

## Les troubles somatoformes

Dr. Jacques Y. Séguin  
CSSSG-Hôpital de Hull

Février, 2011

## Troubles somatoformes (DSM)

- Syndromes caractérisés par des **symptômes somatiques** ressemblant à ceux d'une affection médicale, mais qui **ne peuvent s'expliquer** ni par une affection médicale, ni par un autre trouble mental.  
Synonymes: somatisation; troubles fonctionnels).
- Présence de **facteurs psychologiques** évidente ou soupçonnée, sans que le patient en soit conscient ou si peu.

## Les troubles somatoformes (DSM IV)

- Trouble somatisation
- Trouble somatoforme indifférencié
- Trouble de conversion
- Trouble douloureux
- Hypochondrie
- Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle
- Trouble somatoforme non spécifié

## Spectre des somatisations

### Volontaires (conscientes)

- Simulation (Malingering)
- Trouble factice avec présentation somatique (Syndrome de Münchausen)

### Involontaires

- Troubles somatoformes
- Autres troubles mentaux : troubles anxieux (panique), dépression, troubles psychotiques, troubles cognitifs, démence, delirium, etc..
- Facteurs psychologiques influençant l'affection médicale (maladies psychosomatiques)

## Psychosomatique

- Affection médicale influencée par des facteurs psychologiques (DSM) **ou** maladie psychosomatique: ex.: asthme, colon irritable, HTA, dyspepsie, psoriasis, etc.
- Médecine psychosomatique: s'intéresse aux liens entre le physique et le psychique dans le développement des maladies.

## Les troubles somatoformes

- Étiologie multifactorielle plutôt que perspective dualiste / réductionniste
- Biologique
- Psychodynamique
- Social: appris ou copié

## Hypothèse biologique

- Génétique: agrégation familiale avec le trouble de personnalité antisociale
- Anomalie perceptive et cognitive
  - Perception sélective ou amplifiée des changements corporels non pathologiques (ex. : variations du rythme cardiaque, mouvements intestinaux, etc..).
  - Variation individuelle du seuil de la douleur.
  - Effets biologiques: e.g. inactivité aggravant les symptômes

## Pathophysiologie

La formation des symptômes dépendrait de l'activation des mécanismes inhibiteurs cérébraux (synapse; tronc cérébral; formation réticulée activatrice)

## Hypothèse psychodynamique

- Somatisation : mécanisme de défense pour éviter l'angoisse d'un conflit inconscient.
- Exemples : conversion, dépendance.
- Valeur symbolique de la somatisation.

## Hypothèse sociale et culturelle

- Comportement social appris des autres ou d'expériences antérieures de maladie.
- Communication sociale, pour obtenir une certaine reconnaissance: rôle de malade.
- Maladie sévère chez les parents; abus physique et sexuel
- Niveau socio économique; éducation; appartenance culturelle

## Troubles somatoformes: diagnostic différentiel

- Diagnostic de médecine générale (30 à 80% de la clientèle)
- L'approche diagnostique par exclusion n'est pas suffisante. Envisager avant la possibilité de désordre endocrinien (hypothyroïdie), systémique (collagénose, lupus), dégénératif (sclérose en plaques).
- Éliminer d'autres psychopathologies avec somatisation.

## Lucie

- - 31 ans, secrétaire, mariée, admise par son médecin de famille pour nausée et vomissements persistants X 5 jours. Diagnostic présumptif: gastro-entérite persistante et déshydratation.
- - 14 ans, (dysménorrhée)
- - 17 ans: céphalées. Voit neurologue: aucune cause identifiable.

## Lucie

- - 4 hospitalisations antérieures et de multiples visites à l'urgence, dans les 10 dernières années.
- Multiples plaintes (douleurs abdominales, vision trouble, dysphagie, diarrhée, douleurs articulaires, etc) .
- Multiples diagnostics: syndrome du colon irritable, endométriose, SPM, gastrite chronique, fibromyalgie, migraine, douleur costo-chondrale etc.

## Lucie

- Multiples tests: scopies (gastro, colono, laparo); radiographies et scans, investigations pour maladies à collagène, infectieuses, inflammatoires, endocrinologiques, cardiaque, etc. Aucune trouvaille permettant d'établir un diagnostic sûr.
- leitmotiv = résistance aux traitements.

