

Diagnostic et prise en charge

Troubles anxieux chez le sujet âgé

L'anxiété chez le sujet âgé relève régulièrement d'une association complexe, voire trompeuse, entre des affections psychiatriques et somatiques qui se renforcent mutuellement. Un diagnostic de trouble anxieux ne peut être posé sans une évaluation globale et méticuleuse, car les comorbidités et diagnostics différentiels sont nombreux. La prise en charge des troubles anxieux est individualisée, et inclut généralement un traitement antidépresseur associé à une psychothérapie.

L'anxiété est un symptôme très fréquent dans la population gériatrique, qui peut être secondaire à une affection psychiatrique ou somatique, ou relever d'un trouble anxieux isolé dont les variantes sont nombreuses. Si leur apparition intervient généralement plus tôt à l'âge adulte, ces troubles se développent parfois plus tardivement sous l'incidence des affections liées au vieillissement, à l'approche de la mort, dans des contextes de pertes affectives et de solitude, ou suite à des changements d'environnement choisis ou imposés. Ces troubles anxieux, qui touchent 11 % des personnes de plus de 60 ans (1) et sont souvent mal diagnostiqués du fait d'une présentation trompeuse, engendrent d'importantes souffrances et font le lit de l'isolement social et de la perte d'autonomie.

Présentations cliniques

À l'opposé des adultes jeunes, où l'expression d'un sentiment de détresse est prévalente, les sujets âgés présentent davantage de manifestations corporelles telles que dyspnée, troubles digestifs ou douleurs. Devant la coloration atypique de la plainte anxieuse, il peut être difficile d'en attribuer correctement les symptômes. L'évaluation peut être facilitée par l'usage d'une échelle telle que l'Inventaire de l'anxiété gériatrique (GAI) à 20 items, dont la spécificité pour le trouble anxieux généralisé est de 84% et la sensibilité de 75% (2). Le tableau 1 synthétise les principaux troubles rencontrés, leur symptomatologie détaillée étant par ailleurs très diversifiée.

Comorbidités et diagnostic différentiel

La dépression est une importante comorbidité qui devrait toujours être recherchée devant une plainte anxieuse, car elle en complique et ralentit la réponse thérapeutique tout en majorant la détresse, parfois de manière masquée. Chez les patients âgés, la dépression est accompagnée d'un trouble anxieux dans 85% des cas (3), qui accroît alors le risque suicidaire. Des consommations excessives d'alcool ou de psychotropes sont fréquemment associées.

Les symptômes anxieux ou obsessionnels-compulsifs peuvent également être observés au cours de l'évolution des démences de tout type. Ils revêtent parfois la forme de questionnements stéréotypés vis-à-vis d'événements à venir (syndrome de Godot), d'une crainte de l'abandon ou de réactions de catastrophe dans des situations d'échec. La présence de troubles anxieux, et notamment



Dr Guillaume Etienney
Lausanne



Pr Armin von Gunten
Lausanne

d'anxiété généralisée, pourrait à l'inverse constituer un facteur de risque de déclin cognitif chez le sujet âgé (4).

Sur le plan somatique, un grand nombre d'affections sont associées de manière réciproque à de l'anxiété ou à des troubles anxieux. Si l'étiologie psychiatrique n'est pas mise à jour, les symptômes liés à une hyperactivité sympathique, tels qu'hypertension artérielle, dyspnée ou douleurs, peuvent entraîner une multiplication inadéquate des investigations et des prescriptions (5). À l'inverse, un grand nombre de problématiques aussi diverses que l'asthme, l'anémie, l'épilepsie ou l'excès de caféine sont connues pour entraîner fréquemment une anxiété secondaire, dont le traitement est alors celui de son étiologie.

