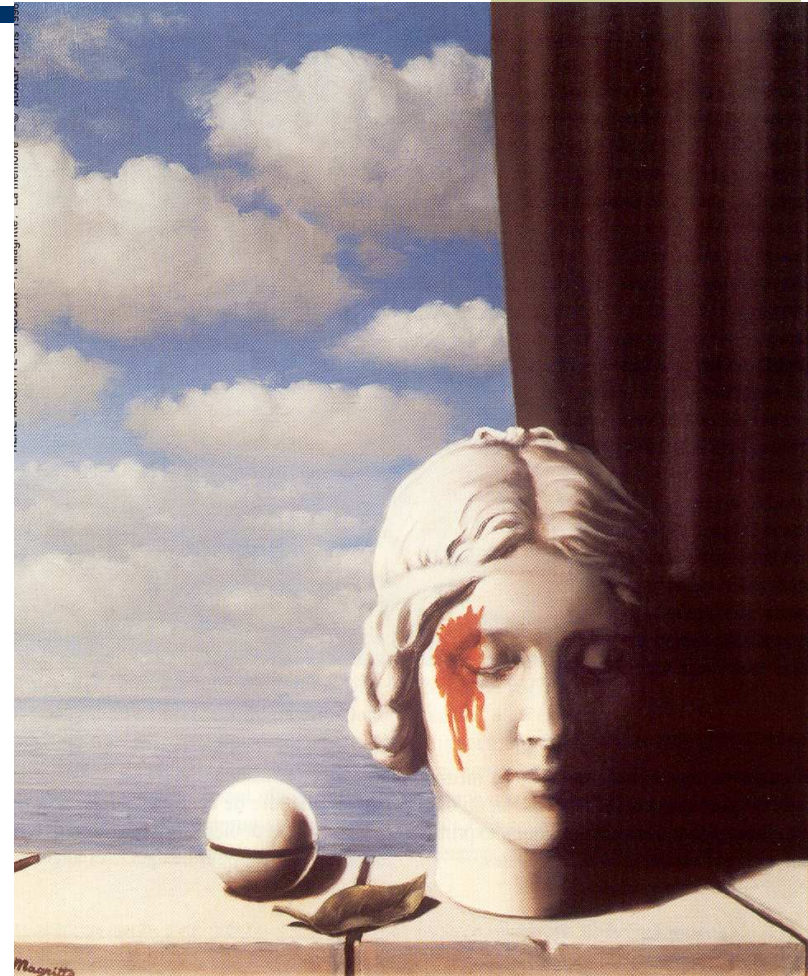


B. neurodégénérescence partielle :
maladie d'Alzheimer
maladie de Parkinson

C. récepteurs (↘)
① 5HT_{1A}, 5-HT₂ (cortex cérébral) :
maladie d'Alzheimer
② 5-HT_{1D} (substance noire) :
chorée de Huntington

Troubles anxieux: épidémiologie

- 1/3 à 2/3 des sujets âgés souffrant soit d'un trouble anxieux, soit d'un trouble dépressif présenteraient un recouvrement de symptômes.
- D'autres pathologies anxieuses méritent d'être individualisées tels le PTSD; Kuch et Lux rapportent des cas chez les sujets âgés survivants de l'holocauste.



Anxiété et trouble de l'humeur: caractéristiques sémiologiques

- ◆ L'anxiété est une part essentielle de la sémiologie de l'EDM, de la dysthymie, des troubles bipolaires, et de la cyclothymie : caractère prolongé de l'altération de l'humeur.
- ◆ Inversement une dysphorie, une dépression, une agitation hypomaniaque peuvent accompagner des troubles anxieux chroniques: phases intermittentes, épisodiques et limitées.
 - évolution fréquente du trouble anxieux vers une maladie dépressive.

Situation des troubles anxieux chez l'âgé

- ◆ 6 % de troubles anxieux (Regier D. A. , Farmer M.E. et al, 1993)
- ◆ Prédominance du trouble Anxiété Généralisé
- ◆ Le trouble Panique serait rare : 1,24 % à 2,9 % (Weisman,1997)
- ◆ Haute consommation d'anxiolytiques dans l'âge avancé (Norman R., Burrows G.D., 1994)

Prévalence chez la personne âgée

	Islington (N = 700)	Edmonton (N = 358)	ECA Study (N = 923)
Phobie spécifique	5,2	2,2	9,6
Agoraphobie	7,9	2,2	5,22
Anxiété généralisée	4,7	n.d.	1,9
Phobie sociale	0,6	0	1,37
Trouble panique	0,1	0,3	0,04
Trouble obsessionnel- compulsif	n.d.	1,5	1,5
Prévalence (%) sur six mois des différents troubles anxieux			