## Lucie

- Antécédents familiaux: mère alcoolique
- Pas d'abus de substances.
- Couple stable; mari compréhensif et soutenant.
- Vie sociale active et bien remplie.
- Pas de difficultés identifiables au travail outre absentéisme marqué en raison de ses problèmes de santé.

## Lucie

- Examen: Pâle, l'air anxieuse
- Semble très sensible au toucher (sursaute au moindre toucher) et se plaint de douleur à la palpation abdominale, à la prise des réflexes ainsi qu'à la percussion. L'examen abdominal est insatisfaisant en raison de la tension musculaire et de l'apparente douleur.

- De quoi souffre Lucie?

## Trouble de la somatisation: symptômes du DSM-IV

- A: Antécédents de plaintes somatiques
- B: 4 symptômes douloureux
  - 2 symptômes gastro-intestinaux
  - 1 symptôme sexuel
  - 1 symptôme psychoneurologique
- C: Soit 1) examens n'expliquent pas complètement la condition.
  - 2) il y a une affection médicale identifiée mais les effets sont disproportionnés.
- D: Pas intentionnel

## Épidémiologie

- Prévalence variable : 0,2 à 2% chez la femme, 0,2% pour l'homme
- 10 femmes pour 1 homme
- 5% dans les soins primaires

## Comorbidité

- Chez 50% : antécédents de dépression majeure;
- anxiété généralisée;
- troubles de panique;
- personnalité limite, histrionique ou antisociale, chez 70%.

## Thérapie

- Psychothérapie: Patients réticents à associer somatisation et difficultés émotionnelles: explications, dédramatiser, tact.
- Pharmacologique: soigner co-morbidité(SSRI si dépression ou anxiété);
- Éviter de « sur-traiter » (investigations, utilisation de médicaments à outrance, etc.)
- Éviter les gains secondaires.

## Marie-Josée

- 40 ans, secrétaire
- Hémiplégie droite
- Pas de signe organique (scan, etc)
- Conflit: hystérectomie + perte affective
- Expression du conflit: « Je ne veux plus avancer...

- De quoi souffre Marie-Josée?

## Trouble de conversion

- HYSTÉRIE est connue depuis l'Antiquité. C'est un mot grec qui signifie utérus. Hippocrate croyait que l'utérus se déplaçait dans le ventre et causait ce problème.



## Trouble de Conversion: critères du DSM-IV

- A: Symptômes ou déficits suggérant une affection neurologique ou médicale + précédé par conflits ou autres facteurs de stress.
- B: Facteurs psychologiques associés au symptôme (gain primaire)
- C: Pas intentionnel
- D: Ne peut être expliqué par diagnostic médical
- E: Cliniquement significatif
- F: Pas expliqué par un autre trouble mental

## TROUBLE DE CONVERSION

- FREUD 1895 utilise le terme «conversion» pour désigner le passage d'un conflit psychique inconscient dans le corps



## Pathophysiologie

- Inhibition du cortex moteur par une hyperactivité inhibitrice du gyrus cingulaire antérieur et du cortex orbitofrontal médian.

## Pathophysiologie

- Hypoactivité du thalamus et des ganglions de la base contralatéraux. Structures du faisceau striatohalamocortical qui contrôle la fonction sensorimotrice et la motricité volontaire.
- Le noyau caudé est bien situé pour moduler la motricité en interaction avec les émotions venant du système limbique.
- Le même faisceau est impliqué dans le syndrome du membre négligé après des trauma ou anosognosie. «La Belle Indifférence»

## Épidémiologie

- 1 à 3% des patients suivis ambulatoire en psychiatrie
- Classes défavorisées, moins instruites, rurales
- 3 femmes pour 1 homme
- Chez l'homme, désordre de conversion associé à personnalité anti-sociale
- Âge entre 10 et 35 ans
- Diagnostic différentiel

## Clinique

- Antécédents: épisodes semblables ou symptômes identiques dans famille
- Moteur: paralysie, astasia-abasia: démarche loufoque, pseudoconvulsion
- Sensitif: anesthésie en gants
- Sensoriel: cécité en tunnel, hallucination
- Viscéral: vomissement, pseudocycèse, globus, aphonie
- Attitude: « LA BELLE INDIFFÉRENCE », anosognosie?
- Individu peu concerné par la nature ou les conséquences des symptômes