Principes généraux du traitement

Les recommandations thérapeutiques vis-à-vis des troubles anxieux chez les personnes âgées souffrent d'un manque d'études réalisées spécifiquement dans cette population, et sont souvent le reflet d'extrapolations de résultats obtenus chez les sujets jeunes. Les modalités thérapeutiques devraient être individualisées et inclure au besoin plusieurs composantes. Quelques messages généraux peuvent guider le clinicien dans cette démarche (6):

- ▶ réaliser comme préalable à toute prescription une évaluation globale de l'anxiété, de son retentissement fonctionnel, de ses comorbidités psychiatriques et somatiques
- ▶ rappeler quelques consignes hygiéno-diététiques: tempérance ou abstinence vis-à-vis des excitants centraux, bon équilibre alimentaire, quantité de sommeil suffisante, pratique régulière d'une activité physique
- ▶ évaluer les possibilités d'aide alternative à la médication, telles que le soutien familial dans les situations aiguës, les soins médico-sociaux, la psychothérapie ou les approches corporelles
- ▶ préférer une monothérapie anxiolytique, et utiliser si possible un antidépresseur

Les principaux troubles anxieux et leurs objets de l'anxiété	
Type de trouble anxieux	Objet de l'anxiété
Anxiété généralisée	Toute issue incertaine
Trouble panique	Survenue d'une attaque de panique
Phobie spécifique	Objet ou situation spécifique
Phobie sociale	Situation sociale ou de performance
Agoraphobie	Lieu sans échappatoire ou secours potentiel
Trouble obsessionnel-compulsif	Pensées intrusives et comportements absurdes
État de stress post-traumatique	Stimuli associés au souvenir traumatique

► introduire généralement la médication à une dose moitié moindre que celle conseillée chez le sujet jeune, l'augmenter lentement, mais atteindre un seuil suffisant avant de conclure à une éventuelle inefficacité

Antidépresseurs

Parmi les différentes classes de traitements antidépresseurs, *les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)* tels que le citalopram, l'escitalopram, la fluvoxamine, la paroxétine ou la sertraline occupent une place centrale dans le traitement des troubles anxieux, et s'utilisent en première intention (7). Les effets indésirables les plus fréquents sont digestifs, et souvent transitoires. Certains risques sont à prendre particulièrement en compte chez le sujet âgé, notamment ceux d'hyponatrémie par sécrétion inappropriée d'ADH, d'interaction médicamenteuse, de saignement, d'allongement de l'intervalle QT ou de syndrome des jambes sans repos.

Les antidépresseurs *inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)* tels que la venlafaxine ou la duloxétine, quant à eux, ont également des indications dans les troubles anxieux mais leurs effets noradrénergiques, notamment sur le plan cardiovasculaire, en restreignent souvent l'utilisation dans cette population.

D'autres classes thérapeutiques, auxquelles appartiennent des molécules telles que la mirtazapine, la trazodone ou la miansérine, ne possèdent pas d'indication directe dans les troubles anxieux mais peuvent être choisies pour leurs effets anxiolytiques et sédatifs lors d'épisodes dépressifs.

Les antidépresseurs tricycliques, enfin, sont peu prescrits chez le sujet âgé compte tenu notamment de leurs effets anticholinergiques prononcés.

Autres traitements médicamenteux

Les benzodiazépines (BZD) sont largement prescrites, en dépit de la dépendance, de la tolérance et des multiples effets indésirables qu'elles entraînent. Si leur usage s'avère nécessaire, dans une situation d'anxiété récente avec retentissement important et après évaluation soigneuse des risques et des bénéfices, le choix doit s'orienter vers des molécules à demi-vie courte, telles que l'oxazépam, l'alprazolam ou le lorazépam, et leur prescription doit être la plus brève possible (8).

La prégabaline est utilisée dans le trouble anxieux généralisé, et améliore significativement les symptômes somatiques et psychiques de l'anxiété. Des effets indésirables gênants, tels que somnolence ou confusion, sont cependant fréquents et incitent à la prudence.

Les bêtabloquants, quant à eux, présentent des contre-indications fréquentes en gériatrie. Ils ne sont généralement pas introduits dans le cadre de troubles anxieux, même s'ils en diminuent les manifestations neurovégétatives.