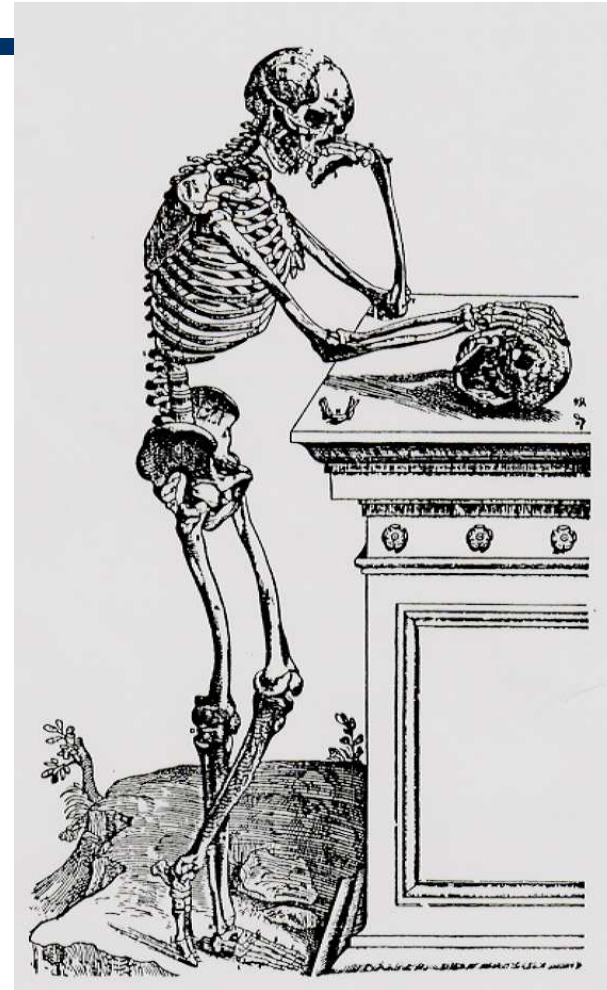


Anxiété généralisée du sujet âgé

- ◆ Son expression est assez spécifique, faite de plaintes somatiques et cognitives.
- ◆ Epuisement, vieillissement parfois prématuré et dégradation générale font souvent oublier l'origine anxieuse de la maladie.
- ◆ Un bon signe clinique : l'irritabilité

Trouble Panique et angoisse de mort

- ◆ La peur de mourir est moins exprimée que la peur du placement (attention à la maltraitance)
- ◆ L'angoisse de mort est « moins la terreur avouable de l'enfer et des peines éternelles que la panique inavouable du rien de l'instant suprême » V. Jankelevitch
- ◆ La panique fait perdre les repères socio-affectifs : la PA ne veut pas la dire! Attention au trio infernal et suicidogène **TP, dépression, Atcd de trouble addictif**





Anxiété et personnalités anxieuses

- ◆ « Je n'ai pas peur de la mort, mais je préfère ne pas être là quand cela arrivera »
 - ◆ Woody Allen

Troubles phobiques

- ◆ Leur prévalence a été estimée à 4,8% : 3% pour les phobies simples, 1,4% pour les agoraphobies, et 0,4% pour les phobies sociales avec un sex-ratio d'environ 2 femmes pour un homme.
- ◆ Sont rarement l'objet de demandes de soins après 65 ans.

Agoraphobie, anxiété et dépression

◆ Lien anxiété et dépression

- Syndrome anxio-dépressif
 - Succession morbide dans l'ordre anxiété- dépression (Wetherell JL, 2001)
 - Anxiété et dépression svt associées: 20 à 95% selon les auteurs.
- ◆ Chez près de 50% des adultes plus jeunes souffrant **d'agoraphobie** : trouble additionnel, notamment la **dépression**, l'alcoolisme, la phobie sociale, l'AG;
- Anxiété succède à la perte d'emprise (Dugas, 1998)
 - Panique conduit à l'évitement et à la démotivation (C.Hazif-thomas et al, Panique et personnes âgées, La Revue de Gériatrie, 2000.)

anxiété et dépression du sujet âgé

- L'anxiété est retrouvée de façon importante par Blanchard qui note ainsi que **95% des dépressifs âgés ont des troubles anxieux** : qu'il s'agisse de **l'anxiété généralisée**, ou de **nombreux troubles phobiques** tandis que les troubles paniques seraient plus rares.
 - Blanchard M.R., Waterreus A., Mann A.H., 1994, Br. J. Psychiatry, 164 : 396-402.
- **L'anxiété généralisée** est le trouble anxieux le plus fréquemment retrouvé chez la PA; elle est associée selon dans **50% à 70%** des cas à un **EDM**.
 - Flint A.J. et Rofat (1997), Am. J. Geriatr. Psychiatry.

Trouble anxieux et Trouble Panique : autres données épidémiologiques

- ◆ Etude rétrospective de Raj B.A. et al (1993):
 - 51/540 patients paniqueurs : 9,4% dont 5,7% débutant leur TP > 60 ans.
 - Evénements de vie dans 30 à 39% des cas.
 - Dépression primaire: 12%
 - dépression secondaire: 33%
 - Risque accru de comportements suicidaires
 - Moins d'association avec une phobie sociale par rapport aux malades jeunes

Trouble anxieux et Trouble Panique : autres données épidémiologiques

- ◆ Après 85 ans (Skoog I., 1993) :
 - 10,5 % pour les troubles phobiques
 - 3,4 % pour les TOC
 - A.G. et T. P. :5,5 %
- ◆ mortalité ↑ par 2,2 chez les hommes âgés paniqueurs de 65 a à 85 ans par rapport aux non paniqueurs .
 - (Grasbek A., Rosman et al, 1996)

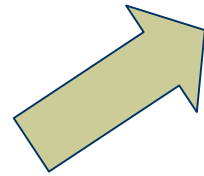


Stimulus

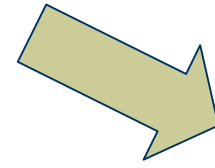
Déclencheur



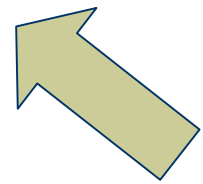
**Perception de
Danger**



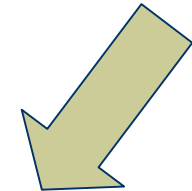
**Interprétation
Catastrophiste**



**Appréhension/
anxiété**



**Réactions
Physiologiques**



Modèle cognitif du
trouble panique
selon Clark (1986)

Anxiété, dépression du sujet âgé et fonction cardiaque

- ◆ Relation entre la dysrégulation cardio-vasculaire et l'anxiété chez le déprimé âgé.
- ◆ Il y a en particulier une corrélation négative avec l'influence vagale, qui diminue de 33% chez les plus anxieux.
 - Watkins L.L, et coll:Anxiety reduces baroreflex cardiac control in older adults with major depression. Psychosomatic Med, 1999; 61: 3340.
- Cela explique t'il la surmortalité cardio-vx des déprimés?