## Comorbidité 75%

- Trouble de l'humeur
- Troubles anxieux
- Troubles somatoformes
- Troubles de personnalité 45%
- Troubles neurologiques: importance des techniques d'investigation par imagerie et du recours aux critères diagnostiques.
- États mixtes : conversion + épilepsie ou SEP

## FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

- Freud identifiait surtout des conflits inconscients au sujet des impulsions sexuelles ou agressives
- Famille chaotique
- Situation abusive
- Précarité financière
- Stress au travail
- Responsabilité familiale: naissance

## Principes thérapeutiques

- Investigation raisonnée.
- Augmenter l'activité, encourager, suggérer progrès; approches corporels.
- Séjour hospitalier en médecine familiale: ≈deux semaines.
- Éviter confrontation « Sauver la face ».
- Consultation psychiatrique prudente pour ouvrir sur facteurs de stress
- Traiter co-morbidité (dépression, anxiété, etc)

## Pronostic

- Favorable à court terme.
- Facteurs de bon pronostic: début soudain, traitement précoce, stressor déclencheur clairement identifié, QI supérieur à moyenne, paralysie, aphonie, cécité.
- Mauvais pronostic avec chronicisation: recherche de compensation, trouble de personnalité, fonctionnement global diminué; tremblements, convulsions, maladie physique.

## Eugène

- Accident CSST 2004. Pensionné avec DAP 5%
- Dorsalgie persistante, malgré examens négatifs. (3 orthopédistes; 2 neuro-chirurgiens; 1 psychiatre et 1 neurologue).
- Démarche antalgique avec claudication. Se lève pour déambuler durant l'entrevue.
- Pas de soulagement avec anti-inflammatoires, amitriptyline, prégabaline ou le gabapentin.
- Soulagement incomplet au moyen d'analgésiques narcotiques (fentanyl) + codéine prn. Pas d'abus..
- Syndrome dépressif traité avec Effexor : effets mitigés.

## Eugène

- N'a pas travaillé depuis 2004.
- Attend toujours révision de son cas à la CSST.
- Nie problèmes maritiaux ou autres.
- Réussit à ramener toutes vos questions à sa dorsalgie.

- De quoi souffre Eugène?

## Trouble douloureux

- A: La douleur est le centre du tableau clinique
- B: Altération significative du fonctionnement
- C: Facteurs psychologiques jouent un rôle dans déclenchement, intensité, aggravation ou persistance de la douleur.
- D: Pas intentionnel
- E: Pas expliqué par autre trouble psychiatrique.

## Trouble douloureux

- Épidémiologie : très grand problème de santé publique
- 2 fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme, au milieu de la vie active
- Survient à tout âge, particulièrement entre 30 et 50 ans; prévalence
- 50% des douleurs chroniques

## Trouble douloureux

- Comorbidité : dépression chez 1/3  
Effets des anti-dépresseurs sur la douleur (les RSNS)
- Thérapie : éviter interventions iatrogéniques (chirurgie inutile, dépendance narcotique, etc..).
- Viser réhabilitation plutôt qu'atténuer la douleur.
- Augmenter **activité**, apprentissage d'habilités en vue de **s'adapter à la douleur**.
- Redonner **qualité de vie**.

## Trouble douloureux

- Antidépresseur amitriptyline, duloxétine
- Anticouvlivants: prégabaline, gabapentin
- Pronostic : tendance à devenir chronique et invalidant, surtout si recherche de compensation.

## Eugène

- A épuisé son dernier recours avec la CSST en 2009.
- Échec de la psychothérapie conventionnelle.
- Approche d'ergothérapie: aidante
- Suit un cours de réparation de petits moteurs.