Les neuroleptiques, enfin, ne doivent pas être prescrits pour un trouble anxieux isolé compte tenu de leurs fréquents effets indésirables, notamment sur le plan moteur et cognitif. Leurs effets anxiolytiques sont en revanche souvent recherchés lors des troubles délirants.

Approches psychothérapeutiques

Les patients atteints de troubles anxieux nécessitent un accompagnement personnalisé. Le soutien, l'attention portée à leur vécu émotionnel et la psychoéducation en sont le socle, et des interventions de psychothérapie plus structurée sont souvent nécessaires. Parmi celles-ci, *les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)* ont une efficacité démontrée chez le sujet âgé par de nombreuses études. Les différentes techniques d'exposition visent à confronter graduellement le patient à la situation redoutée, et à prévenir sa réponse anxieuse. Des stratégies cognitives spécifiques sont utilisées pour compléter cette démarche, et traiter les symptômes ne se prêtant pas à une approche comportementale. Ces techniques permettent d'obtenir une réduction de 75 à 85% des symptômes anxieux (9), avec une amélioration s'inscrivant dans la durée.

Les thérapies d'inspiration psychodynamique sont également fréquemment utilisées, mais elles souffrent de l'absence de publication d'essai randomisé confirmant leur efficacité dans les troubles anxieux chez l'âge.

D'autres modalités d'intervention se sont développées ces dernières années et ont obtenu des résultats tangibles au cours d'études cliniques, comme la méditation de pleine conscience (mindfulness) dans des indications variées (10), ou la désensibilisation et reprogrammation par mouvement des yeux (EMDR) dans l'état de stress post-traumatique.

Approches corporelles

Ces modalités thérapeutiques sont connues pour être efficaces chez l'adulte jeune, mais des études sont toujours nécessaires pour confirmer leur utilité dans la population âgée, bien que l'expérience empirique soit satisfaisante. Elles incluent des techniques individuelles et de groupe comme la psychomotricité, la relaxation ou les massages, et pourraient permettre de limiter la médication. Leur association à de la TCC en améliorerait également les effets.

Dr Guillaume Etienney

Pr Armin von Gunten

Centre Ambulatoire de Psychiatrie de l'Âge Avancé, CHUV

Mont-Paisible 16, 1011 Lausanne

Guillaume.Etienney@chuv.ch

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Messages à retenir

- ◆ Les troubles anxieux sont des pathologies fréquentes chez le sujet âgé, dont le retentissement somatique peut être sévère
- ◆ Leur présentation est régulièrement trompeuse, et justifie une évaluation globale lors de toute plainte anxieuse
- ◆ Leur traitement associe généralement un ISRS à des approches non pharmacologiques personnalisées
- ◆ Les benzodiazépines ont le plus souvent une balance bénéfice-risque défavorable

Références:

1. Schuurmans J et al. The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111(6):420-8
2. Pachana NA et al. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr IPA* 2007;19(1):103-14
3. *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*. 1st ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2008: 798
4. von Gunten A et al. The impact of personality characteristics on the clinical expression in neurodegenerative disorders - a review. *Brain Res Bull* 2009;80(4-5):179-91
5. Yudofsky SC, Kim HF. *Neuropsychiatric Assessment*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004:208
6. Stancu I, von Gunten A. *Anxiety Disorders in the Elderly with an Emphasis on Generalized Anxiety Disorder*. In: *New Perspectives on Generalized Anxiety Disorder*. New York: Nova Science Publishers; 2014
7. Haute Autorité de Santé. *Guide Médecin sur les troubles anxieux* [Internet]. 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
8. Wattis JP, Curren S. *Practical Psychiatry of Old Age*. 4th ed. Abingdon: Radcliffe Publishing; 2006:276
9. Copeland JRM et al. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons LTD; 2002
10. Gotink RA et al. Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs. *PLoS ONE* 2015;10(4):e0124344