La comorbidité anxiété-dépression

- ◆ Motif caractéristique d'accès au soin chez le SA.
- ◆ 2% d'anxiété isolée vs 38% de troubles anxieux associés à un EDM
 - Alexopoulos GS, Anxiety and depression in the elderly, 1991.
 - **Fréquente séquelle d'un trouble dépressif**
 - Blazer et al, 1991; Parmelee et al, 1993.
- ◆ **L'anxiété chronique majore le risque de morbidité et de mortalité chez les PA**
 - P.Thomas, J. Roche, L'anxiété du SA, 1997.

Dépression, anxiété et symptômes psychotiques

- ◆ Dans l'étude de Forsell, **l'anxiété chez les très âgés (>85 ans)** est surtout corrélée à **une histoire psychiatrique antérieure de dépression/anxiété** et un mal être général; si l'on exclue ces Atcd on note particulièrement comme variables associées (régression logistique) :
 - l'absence d'enfants (OR:3,7; 1,7-7,7)
 - l'absence de visites régulières (OR:5,1; 1,9-8,3), là où les symptômes psychotiques sont plus reliés à la démence (OR:4), aux déficiences visuelles (OR:4,3) et au manque de réseau de soutien (OR:5,9)
 - Forsell Y., Soc. Psychiatr Epidemiol (2000).

Anxiété majeure et dépression

LES DEPRESSIONS AVEC CARACTERISTIQUES PSYCHOTIQUES

- ◆ Elles sont de pronostic réservé, puisque près de **2/3 des patients restent déprimés 1 an plus tard** et que 25% des patients décèdent dans l'année.
- ◆ Il peut s'agir de formes endogènes et la notion de trouble bipolaire peut être retrouvée dans les antécédents. Outre leur sévérité, Léger rappelle les préoccupations centrées sur le corps, pouvant prendre l'ampleur d'un syndrome de Cotard, avec une **anxiété majeure** .
 - ◆ LEGER J.M - Dépression et vieillissement : in “ Séminaire de Psychiatrie biologique ” 1996, tome 26 : 129-150.

Douleurs, hypochondrie, anxiété et dépression

- ◆ La douleur, de localisation variable est la plainte hypochondriaque la plus fréquente
- ◆ Elle s'accompagne toujours d'angoisse

Quidu M., Evolution Psychiatrique 1938, 28: 445-466

- ◆ Fréquente dans le 3ème âge, rôle des pertes et des deuils (dédié)
- ◆ Association avec la dépression

Müller Ch., Wertheimer J. Masson, Paris, 1981

- ◆ les plaintes hypochondriaques sont principalement cardiovasculaires, urinaires, et gastro-intestinales
- ◆ Population défavorisée ou immigrée

« Ils s'attachent aux certificats médicaux comme à des papiers attestant leur identité » Scariati G., Med et Hyg 1985; 43: 2765-2770

Plaintes hypochondriaques, anxiété majorée et dépression

- ◆ Il existe un lien important entre les plaintes somatiques rencontrés au cours des désordres anxiodépressifs et l'hypochondrie constituée.
 - Derrière l'anxiété majorée toujours chercher une dépression: elle est toujours présente, seule l'intensité varie, (GLG, Psychopathologie du SA, 1993.)
 - Kellner (1984) administre un traitement antidépresseur à une population de 20 mélancoliques. Avant traitement, 8 patients présentaient des troubles hypochondriaques, et un seul à l'issue du protocole.
 - **Intérêt des ECT**, du suivi à long terme....

Le Sd de Cotard en psychogériatrie

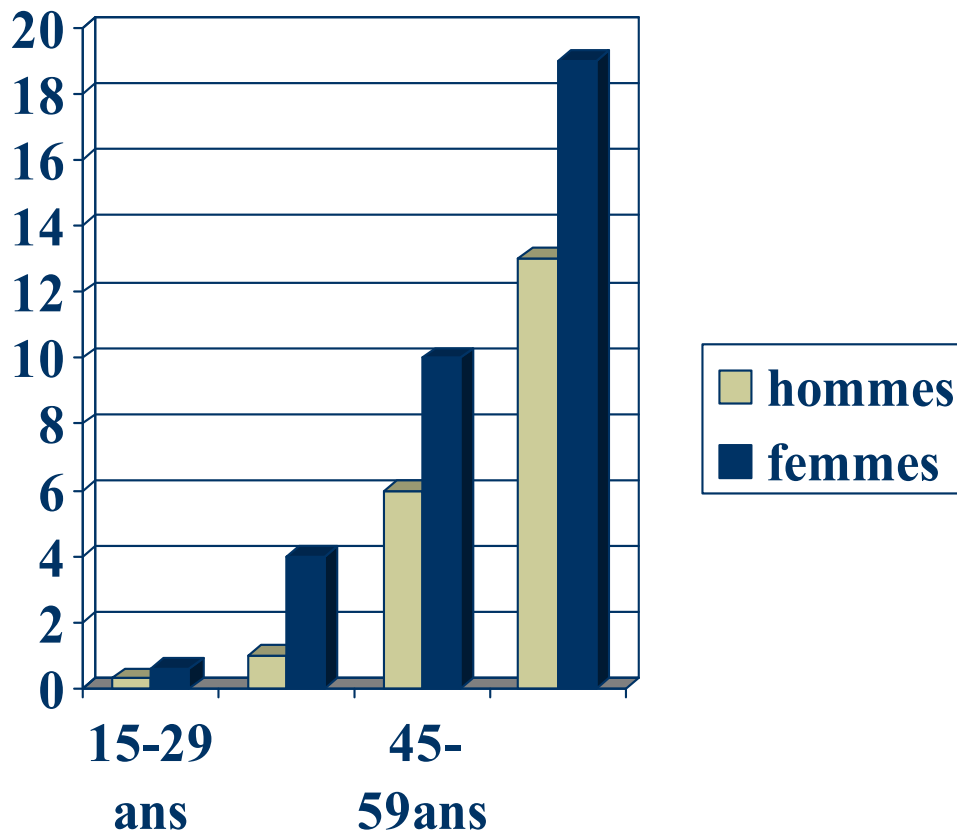
- ◆ Prévalence de 0,57% selon Chiu HF, 1995 (349 patients).
- ◆ Dépression dans 89% des cas dans l'étude de Berrios GE et al, 1995 (100 patients).
 - Idées délirantes corporelles 86%
 - Idées délirantes sur l'existence 65%
 - **Anxiété majeure 65%**, culpabilité 55%
 - Idées délirantes d'immortalité 55%
- ◆ Quelques cas d'évolution vers une détérioration intellectuelle (Sabattini F. et al, 1996).
- ◆ **Efficacité de l'ECT ++**, Hammon JM et al, 1994;
Lohman et al , 1996.

