



Olivier BONNOT

Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

www.psy-dev.org

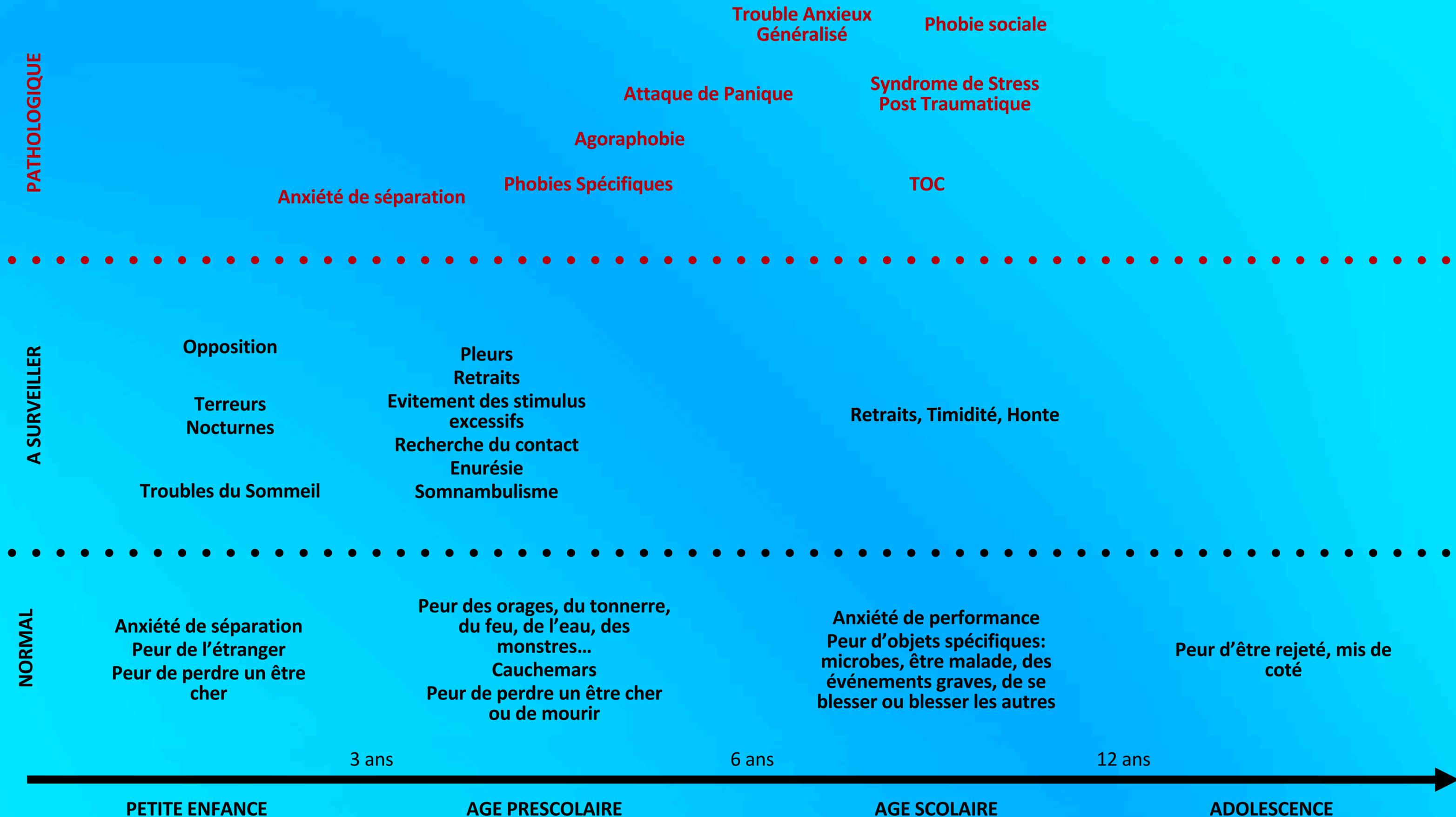
www.pharmacologie.sfpeada.fr

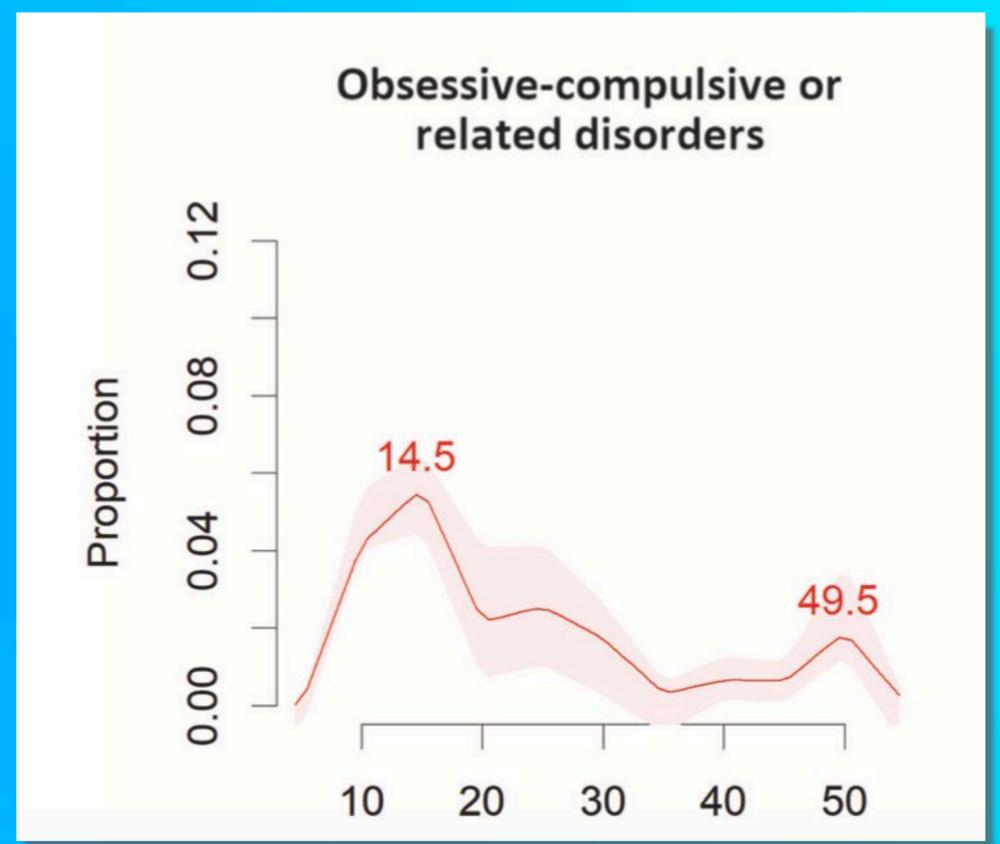
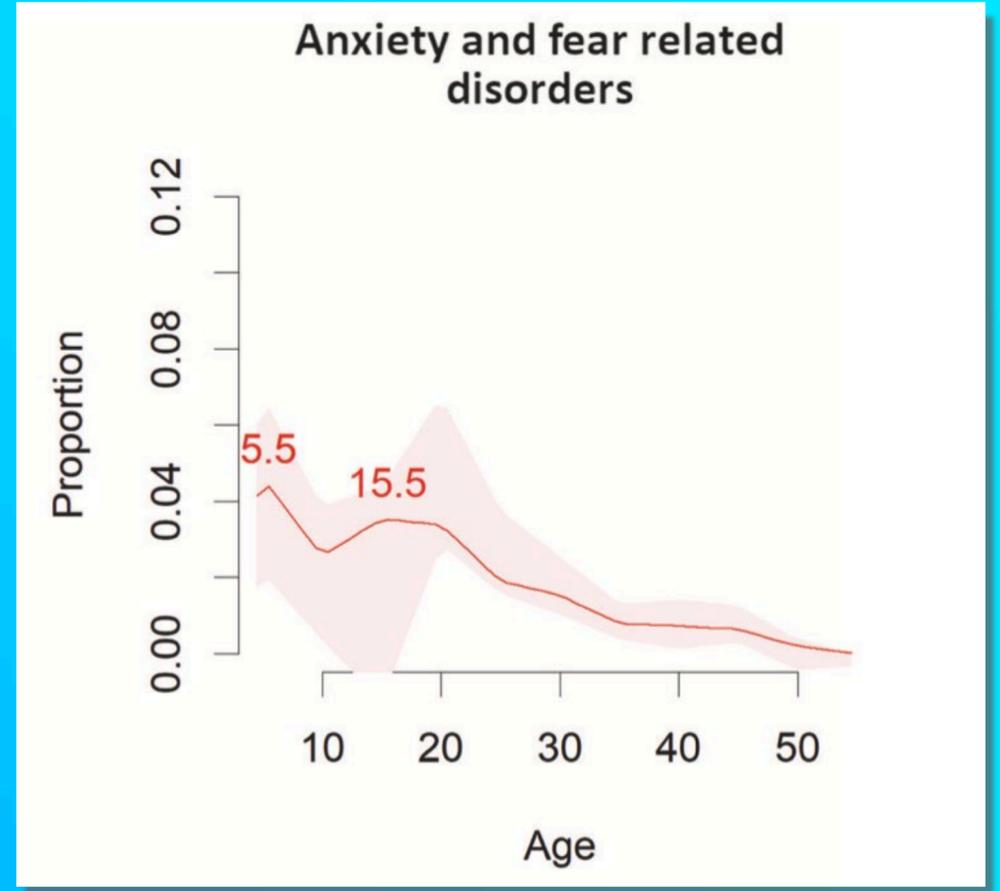
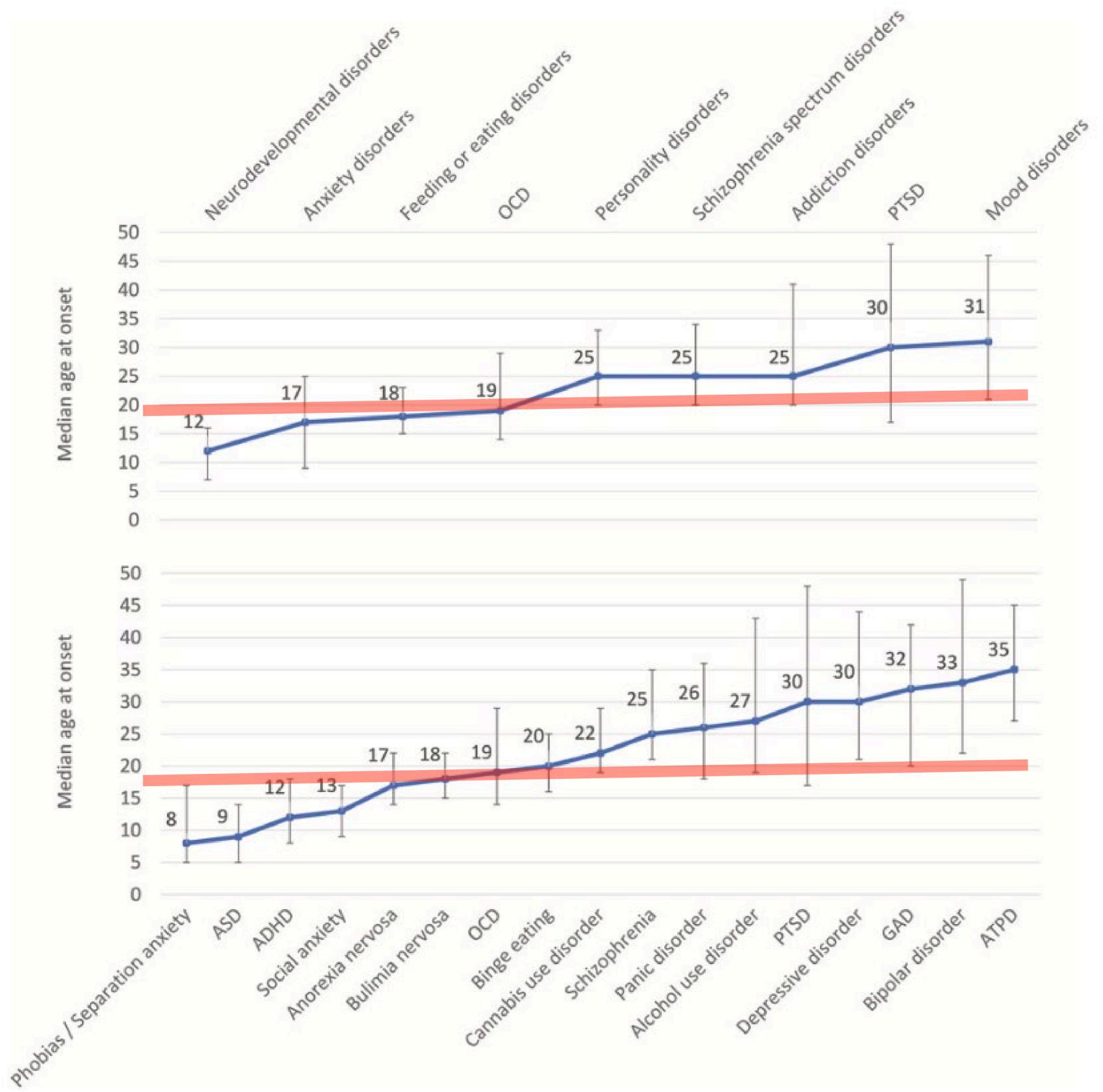
L'ANXIÉTÉ DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

ELEMENT DU DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

Aucun lien d'intéret notable en lien avec cette présentation.

IL EST PARTICULIÈREMENT DIFFICILE DE DÉFINIR LES LIMITES ENTRE L'ANXIÉTÉ NORMALE ET LA PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ LES ENFANTS, CAR LES ANGOISSES DE SÉPARATION, LES PHOBIES SIMPLES, LES TRAITES D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE OU LES RITUELS PEUVENT ÊTRE UNE COMPOSANTE DU DÉVELOPPEMENT NORMAL.