## M. Fred

- Célibataire, 66 ans. Convaincu d'avoir infection à champignon au niveau de la bouche (muguet) et systémique également. Depuis 1 an.
- Anamnèse: perte de poids (40 livres); douleur et sécheresse de la bouche, sécrétions blanches dans la bouche, difficultés urinaires.
- Investigations, incluant cultures et recherches systémiques, négatives.
- Auto-traité avec consommation d'eau vinaigrée. Traité avec anti-fongiques topiques et systémiques, mais les symptômes

## M. Fred

- Appui son diagnostic sur une imposante littérature trouvée sur internet.
- À l'examen: très amaigri.  
Examen buccal: bouche sèche; aucune sécrétion blanche notée.  
Analyse d'urine + culture: concentrée  
Compte blanc différentiel: pas de particularité  
Test HIV, ou autres recherches de maladies infectieuses: négatifs.  
Investigations pour cancer : négatives  
Malgré vos dénîs, il persiste à consulter.

- De quoi souffre M. Fred?

## HYPOCONDRIE

- A. Préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques
- B. Préoccupation persistante malgré un bilan médical approprié et rassurant
- C. La croyance ne revêt pas une intensité délirante (comme dans le trouble délirant type somatique) et ne se limite pas à une préoccupation centrée sur l'apparence (comme dans le trouble : peur d'une dysmorphie corporelle)

## HYPOCONDRIE

- D. Présence d'une détresse significative ou d'une perturbation du fonctionnement social ou professionnel
- E. Durée de six mois et plus
- F. La préoccupation n'est pas mieux expliquée par une anxiété généralisée, un trouble obsessionnel compulsif, un trouble panique, un trouble dépressif, une angoisse de séparation ou un autre trouble somatoforme  
- Avec peu de prise de conscience : si, la plupart du temps, le sujet ne reconnaît pas que sa préoccupation est excessive ou déraisonnable

## HYPOCONDRIE

- Hippocrate: Forme de mélancolie localisée dans l'hypocondre, zone privilégiée de la douleur.
- Épidémiologie: prévalence en médecine générale entre 4 et 9%; F = H
- Clinique: Continuum de la crainte à la conviction d'avoir une maladie grave, malgré une investigation négative.
- CIM: croyance; DSM: crainte.

## HYPOCONDRIE (SUITE)

- Comorbidité: anxiété généralisée 71%; dysthymie 45%; dépression 42%; somatisation 21%; panique 16%; TP x3
- Une maladie physique n'exclut pas un trouble hypocondriaque; somatisation: à distinguer de l'hypocondrie.
- Thérapie: Essai: antidépresseur obsessionnel; antipsychotique; empathie; degré d'insight?
- Pronostic: évolution chronique récurrente.

## TROUBLE: PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE

- A. Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique. Si un léger défaut physique est apparent, la préoccupation est manifestement démesurée
- B. La préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
- C. La préoccupation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p.ex., une anorexie mentale où il existe une insatisfaction concernant les formes et les dimensions du corps).

## Peur d'une dysmorphie corporelle

- Débute dans l'adolescence; F=H; autour de 1%, en croissance, vu l'influence des facteurs culturels.
- 2% des patients en chirurgie esthétique et en dermatologie.
- Toute partie du corps peut faire l'objet de préoccupations; visage, nez, sein, pénis, etc.
- Résistance à l'aspect psychologique; isolement social. Comorbidité importante et suicide 1/5
- Antidépresseur antiobsessionnel (ISRS); antipsychotique puissant antiD2 (pimozide)

## Trouble Factice

- A. Feinte non-intentionnelle (physique ou psychol.)
- B Motivation: jouer le rôle du malade (i.e. pas de gains secondaires)
- N.B. Tr. Factice Intentionnel retiré du DSM (V-code)



FIGURE 17-1 A commemorative stamp issued by Germany in 1970's mark the two hundred and fiftieth anniversary of Baron von Münchhausen's birth. The Baron is depicted riding a severed horse into battle.

Le BARON VON MÜNCHAUSEN 1720-1791, était un officier allemand qui racontait ses exploits de guerre et arborait ses cicatrices

## TROUBLE FACTICE

- PRÉVALENCE ? H > F
- ASSOCIÉ: trouble antisocial, borderline
- IATROGÈNE

## TROUBLE FACTICE

- DIAGNOSTIC DIFFICILE
- THÉRAPIE: **confrontation**
- Trouble factice par procuration chez un enfant: DPJ
- SYNONYMES :  
SYNDROME DE MÜNCHAUSEN,  
HIPPOCRATISME

■ Questions?