Anxiété et résistances

◆ Le problème des BZD chez le SA:

- représentent encore la moitié des anxiolytiques prescrits
 - surconsommation induite (abus), iatrogénie.
 - usage encore fréquent si existent un moindre bien-être psychologique ou des insomnies voire de l'insatisfaction face à la vie dans cette tranche d'âge?
 - **la solitude** et les réactions anxieuses qui l'accompagnent appellent + une écoute qu'un médicament.
 - Par ailleurs les syndromes de sevrage ne sont pas rares et provoquent souvent une anxiété majeure.
-
- **Si la mortalité chez les anxieux est plus grande / à la population générale, celle-ci ne semble pas diminuée par la prise d'anxiolytiques (Allgulander et al, 1991)**

Pourcentage des personnes consommant des benzodiazépines, selon l'âge, Québec, 1990



- ◆ Ces chiffres sont à priori inquiétants si on se rappelle que les BZD ↑ le risque de somnolence excessive, de chutes, (et donc, de fractures), de tb de la coordination motrice, et de troubles cognitifs qui peuvent mimer la démence.

TOC et anxiété résistante

Anxiété normale

- ◆ Occasionnelle
- ◆ Compréhensible / à la situation
- ◆ Brève selon le stimulus
- ◆ Peu pénible
- ◆ Possibilité de distraction
- ◆ Pas de compulsions
- ◆ Sans conséquences sur la vie courante

Anxiété dans le TOC

- ◆ Fréquente voire courante
- ◆ Disproportionnée
- ◆ Durable, sans relation avec le stimulus
- ◆ Pénible sur le plan émotionnel
- ◆ RESISTANTE
- ◆ Compulsions, installation d'un rituel
- ◆ Handicapante

Anxiété résistante et TOC

- ◆ « Les anxiolytiques sont de peu de secours dans les TOC » (Goodman W.K. et al, 1993)
 - Angoisse associée aux obsessions, ou au fait d'interrompre les rituels, intolérance à l'incertitude...
 - La focalisation de la PA sur ses symptômes physiques est en soi source d'anxiété, c'est la classique obsession de la constipation.
 - Lien hypocondrie –TOC selon Cottraux: ex de la crainte obsessionnelle du cancer : «...car ce qui déclenche les vérifications sont des pensées intrusives.. Le docteur m'a sûrement caché quelque chose, il a voulu me rassurer, mais j'ai sûrement un cancer »...
 - Co-morbidité +++: 50 à 80% des patients qui consultent pour un TOC sont déprimés (Cottraux J., 1998)

Anxiété marquée, anxiété résistante

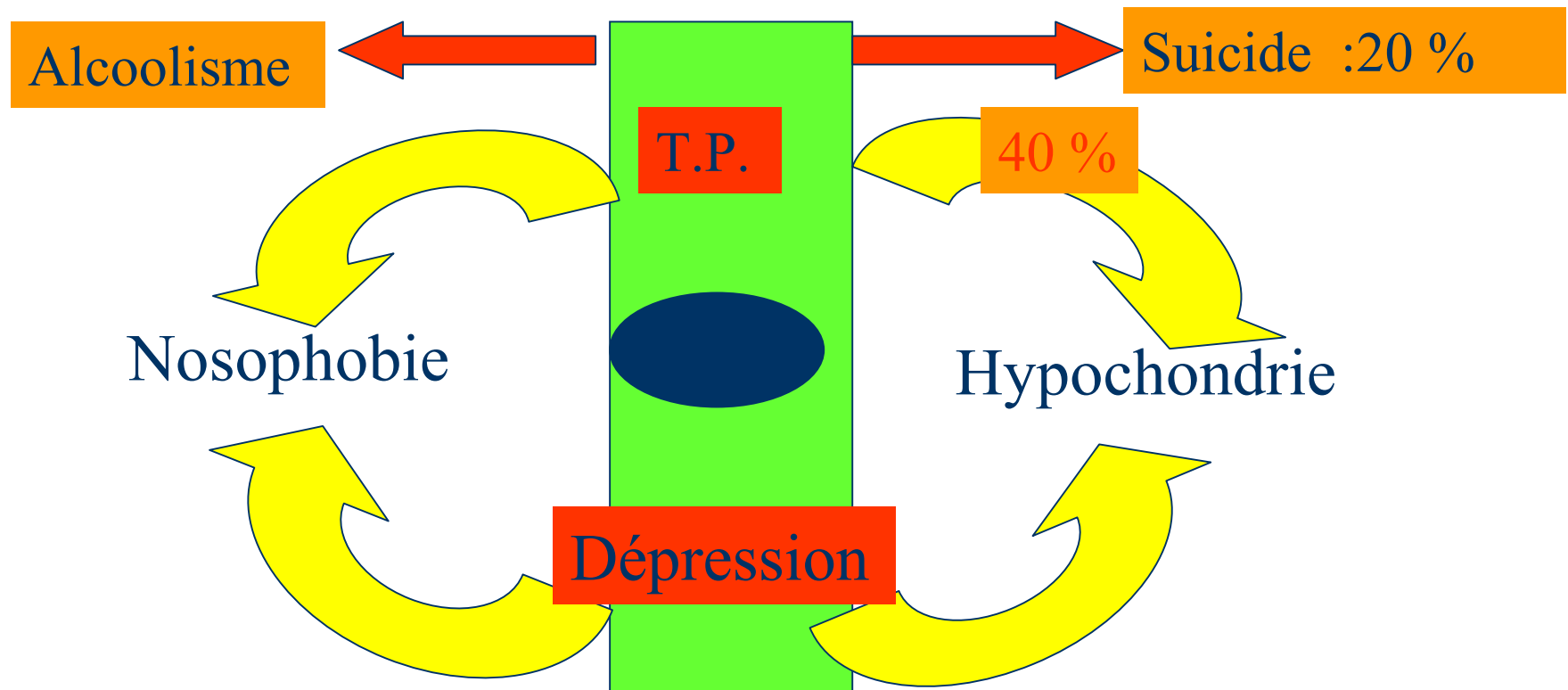
- ◆ Une proportion significative de patients souffrant d'**anxiété généralisée** ont une sensibilité réduite à l'effet anxiolytique des BZD; les **patients paniqueurs** ont un binding réduit aux BZD et une réponse réduite aux BZD.
 - Cette anxiété marquée ou résistante n'est pas spécifique des TP: AG, TOC, dépression avec caractéristiques endogènes...
 - **Les troubles dépressifs qui débutent à la sénescence** se différencient cliniquement des épisodes dont le début est plus précoce par des **symptômes anxieux nettement plus intenses** (Baldwin, 1995)