- Les troubles anxieux sont les troubles psychiatriques les plus répandus - de **9,9 % à 16,7 %** dans le monde. Kessler et al. 2007
- Dans les populations **pédiatriques**, la prévalence estimée varie de **6 à 18 %** des enfants et des adolescents. Verhulst et al., 1997
- Les données sur les jeunes enfants sont limitées, mais près **d'un adolescent sur trois répondra aux critères d'un trouble anxieux à un moment ou à un autre**. Merikangas et al. 2010
- Environ 50 % de tous les troubles anxieux se manifestent avant l'âge de 11 ans, et environ 75 % avant l'âge de 21 ans. Kessler et al. 2007, Beesdo et al. 2009. Lee et al., 2014

Le diagnostic d'anxiété chez les jeunes patients est peu stable tout au long de la vie mais est prédictif de troubles psychiatriques

Phobies spécifiques :

Seuls 10 % des enfants et adolescents souffrant de phobies spécifiques (pures ou comorbides) au départ ne présentaient aucun trouble mental lors du suivi de 10 ans (rémission diagnostique complète) ;

41% ont rapporté une phobie spécifique à nouveau (continuité homotypique stricte)

73 % des patients ont reçu un diagnostic de trouble anxieux et/ou dépressif lors des évaluations ultérieures (continuité hétérotypique).

Phobie sociale :

Seuls 13 % des cas de phobie sociale au départ n'ont fait l'objet d'aucun diagnostic au cours du suivi de 10 ans.

35 % ont signalé le même trouble, et 64 % un quelconque trouble anxieux/dépressif.

Anxiété

Phobie

TOC

Anxiété Généralisée

Phobie spécifique

Anxiété de séparation

Phobie sociale

Trouble Panique

Agoraphobie

**Phobie scolaire = refus scolaire
 anxieux**

Parmi les troubles les
plus fréquents dans
l'enfance

12-20% des enfants

Peu identifiés, mal
compris, mal soignés

PHOBIE

Anxiété déclenchée **EXCLUSIVEMENT**
dans la cas d'une situation sans danger
REEL

Les situations sont **EVITÉES**, ou
ENDURÉES avec **SOUFFRANCE**

PHOBIE

Le diagnostic de phobie spécifique repose avant tout sur des critères d'ordre quantitatif (persistance, sévérité) et sur le retentissement sur le fonctionnement personnel, familial et social de l'enfant.

PHOBIE

L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation. **L'enfant reconnaît généralement le caractère excessif ou irrationnel de la peur.** Les situations phobogènes sont évitées ou vécues avec une anxiété ou une détresse intense. **L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans les situations redoutées perturbent de façon importante le fonctionnement**

Une phobie spécifique à part : la néo-phobie alimentaire

- quasiment inexistante avant l'âge de 2 ans, elle se manifeste de manière physiologique à partir de 2 ans., protégeant l'enfant puisque lui empêchant de goûter n'importe quoi (en particulier des matières non comestibles)
- La période où elle est le plus marquée est entre **4 et 7 ans** puis elle s'atténue. Le refus concerne les aliments nouveaux ou des catégories de nourriture, en fonction du goût, de la texture, de l'odeur, de la consistance ou de la couleur avec au fil du temps ,s'il perdure, une évolution vers une restriction importante du répertoire d'aliments acceptés .

C'est une pathologie de la diversification alimentaire qui peut avoir des conséquences alimentaires voire pathologiques

Une phobie spécifique à part : la phobie de la déglutition

- **dysphagie psychogène, dysphagie fonctionnelle, phagophobie. , trouble alimentaire post traumatique et en langue anglaise « choking phobia » (« phobie de s'étrangler »).**)
- **Quasi toujours après une sorte de fixation suite à un évènement traumatique de déglutition**
- Peut avoir des conséquences importantes (alimentation mixée, restriction alimentaire...)

Retentissement familial majeur (complaisance, forcage...)

C'est une pathologie proche du PTSD, son Dg différentiel est l'anorexie mentale

Phobie Sociale

- L'anxiété des premières expériences sociales est banale.
- Définition : peur persistante et intense de situations sociales ou de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens **non familiers**. Le sujet craint d'agir de façon embarrassante ou humiliante .

Si c'est aussi avec les gens familiers ca pose la question d'un TSA

Agoraphobie

- l'anxiété liée au fait de se retrouver dans des **endroits ou des situations** où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on ne pourrait pas trouver de secours en cas d'attaque de panique, soit inattendue, soit facilitée par certaines situations. Les peurs agoraphobiques regroupent les situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture
- Les situations sont soit évitées soit subies avec une souffrance intense ou avec la crainte d'avoir une attaque de panique. L'agoraphobie entraîne toujours une limitation des déplacements et le besoin d'être accompagné en dehors du domicile. **L'agoraphobie peut exister seule ou en coexistence avec un trouble panique**

Trouble Panique

paroxystique

brutale

brève

Imprévisible

sans facteur déclenchant

impression qu'on est en train de mourir

déréalisation

dépersonnalisation

crainte qu'un nouvel accès se reproduise

L'ANXIETE CHEZ L'ENFANT

| Cognitifs | Comportementaux | Somatiques |
|------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Craintes | Instabilité | Cardio-vasculaires |
| Nervosité | Collant | Cutanés |
| Stress | Dépendance | Musculo-articulaires |
| Perfectionnisme | Timidité/Retrait | Gastro-intestinaux |
| Défaitisme | Plaintes | Respiratoires |
| Inattention | Réticence | Céphalées |
| Indécision | Évitement | Nausées |

TOC

OBSESSION : Idées **INTRUSIVES** et récurrentes s'imposant au sujet. Elles ne sont **PAS CONTROLÉES**

COMPULSIONS: **RITUELS**, comportements **REPÉTITIFS**

TOC

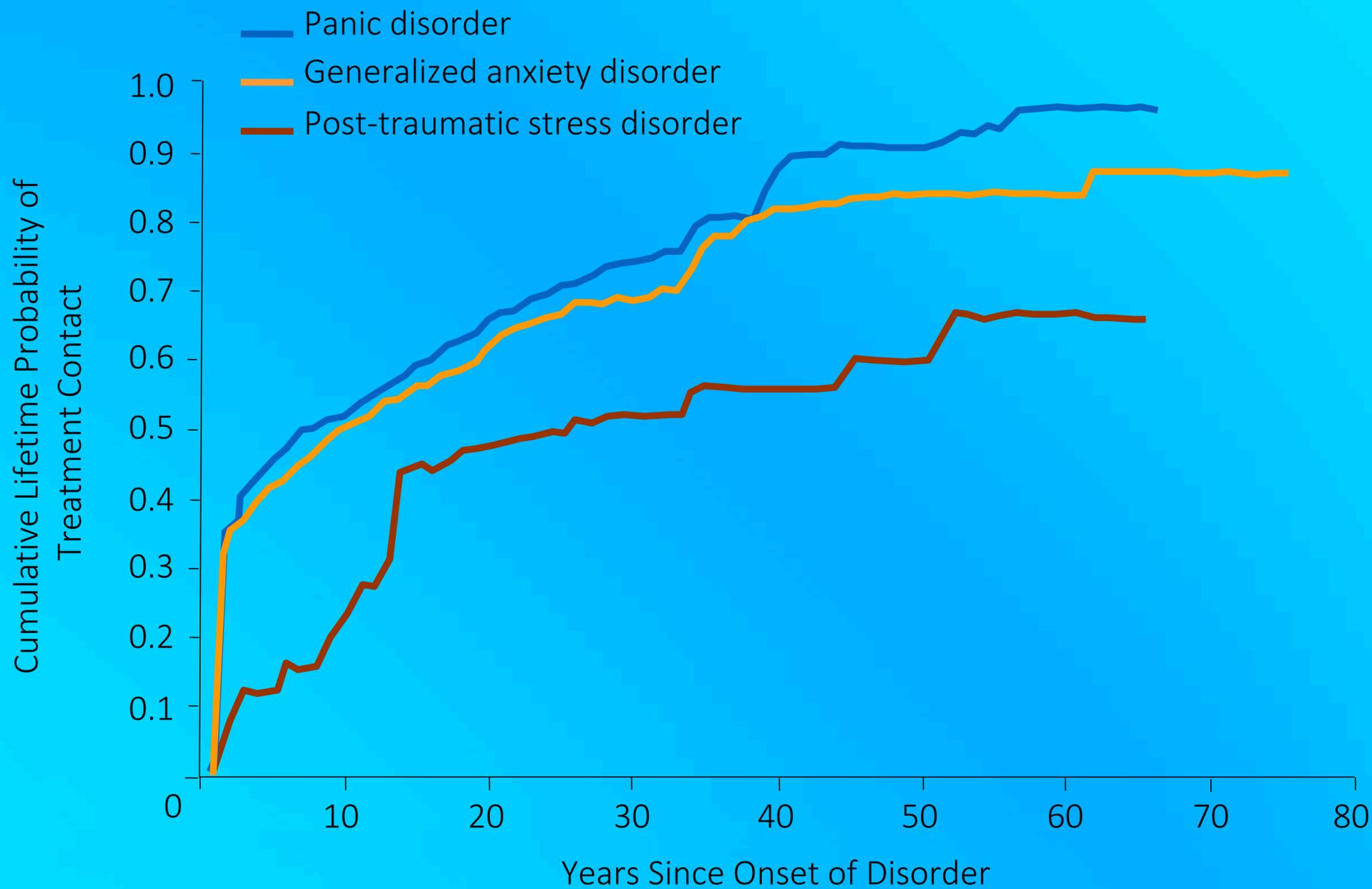
1à 2 % population générale

12-18 ans

ERREURS DIAGNOSTIQUES

| Pathologies somatiques qui miment l'anxiété | Médicaments qui produisent anxiété |
|---|--|
| <p>Hypoglycémie Hyperthyroïdisme Arythmies cardiaques Phéochromocytome Excès de caféine Épilepsies Migraines Troubles cérébraux</p> | <p>Anti-histaminiques Anti-asthmatiques Sympathomimétiques Stéroïdes Anti-psychotiques</p> |

Les prises en charges sont finalement rares et **considérablement** retardées....
(WMH 2008)



PRINCIPES D'INTERVENTION

• Prévention

- Repérage précoce → Prévention secondaire
- Évaluation approfondie : types, facteurs de maintien, environnement, somatiques, comorbidité, chronicisation
- Accompagnement des parents

• Principes

- Soulager les symptômes → réduire le stress associé
- Minimiser les problèmes associés → réduire les complications

• Interventions:

- Démystifier → expliquer les origines, éléments concrets
- Relaxation → développer des compétences adaptatives
- Désensibilisation → développer des compétences adaptatives
- Expression émotionnelle
- Pharmacothérapie

Désensibilisation avec renforcement des comportements adaptés

- Systématique : série d'étapes simples → du plus facile au plus difficile
- **Augmenter le sentiment de contrôle** de l'enfant et les chances de réussite
- Réduire l'anxiété d'anticipation par une confrontation précoce avec la peur → exposition régulière et planifiée
- Comportements claires et non multiples
- **Récompense immédiate après le comportement**
- Faire une charte des changements avec des **objectifs limités**
- Encouragement parental
- **Ne pas favoriser l'évitement d'une situation quand l'anxiété est élevée**

Relaxation

- Respiration **abdominale**
- Relaxation musculaire progressive :
 - Apprentissage de la différence entre états de tension et de relaxation → relaxation sans tension des muscles
- Exercice de respiration / **Cohérence cardiaque**
 - Taches mentales qui demandent une attention et interfèrent avec les préoccupations

Visualisation

- Situations agréables pour détourner l'attention
- Effort d'imagination avec sensations somatiques
- Caractère rassurant de la scène imaginée