Anxiété et conduites addictives,

P. Thomas et J. Roche, 1997.

- ◆ Liptzin a constaté un sex/ratio homme/femme inverse entre la fréq des tb anxieux (3,6% vs 6,1%) et la fréq des tbs liés à l'utilisation des substances psychoactives (1,8% vs 0,3%).
- ◆ Ces chiffres refléteraient la + grande facilité à faire le diagnostic d'anxiété chez les femmes, qui se plaindraient + facilement à leur médecin là où les hommes se tourneraient + volontiers vers les conduites addictives en dh du cadre médical.
- ◆ Au cours d'une réaction de sevrage, l'anxiété peut apparaître sur un mode aigu.

Trouble panique et comorbidité



La notion de dépendance et les mondes de l'alcoolique

- ◆ Craving, diminution des capacités de contrôle, symptômes physiques de privation,...., négligence progressive des autres plaisirs et intérêts, les critères de l'ICD 10 sont connus.
 - TWEAK: questionnaire alternatif /au Q « CAGE »
 - Tolérance /Worry about drinkink/petit verre pris au réveil (Eye opener)/amnésie (Amnesia) et réduction de la boisson (K: Cut down on drinking)
- ◆ Les 3 mondes de l'alcoolique selon Pélicier:
 - **Le monde des réalités**, celui des autres, qui lui jettent un regard réprobateur
 - **Le monde de l'ivresse euphorique**, de la toute-puissance (monde éphémère, magique, transformé)
 - **Le monde abyssal de l'anéantissement**, qui gomme tout.

Dépendance aux BZD

- ◆ Chez la personne âgée, il serait préférable de restreindre l'utilisation de ce type de médicaments à 2-3 semaines pour l'insomnie et à 4-6 semaines pour les cas d'anxiété.
- ◆ Malheureusement, dans les faits il en est tout autrement :
- ◆ 65 % des prescriptions de benzodiazépines sont poursuivies > 1 an
- ◆ 30 % des prescriptions de benzodiazépines sont poursuivies > 5 ans

Les risques de l'utilisation prolongée chez la PA entraînent des EI tels :

- ◆ - Tolérance/dépendance
- ◆ - Troubles de la coordination psychomotrice, sédation, fatigue
- ◆ - Augmentation du risque de chute et de fracture de la hanche (Nez, côte, poignet, col)
- ◆ - Augmentation des problèmes cognitifs, atteinte de la mémoire
- ◆ et de la concentration
- ◆ - Altération des cycles du sommeil (diminution du stade 3 et 4)
- ◆ - Aggravation des symptômes de démence et de dépression

L'arrêt des benzodiazépines

- ◆ Chez le sujet âgé, il est classique de constater que l'arrêt des benzodiazépines n'est pas programmé et réévalué, d'où un syndrome de sevrage souvent sous-diagnostiqué, car les symptômes sont mis sur le compte de l'âge, ou d'autres maladies, comme les affections démentielles ou psychiatriques de l'âge.
- ◆ En clinique, certains listent systématiquement l'évolution du syndrome de sevrage selon une liste de 8 symptômes évalués de façon analogique selon le principe des EVA bipolaires (0 : pas du tout ; 10 : très sévère)



L'évolution du syndrome de sevrage selon le principe des EVA bipolaires ; outil d'évaluation du syndrome de sevrage (selon Hayward et al)

- ◆ -Troubles de la mémoire
- ◆ -Troubles de la concentration
- ◆ -Perte d'énergie
- ◆ -Goût métallique
- ◆ -Sensations de piquêre et d'épingle
- ◆ -Yeux qui picotent, douleurs oculaires
- ◆ -Douleurs inhabituelles

Syndrome de sevrage aux benzodiazépines

Symptômes communs à tous les états d'anxiété

Anxiété, crises d'anxiété, agoraphobie

Insomnie, cauchemars

Dépression, dysphorie

perceptions

Excitabilité, sursauts, besoin de bouger

Mémoire et concentration défaillantes

différente

Tête qui tourne, tête dans les nuages

Faiblesse, "jambes en coton"