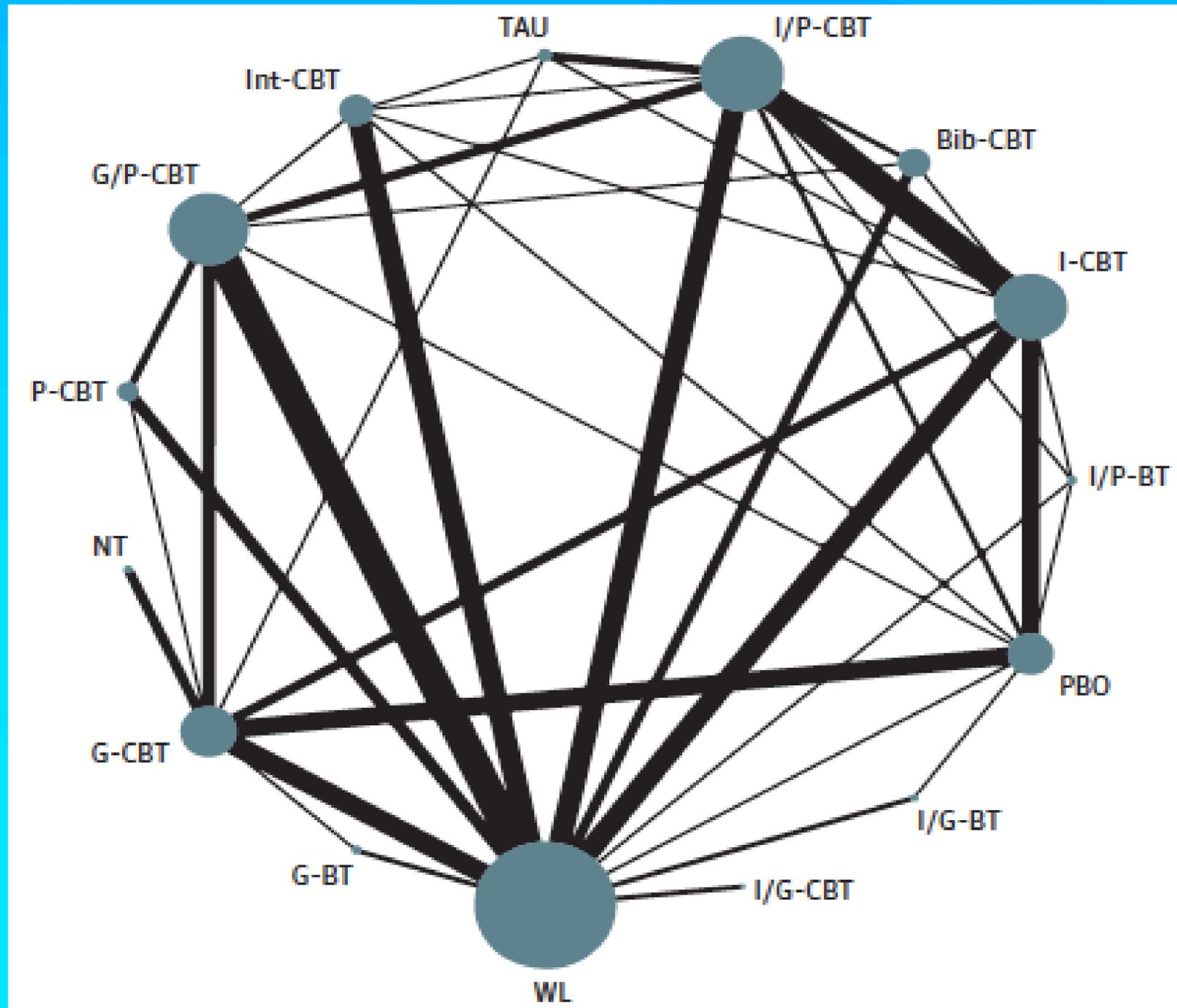
Expression émotionnelle

- **Etiquetage émotionnelle**
 - Aide à externaliser et reconnaître l'anxiété
 - Distinguer entre l'enfant et le problème
 - Aide les parents à soutenir l'enfant contre l'anxiété plutôt que se mettre en colère
- **Examen de réalité : vrai danger ou anxiété**
 - Quelle probabilité que l'évènement se produise?
 - Quelles explications alternatives?
 - Et si cela arrive, quelles conséquences et comment y faire face?
 - Qu'est ce qu'il est possible de faire ? Et si rien peut être fait, comment faire pour détourner mon attention?

Distorsions cognitives des enfants anxieux / TCC

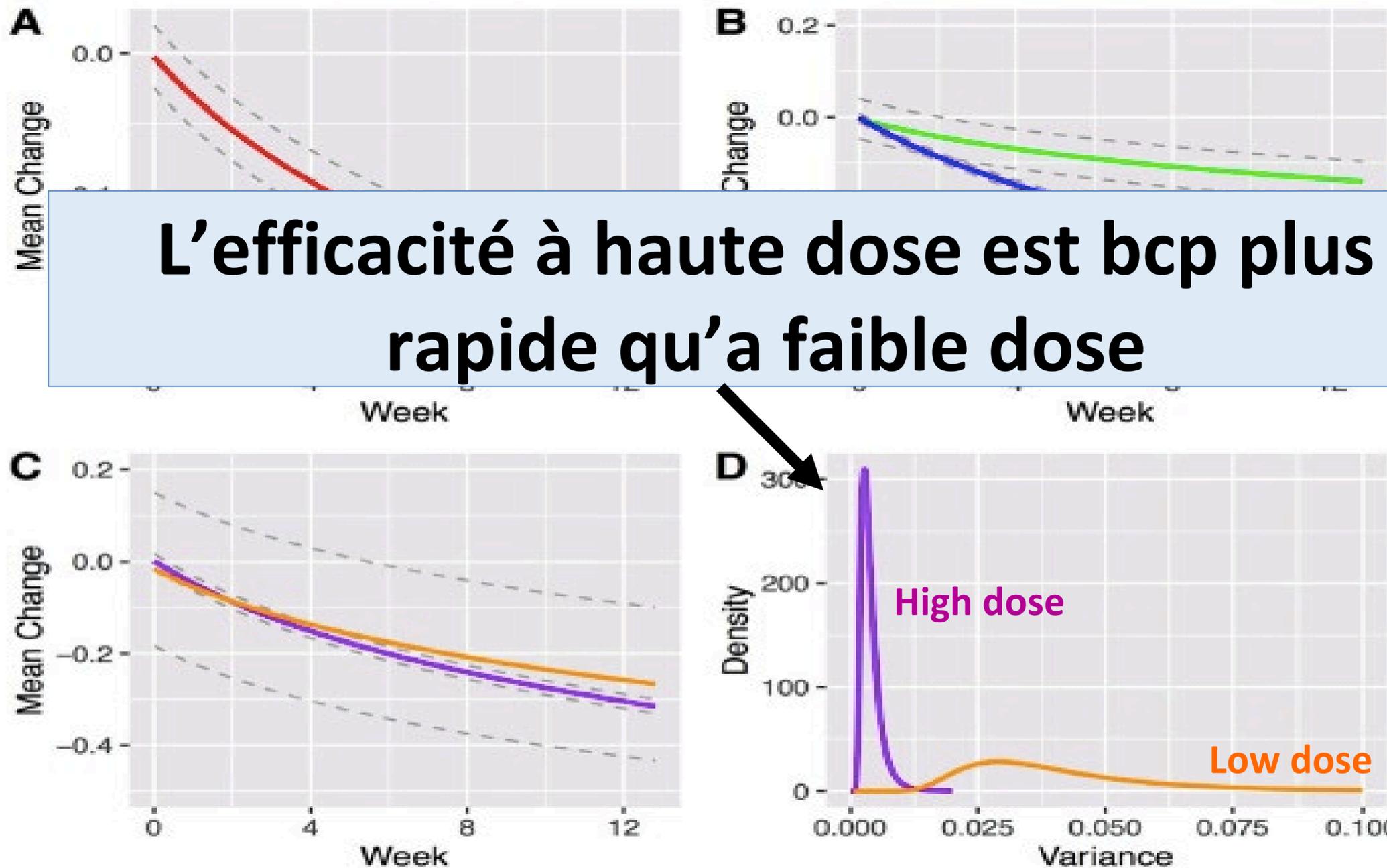
- Inférences arbitraires : sans évidences réelles
- Abstraction sélective : attention à des détails hors contexte
- Hyper généralisation : conclusions de situations uniques
- Minimisation ou magnification des situations possible
- Pensée dichotomique
- Personnalisation des évènements