Tremblements

sursauts

Douleurs musculaires,

tension aux membres,

dos, cou, mâchoires, tête

Suer, suer la nuit *

Palpitations *

*Habituellement seulement suite à un sevrage rapide de fortes doses de benzodiazépines

Symptômes liés au sevrage des benzodiazépines

Problèmes de perception, impression de mouvance

Dépersonnalisation, déréalisation

Hallucinations (visuelles, auditives),mauvaises

Distorsion de l'image corporelle

Picotements, engourdissements, sensation

Fourmillement

Hypersensibilité (lumière, son, goût, odeur)

Mouvement nerveux des muscles, spasmes,

Acouphène

Confusion, delirium

Crises et convulsions *Symptômes psychotiques

Symptômes spécifiquement reliés au sevrage des benzodiazépines (BZD)

- ◆ la distorsion perceptive, les hallucinations, les sens hypersensibles, muscles qui sautent...
- ◆ La majorité apparaisse seulement si le sevrage est trop rapide ou si le patient a été transféré à une autre benzodiazépine en n'utilisant pas la dose équivalente.
 - ◆ **Un essai sur des patients âgés qui utilisaient des BZD hypnotiques et qui ont été sevrés progressivement par Placebo sur une période de 8 à 9 sem a constaté que les symptômes décrits par les patients qui se sevreraient n'étaient pas ≠ de ceux qui en continuaient l'utilisation; il y a eu 80% des patients en sevrage qui ont arrêté leur BZD complètement après 6 mois, qui montraient une amélioration marquée de leur fonction cognitive et qui n'éprouvaient aucun E IId relié à leur sommeil ou à l'augmentation de l'anxiété. (Curran et al. 2003).**

QUELQUES SYMPTÔMES PROLONGÉS DU SEVRAGE DES BENZODIAZÉPINES

Anxiété

Insomnie

Dépression

Symptômes gastro-intestinaux

Neurologique:

Acouphène

Paresthésie - picotements,
engourdissements,

douleurs habituellement aux
extrémités, aux membres

Symptômes moteurs:

douleur musculaire,
faiblesse,

tension, crises de
tremblements, spasmes,

blépharospasme

Problèmes cognitifs

Clinique du sevrage

- ◆ De fait la rapidité d'apparition du sevrage est généralement rapportée dans la littérature comme un facteur de risque de syndrome de sevrage.
- ◆ L'anxiété est un facteur régulièrement rapporté et il ne faut pas se laisser abuser par le **masque trompeur** que constitue l'incohérence des propos et de l'expression chez le sujet âgé sevré, en proie à des angoisses de mort liées aux bouleversements d'un environnement qu'il ne contrôle plus (la distorsion perceptive, les hallucinations, les sens hypersensibles, muscles qui sautent..).

SEVRAGE D'UNE BENZODIAZÉPINE

PRINCIPES DE BASE:

1. Réduction graduelle de la dose

- Rythme de sevrage individuel
- Drogues adjuvantes

2. Support psychologique

- Des encouragements simples à des thérapies psychologiques
 - à long-terme
 - l'information
 - la motivation

Sevrage accompagné: en pratique

↓ **graduelle de leur benzodiazépine à travers de brèves rencontres avec le médecin (20 à 25 minutes).**

🔑 La procédure utilisée consiste à ↓ leur dose quotidienne de benzodiazépine de 25 % à intervalle de deux ou trois semaines et ce, pendant les douze semaines de traitement. Une progression par intervalle de deux semaines concorde avec la durée moyenne des symptômes de sevrage rapportée dans la littérature, soit de 5 à 7 jours pour les benzodiazépines à courte durée d'action et de 9 à 11 jours pour celles possédant une longue durée d'action (Miller, 1995).

🔑 Les drogues-Z (zopiclone, zolpidem et zaleplon) qui sont de plus en plus utilisées par des médecins ne doivent pas être utilisées pour le sevrage parce qu'elles fonctionnent de la même manière et ont les mêmes effets secondaires que les benzodiazépines incluant la dépendance et l'abus.

METHODOLOGIE PSYCHOPHARMACOLOGIQUE

- ◆ Quand le sevrage s'effectue lentement, il n'est pas nécessaire de remplacer la benzodiazépine par une dose équivalente de Diazépam ou de Clonazépam, sauf exceptions : Alprazolam et Triazolam; le patient a confiance en ce médicament et préfère conserver la même benzodiazépine.
- ◆ Lorsque le patient prend 2 benzodiazépines, on effectue en premier lieu, le sevrage de la benzodiazépine avec le temps de demi-vie court. La benzodiazépine avec le temps de demi-vie plus long, minimisera les symptômes de sevrage.
- ◆ S'il y a présence de symptômes de sevrage, on effectuera la diminution aux 2 semaines plutôt qu'à la semaine.

Anxiété et démence

- ◆ Difficile d'évaluation
- ◆ Aphasie peut empêcher la communication verbale des affects et transformer l'expression des troubles émotionnels.
- ◆ Réponses émotionnelles peuvent être inadaptées du fait d'une interprétation erronée ou impossible des stimuli
- ◆ Altération des capacités d'expression émotionnelle non verbale par l'apraxie.
- ◆ Les troubles de l'humeur hors démence s'accompagnent beaucoup d'anxiété, **une angoisse surtout matinale, qui contrastent avec les peurs vespérales de la démence.**

Anxiété et démence

- ◆ L'anxiété et la dépression sont parmi les perturbations les plus fréquentes chez le patient dément.
 - De fréquentes réactions de catastrophes font de ce trouble non cognitif un état d'angoisse d'autant plus incontrôlable que le processus démentiel est avancé.
 - L'anxiété démentielle est plus souvent agie qu'exprimée : déambulations, fugues, agitation anxieuse..
 - L'anxiété chez le dément est indépendante du lieu de résidence du proche.
 - **Utilisation des benzodiazépines dans le passé et augmentation du risque de démence; OR:1,7 (1,2-2,4).**
 - ◆ Lagnaoui R. et al, 2001, 6è réunion francophone sur la MA.

Troubles anxieux et démences : âge d'installation

(Sheikh et al, 1998)

- ◆ Installation « tardive » (> 55 ans)
 - trouble anxieux isolé : assez rare, symptômes moins intenses
=> comorbidité fréquente : trouble dépressif et maladie somatique (agoraphobies d'installation tardive)
 - lien avec la démence ?
- ◆ Installation « précoce » (<55 ans)
 - surmortalité associée au trouble (suicide, abus de substances, maladies cardiovasculaires...)
 - évolution du trouble anxieux avec l'âge

Anxiété du malade et démence (Pixel)

- ◆ 408 couples malades déments à domicile / aidants principal
- ◆ Pas de différence selon la présence ou non de l'anxiété pour le MMS, l'âge, le sexe du malade ou de l'aidant
- ◆ Score de plaintes de l'aidant double lorsque le malade est anxieux: 20.3 ± 9.8 versus 9.5 ± 8.2 ($t = - 11.71$; $p = <0.0001$)

Anxiété et troubles du comportement dans la démence (Pixel)

- ◆ **Cris, pleurs** (OR= 3.87)
- ◆ **Fugues** (OR= 3.23)
- ◆ **Désinhibé, ne connaît plus ses limites** (OR= 3.20)
- ◆ **Se met en danger si non-surveillé** (OR= 2.90)
- ◆ **Ne me reconnaît plus ou ne reconnaît plus sa famille** (OR= 2.68)
- ◆ **Délire (par ex. persécution, jalousie...)** (OR= 2.59)
- ◆ **Hallucinations** (OR= 2.44)
- ◆ **S'oppose aux soins** (OR= 2.29)
- ◆ **Marche sans arrêt** (OR= 2.24)

Anxiété et démence: conséquences pour l'aidant (Pixel)

- ◆ Anxiété du malade liée à l'inexactitude du diagnostic donné à l'aidant (OR= 1.21)
- ◆ Anxiété du malade augmente le besoin soutien humain de l'aidant à domicile (OR= 1.51)
- ◆ Anxiété du malade augmente le besoin financier de l'aidant (OR= 2.30)
- ◆ Lien entre anxiété du malade et la nécessité de recul d'un soin de l'aidant (OR= 1.52)

Anxiété, dépression et démence

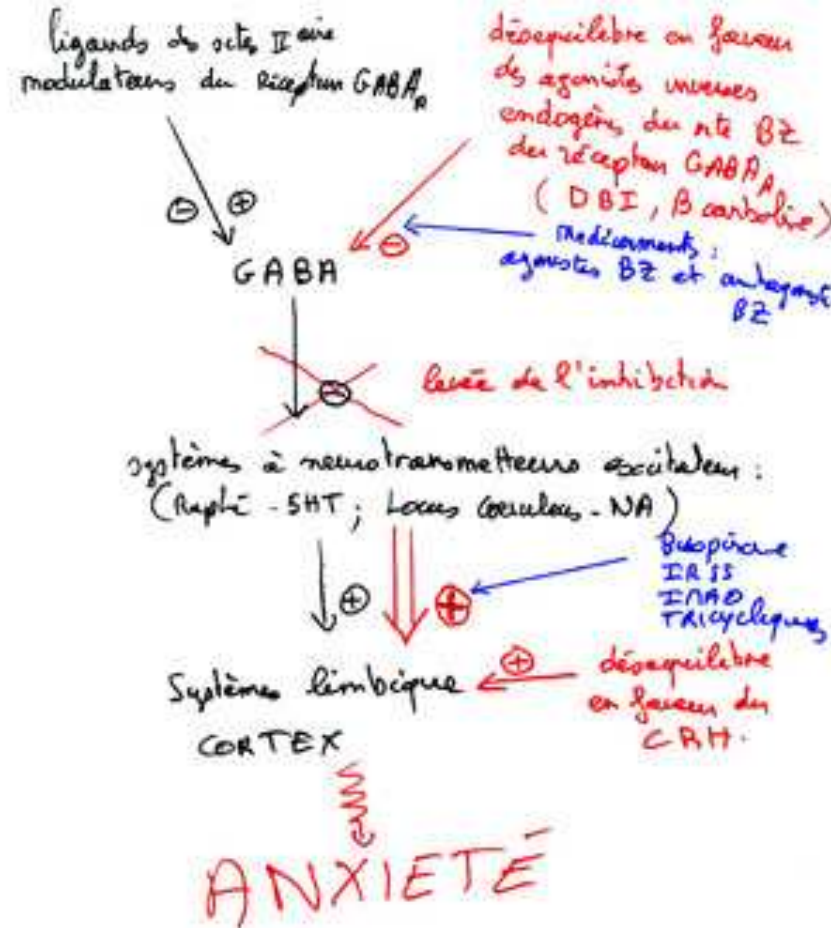
- Savoir reconnaître derrière l'agitation anxieuse, verbale, d'un dément, l'existence d'une souffrance dépressive.
 - Kunik M.E., Graham D.P., Snow-Turek A.L. et al, 1998.
- Anxiété et prise de conscience du handicap mnésique (DSTA, démence vasculaire), conscience douloureuse du trouble et dépression: la conscience du trouble est plus fréquemment associée à la dépression et moins fréquemment l'apathie . L'indifférence gomme la conscience, et le malade conscient exprime davantage de traits dépressifs, et ceux-ci son liés à la perte d'autonomie.
 - Starkstein S. E., Federoff J. P., Price T. R., Leiguarda R. C., Robinson R. G., Neurology. 1994; 44: 515-22.