Effets de la psychothérapie pour l'anxiété AIGUE chez les enfants et adolescents



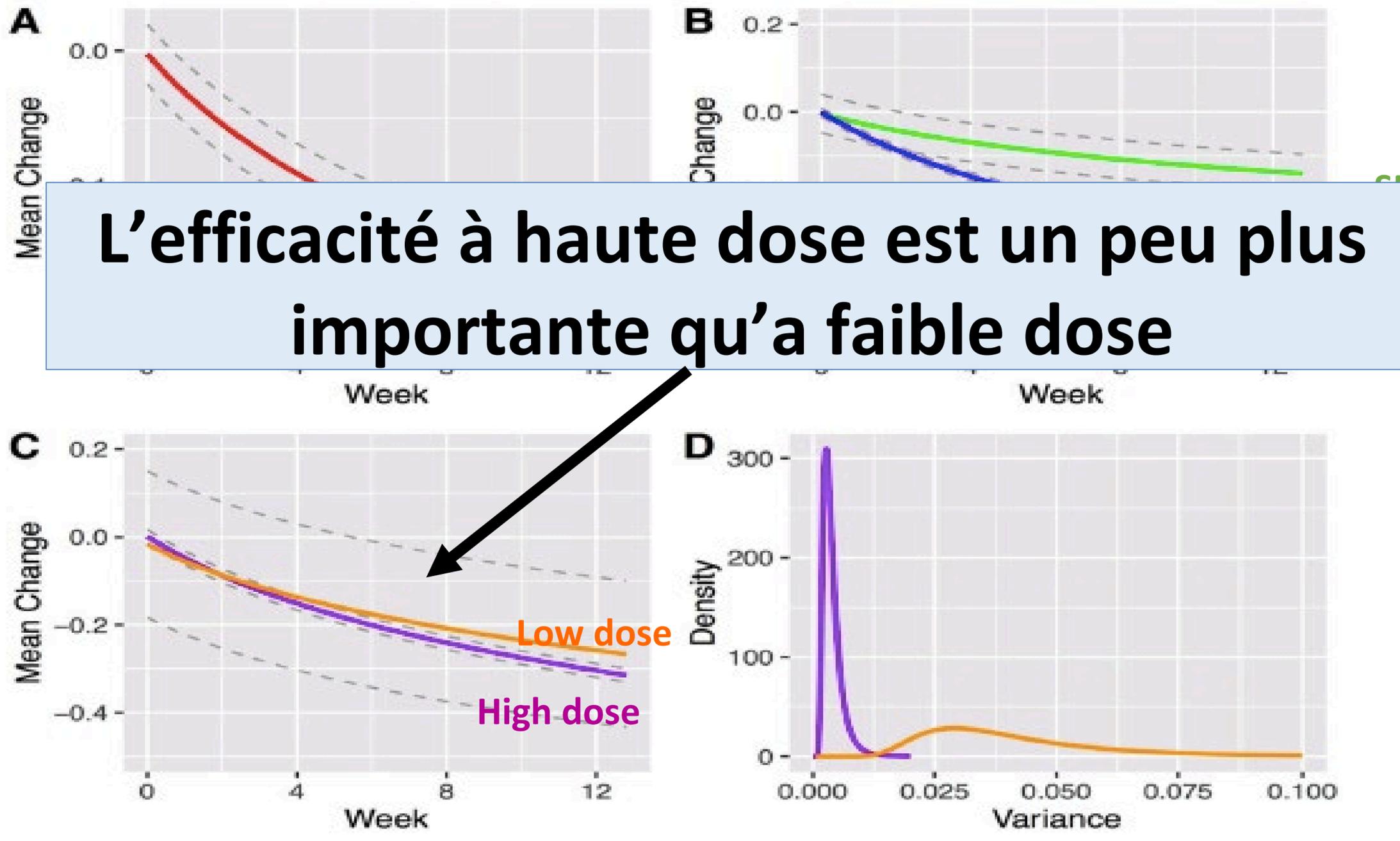
TCC de groupe ou individuelle, Thérapie d'implication parentale en group ou individuelle sont **particulièrement efficaces**. Plus que de ne rien faire...

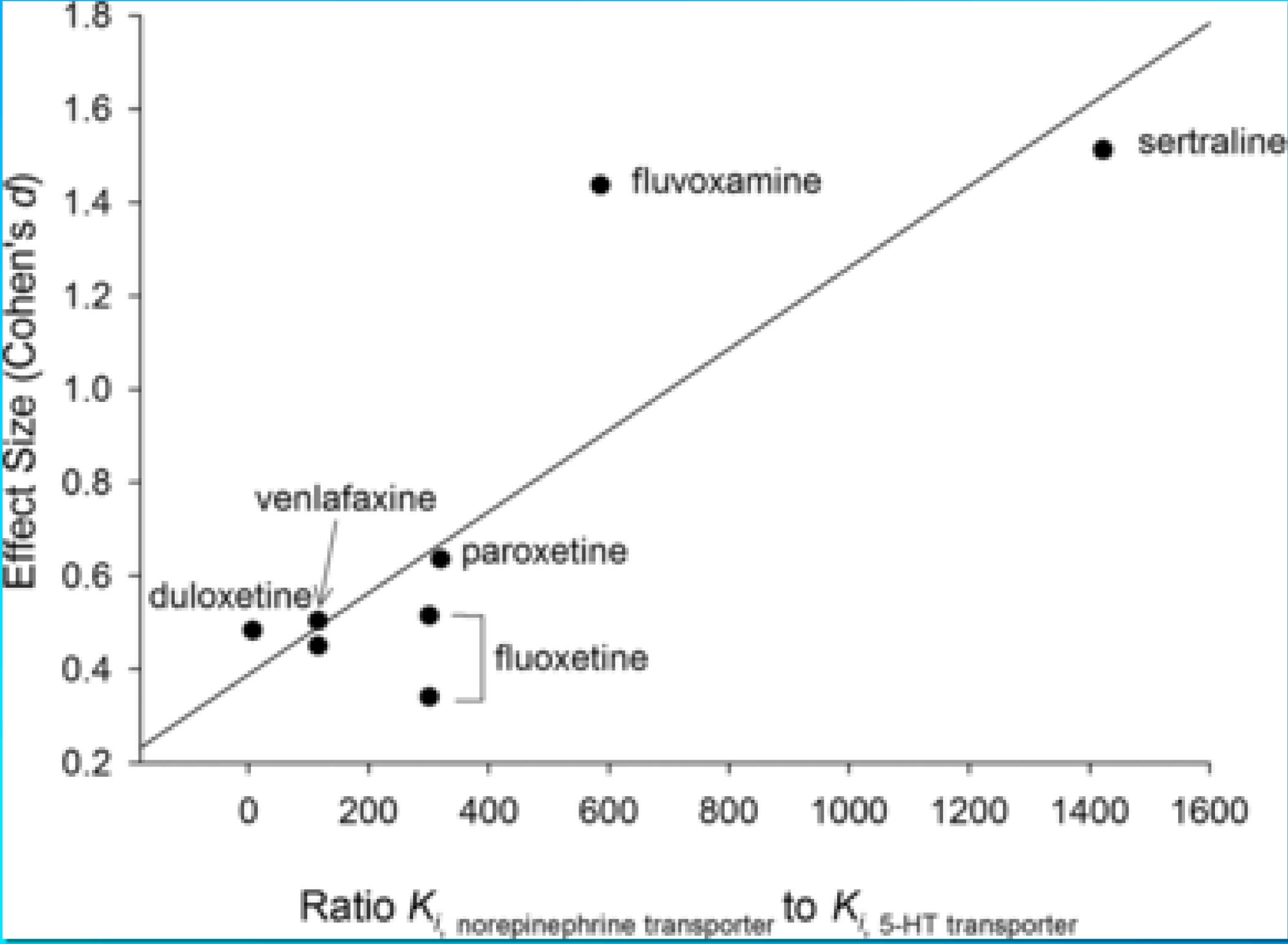
Impact of Antidepressant Dose and Class on Treatment Response in Pediatric Anxiety Disorders: A Meta-Analysis



L'efficacité à haute dose est bcp plus rapide qu'à faible dose

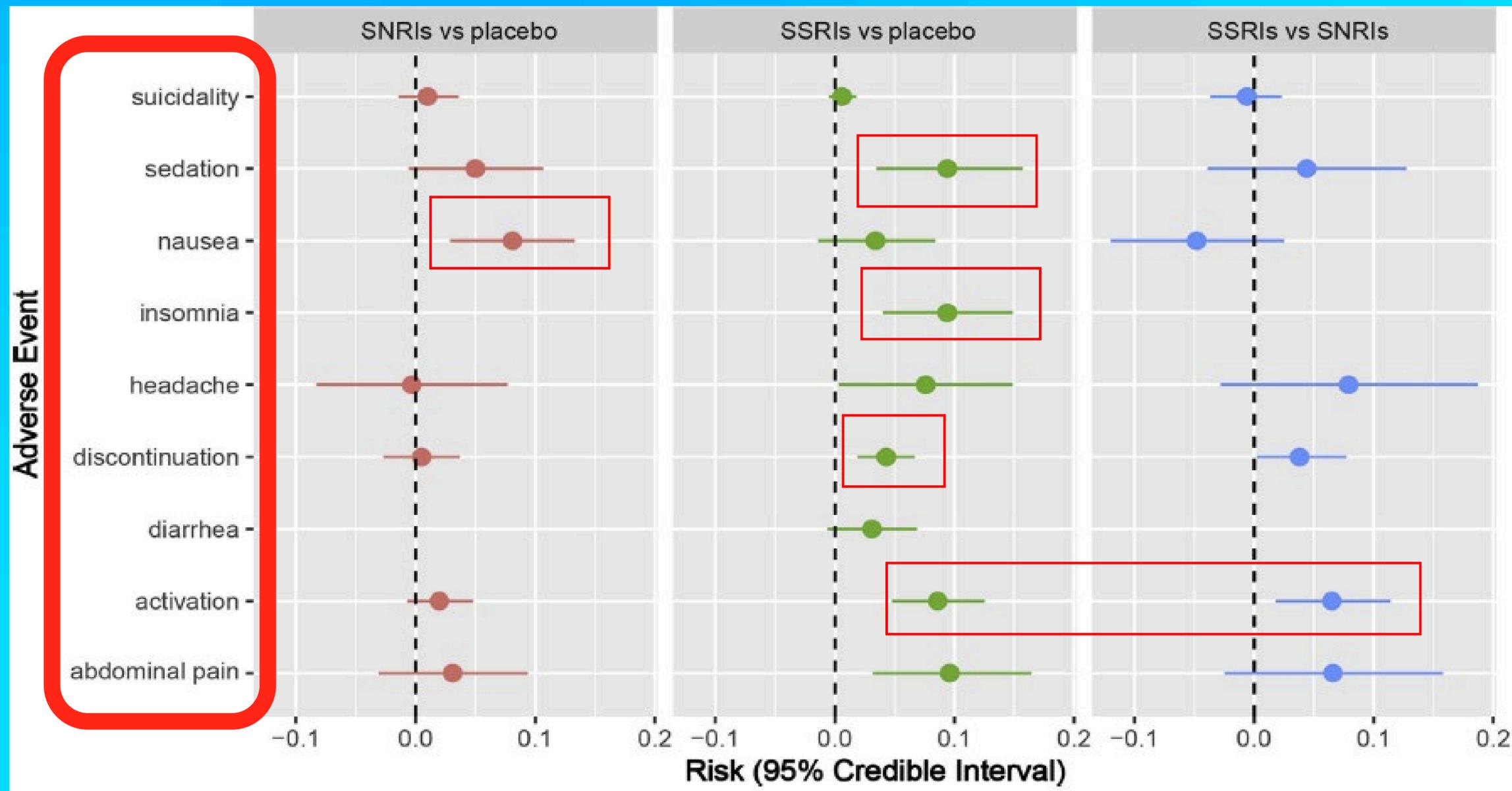
Impact of Antidepressant Dose and Class on Treatment Response in Pediatric Anxiety Disorders: A Meta-Analysis





La taille d'effet est d'autant plus important que la sélectivité sérotoninergique est importante

The Relative Risk of Antidepressant-Related Adverse Events (AEs), Suicidality, and Discontinuation Secondary to AEs



Activation et ISRS

"L'activation, telle qu'elle est utilisée ici, se réfère généralement à l'hyperactivité, l'impulsivité, l'insomnie ou la désinhibition et, surtout, se distingue de la manie apparue au cours du traitement. Semble être plus fréquente chez les enfants (10,7 %) que chez les adolescents (2,1 %) dans les ECR d'antidépresseurs.

**Moins
fréquent si
augmentation
des doses
TRES
progressive**

Risques à l'arrêt du traitement (trop brutalement ?)

- vertiges
- étourdissement
- nausées
- maux de tête
- troubles sensoriels
- éventuellement
 - > pour la Paroxétine
 - < avec la Fluoxétine et le Citalopram



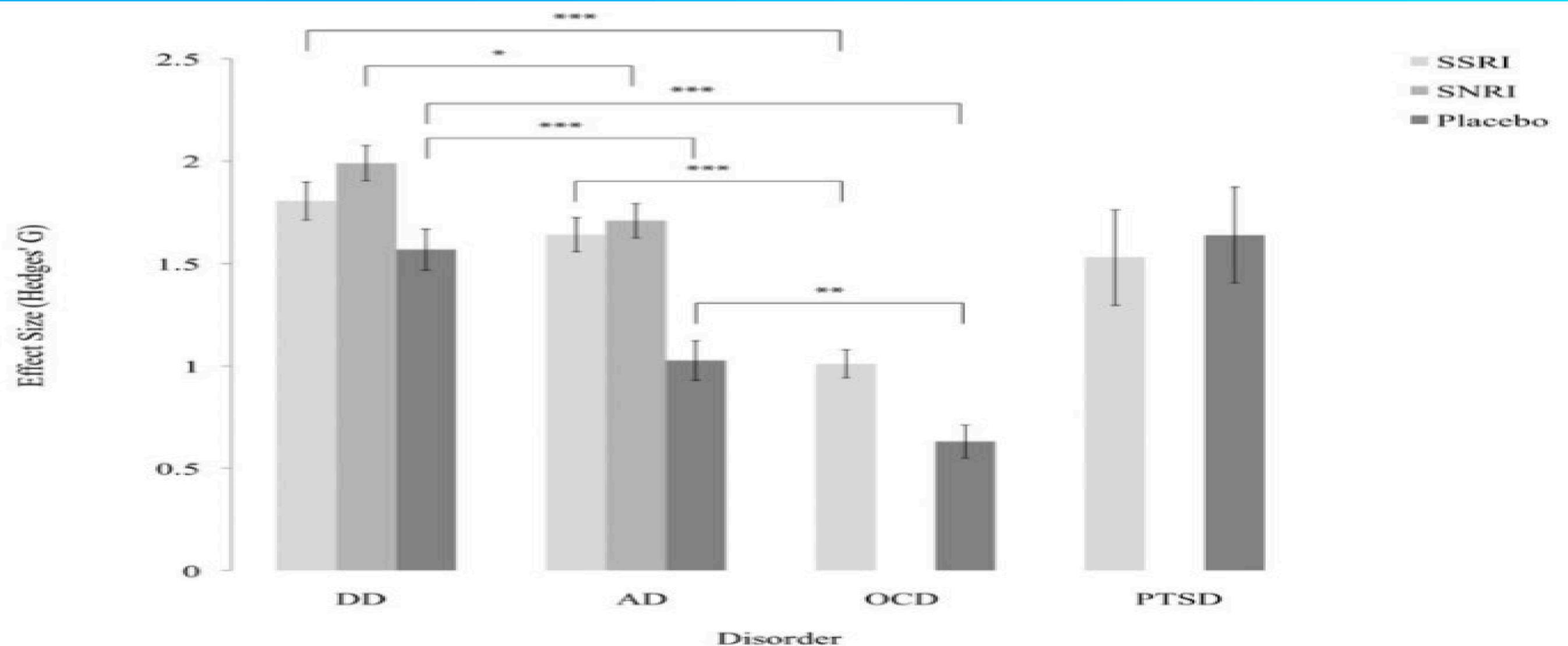
Is combined CBT and SSRI better than monotherapy?