Troubles anxieux et autres démences : démences à corps de Lewy (Rockwell et al, 2000)

- **5 symptômes psychiatriques les plus fréquemment retrouvés chez des patients atteints de DCL (n=26) comparés à des MA (n=26) avec vérification autopsique : hallucinations, anxiété, idées délirantes, anhédonie, perte d'énergie.**
- Ces symptômes sont présents dès l'évaluation diagnostique initiale dans les DCL ++
- Facteurs contrôlés : ATCD psy personnels et familiaux, psychotropes, déficits sensoriels.

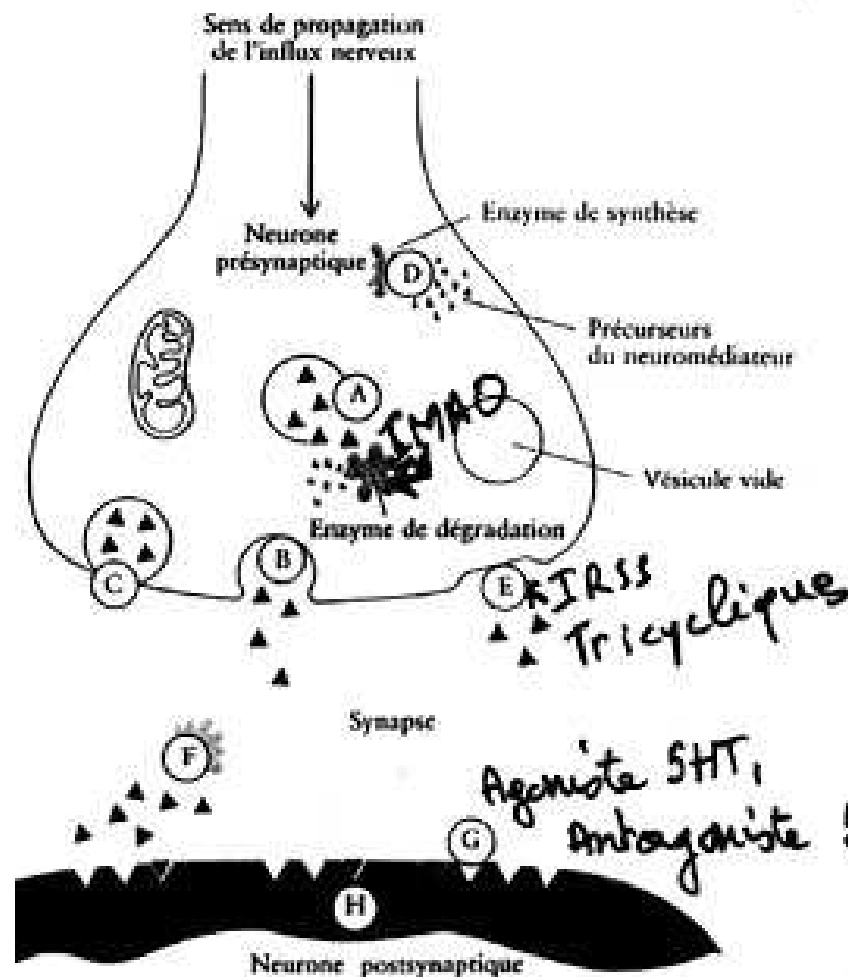
- Sensibilité exagérée aux neuroleptiques
- Chutes répétées inexplicables

Résumé des mécanismes physiopathologiques de l'anxiété



- Conditions physiologiques
- " pathologiques
- voies thérapeutiques

Mode d'action anxiolytique



15. Les drogues interfèrent avec la neurotransmission : en laissant fuir les molécules de neurotransmetteur hors de leurs vésicules (A); en accumulant le neurotransmetteur à l'extérieur des vésicules de stockage (B); en bloquant la libération du neurotransmetteur dans la synapse (C); en inhibant les enzymes responsables de la synthèse du médiateur (D); en bloquant le recaptage du neurotransmetteur (E); en bloquant les enzymes qui dégradent le neurotransmetteur (F); ou en se liant au récepteur pour y imiter ou y bloquer le neurotransmetteur (G). La drogue -exemplaire- H s'oppose à l'activité du second messager ou la facilite.

Traitement des troubles anxieux associés aux principales maladies neurologiques de la personne âgée

(d 'après JI. Sheikh, 2000)

	Symptômes anxieux prédominants	Recommandations thérapeutiques
Maladie d'Alzheimer	Trouble anxio-dépressif Agitation	ISRS, néfazodone, buspirone Antipsychotiques atypiques
Maladie de Parkinson	Trouble anxio-dépressif Agitation	ISRS, néfazodone, buspirone Antipsychotiques atypiques
Accident vasculaire cérébral	Trouble anxio-dépressif PTSD	ISRS, néfazodone, buspirone ISRS, néfazodone

Quelques conclusions...

- ◆ Le mythe selon lequel les PA seraient dans l'ensemble plus anxieuses ne semble pas fondé: on note même une ↓ de la prévalence des Tb anxieux après 55 ans; mais aussi une ↑ de conso des BZD.
- ◆ Forte comorbidité de l'anxiété et de la dépression.
- ◆ Les facteurs de stress influent probablement du côté de l'anxiété résistante: être aux prises avec une maladie grave (cancer..), s'occuper d'un conjoint atteint d'un DSTA, divorce...
- ◆ Méconnaissance de la notion d'anxiété résistante.

Quelques conclusions...

- ◆ L'anxiété n'est en rien une pathologie mineure.
- ◆ Car: outre le problème de l'AR (recherche):
 - comorbidité anxiété-dépression et risque suicidaire.
 - plus grande recrudescence des troubles somatiques graves chez les anxieux.
 - Honte à se faire soigner des phobiques ou des patients souffrant de TOC...