| | % improved or much improved on CGI -I | NNT vs. CBT | NNT vs. sertraline |
|------------------|---------------------------------------|-------------|--------------------|
| CBT | 59.7* | | |
| Sertraline | 54.9* | | |
| CBT + Sertraline | 80.7*¥ | 5 | 4 |
| Placebo | 23.7 | | |

* superior to placebo $p < 0.001$,
¥ superior to CBT and sertraline as monotherapies

- Adverse events, including suicidal and homicidal ideation, were no more frequent in the sertraline group than in the placebo group.
- No child attempted suicide.
- There was less insomnia, fatigue, sedation, and restlessness associated with CBT than with sertraline.

Differences in placebo effect size by disorder category in SSRIs and SNRIs trials



30 antidepressant trials, 2911 participants on placebo

Greater placebo response rates in depression (SMD = 1.44, 95% CI: 1.18 to 1.71) than anxiety disorders (SMD = 1.09, 95% CI: 0.77 to 1.41) and the lowest in OCD (SMD = 0.71, 95% CI: 0.32 to 1.12).

Buspirone

- un agoniste des récepteurs présynaptiques 5-HT_{1A} & un agoniste partiel des récepteurs postsynaptiques 5-HT_{1A}.
- Essais ouverts et deux ECR principalement dans le TDAH (Strawn et al., 2018)
- ECR : un à dose flexible (N = 227) et un à dose fixe (N = 341), 6-17 ans.
- résultats mitigés
- **Dosage par tranches de 5 mg jusqu'à 20mg/j.**
- Effets secondaires légers
- symptômes gastriques, nausées, étourdissements, maux de tête, vertiges et insomnie
- Eventuellement associé à une agitation, une augmentation de l'agressivité et un passage à l'acte maniaque.
- Pas de symptômes de sevrage, même après une administration prolongée.

Buspirone

- Les enfants commencent 2,5 - 5mg/jour, ↑ par 2,5 mg/ 3-4 jours max 20mg /j
- Adolescents commencer 5-10mg/j ↑ par 5-10mg/ 3-4j max 60mg/j
- efficace en 2 - 4 semaines
- Si aucune réponse en 6 semaines, à la dose maximale, arrêter le traitement.

Histamine H1 antagonists

- Largement utilisé chez les enfants pour la sédation et l'insomnie
 - Hydroxyzine autorisée chez les adultes pour le TAG
 - efficacité similaire à celle de la buspirone
 - sédatif - bon pour le sommeil également
 - les effets indésirables peuvent être limitatifs
-
- Certains tricycliques et antipsychotiques atypiques (en particulier la quétiapine) sont également de puissants antagonistes H1, ce qui peut expliquer en partie leur intérêt dans le traitement de l'anxiété.

Benzodiazepines

Très **controversé** en raison du risque de dépendance et de retrait et de désinhibition

Mais **peut fonctionner** - en particulier pour l'anxiété sociale grave chez les adolescents - utilisation possible.

Un jugement clinique est donc nécessaire

| Nom du traitement | Classe | Indication | Age |
|--|--------|--|----------|
| MEDICAMENTS AYANT L'AMM EN FRANCE | | | |
| Fluoxétine (Prozac [®]) | ISRS | Episode Dépressif Majeur modéré à sévère | ≥ 8 ans |
| Sertraline (Zoloft [®]) | ISRS | Trouble Obsessionnel-Compulsif | ≥ 6 ans |
| Fluvoxamine (Floxyfral [®]) | ISRS | Trouble Obsessionnel-Compulsif | ≥ 8 ans |
| Clomipramine (Anafranil [®]) | A3C | Trouble Obsessionnel-Compulsif | ≥ 10 ans |
| Imipramine (Tofranil [®]) | A3C | Enurésie | ≥ 6 ans |
| Amitryptiline (Laroxyl [®]) | A3C | Enurésie | ≥ 6 ans |

INDICATIONS ET AMM

Molécules formellement contre-indiquées selon les recommandations françaises AFSSAPS 2005 :

< 15 ans : paroxétine (Deroxat[®]), citalopram (Seropram[®]), milnacipran (Ixel[®]), miansérine (Athymil[®])

< 18 ans : venlafaxine (Effexor[®])

ISRS : Inhibiteur Spécifique de la Recapture de la Sérotonine, A3C : Antidépresseur Tricyclique

Et on traite combien de temps ??

- Le CAMS a randomisé des jeunes souffrant de troubles d'anxiété de séparation, généralisée et/ou sociale (N 1/4 488) pour : (1) sertraline en monothérapie, (2) TCC en monothérapie, (3) sertraline et TCC combinées, et (4) pilule placebo. Les différences statistiquement significatives pour les monothérapies par rapport au traitement combiné n'étaient plus présentes à la semaine 24. Pour la rémission, le traitement combiné a maintenu sa supériorité à la semaine 36.
- Étude sur l'anxiété RUPP 94% des personnes qui avaient répondu précédemment à la fluvoxamine au cours d'un traitement aigu de 8 semaines ont maintenu leur état de rémission au cours d'une période de traitement ouverte de 6 mois.

Pour les troubles d'anxiété généralisée, de séparation et sociale, un traitement antidépresseur de 6 à 9 mois peut être suffisant, bien que de nombreux cliniciens étendent le traitement à 12 mois en se basant sur l'extrapolation des données concernant les adultes.

Des périodes de traitement prolongées peuvent diminuer le risque de morbidité à long terme et de récurrence.

Facteurs de mauvaise réponse thérapeutiques

- **Âge avancé**
- **Sexe féminin**
- **Statut de minorité**
- **Gravité des symptômes au départ**
- **Statut socio-économique inférieur**
- **Trouble de l'intériorisation concomitant**
- **Trouble de l'anxiété sociale**
- **Événements de vie plus négatifs**

CONCLUSIONS

1. Anxiété pathologique est fréquente sous toutes ses formes plus de **18%** des enfants
2. Elle est développementale mais peut aussi être pathologique. Le **retentissement** est la clef du Dg
3. **Il existe des techniques efficaces**, conseils, relaxations, psychothérapies...
4. **Les traitements sont une alternative en cas d'échec, ils sont efficaces**
5. Les traitements sont les **AD**, éventuellement la busperidone et les antiH1.
6. **Pas de place pour les antipsychotiques, y compris la cyaménazine sauf formes complexes.**

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**

WWW.PSY-DEV.ORG

WWW.PHARMACOLOGIE.SFPEADA.FR

OLIVIER.BONNOT@UNIV-NANTES.FR



@BONNOTOLIVIER

Stratégie thérapeutique médicamenteuse dans les TOC et le Tourette

Adapté par O. Bonnot de NICE 2010 et HAS

L'association avec une psychothérapie, préférentiellement TCC si très handicapant, est **IMPERATIVE**

