

TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES

Item 289

D. Capdevielle

Chef de Clinique-Assistant

Service Universitaire de Psychiatrie Adulte du Pr Boulenger

Définition trouble psychosomatique

- La médecine psychosomatique est l'étude des perturbations psychiques d'ordre affectif et des troubles viscéraux qui en constituent la manifestation corporelle et aussi du retentissement psychique des altérations organiques

Définition trouble psychosomatique

- On parle de maladie psychosomatique si :
 - Il existe des altérations organiques ou biologiques objectivables
 - Ces altérations tirent une partie de leur origine du psychisme
- Mais sont également admis comme psychosomatique des manifestations fonctionnelles :
 - Ne reposant sur aucune lésion organique ou biologique sous jacente
 - Ayant un déterminisme psychologique
 - Ex : trouble du transit

Définition trouble psychosomatique

- Une fois installé, le trouble physique évolue pour son propre compte, indépendamment des facteurs psychologiques qui ont été à son origine
- Le processus de somatisation apparaît lorsque le sujet n'est pas capable de traiter mentalement les contradictions pesant sur lui
- Les troubles psychosomatiques sont ainsi les expressions corporelles des tensions psychologiques. Le symptôme corporel se substitue alors à une réaction psychologique, c'est-à-dire à une attitude dirigée vers soi-même ou vers le monde extérieur.



Notion d'événements de vie

- Impact d'événements stressants obligeant à un effort d'adaptation pour recouvrir un équilibre antérieur :
 - Événements majeurs
 - Événements mineurs
 - Événements anciens, précoces
 - Événements récents

Notion de coping

- Ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources du sujet

Notion d'alexithymie

- État d'inhibition irrationnelle s'accompagnant d'une grande difficulté à exprimer ou à décrire verbalement ses sentiments
- Le patient éprouve de la gêne à ressentir ou à parler des ses états affectifs. Sa vie imaginaire est limitée

Notion de profils de personnalité

- Certains profils ont été décrits comme protégeant ou prédisposant à certains troubles psychosomatiques
- Ces profils sont inconstamment retrouvés



Notion de profils de personnalité

L'asthmatique	Ambivalence dans le fonctionnement et le rapport à l'autre (dépendance et indépendance) Hypersensible et ambitieux Attitudes agressives ou dépressives par moments
L'hypertendu, coronaropathie, IDM	Alternance de besoin de passivité et de domination <u>Profil de vulnérabilité de type A</u> : compétitivité, hyperactif, intolérance à la frustration
Pathologies cancéreuses	<u>Profil de type C</u> : soumission, esprit de conciliation, recherche de l'estime d'autrui

Exemples

- Asthme
- Eczémas
- Colopathies, ulcères, RCH
- Aggravation des coronaropathies, HTA, IDM
- Céphalées
- Coliques idiopathiques en pédiatrie
- Pathologies cancéreuses
- Troubles somatoformes

Examen

- L'examen débute par le symptôme somatique
- Tenter d'aider le patient à situer le symptôme dans son histoire personnelle
- Recherche des événements de vie
- Apprécier le mode de fonctionnement mental du patient (organisation caractérielle, mécanisme de défense)
- Apprécier les réponses du patient aux différents événements de vie (coping)
- Rechercher d'éventuelles pathologies mentales associées au trouble psychosomatique

Traitement

- Approche clinique globale
- La qualité de la relation médecin malade est essentielle, permettant au patient de se sentir compris
- Approche corporelle : relaxation
- Approche verbale : entretien psychologique, psychothérapie d'inspiration analytique
- Approche cognitive : restructuration des schémas de pensées
- Approche chimiothérapeutique : prescription de psychotrope : antidépresseurs



Les troubles somatoformes

HISTORIQUE (1) troubles somatoformes

- 1^e description en Égypte ancienne (1900 av JC) : migration de l'utérus à travers le corps
- Théorie reprise par Hippocrate (200 av JC) : seules les femmes sont hystériques
- Au moyen âge : hystérie → expression d'une possession démoniaque
- A la renaissance : réfutation de la théorie surnaturelle et évoquent l'origine cérébrale des troubles

HISTORIQUE (2)

- Au XVII^e Sydenham avance la nature psychique des symptômes physiques et décrit l'hystérie comme un état pouvant imiter toutes les maladies du corps humain
- Au XVIII^e le « Mesmérisme » : théorie du fluide magnétique
- Au XIX^e Charcot insiste sur le rôle des

CLASSIFICATIONS (1)

- Classifications « traditionnelles » définissent classiquement la névrose hystérique en symptômes de conversion hystérique (ou symptômes somatiques de conversion) et de dissociation hystérique (ou symptômes d'expression psychique) dans lesquels étaient classés les manifestations dissociatives (fugues, amnésie...)



CLASSIFICATIONS (3)

- En 1980 dans le DSM III le concept d'hystérie disparaît :
 - Troubles dissociatifs : amnésie psychogène, fugue psychogène et le trouble de personnalité multiple
 - Le trouble de conversion qui est inclus dans le chapitre des troubles somatoformes avec les troubles de somatisations, l'hypochondrie et la dysmorphophobie
 - Les troubles de la personnalité de type histrionique

➔ LE TROUBLE DE CONVERSION

DÉFINITION

- Regroupe l'ensemble des symptômes ou des déficits pseudo-neurologiques (absence d'anomalie anatomique ou physiologique) psychogènes. Les facteurs psychologiques (événements stressants, traumatismes ou conflits) sont présumés avoir un rôle déclenchant car ils précèdent ou aggravent les manifestations cliniques. L'origine psychique des troubles échappe au sujet

SYMPTÔMES (1)

- Dans le DSM IV : troubles de conversion avec :
 - Symptôme ou déficit moteur
 - Crises épileptiques ou convulsions
 - Symptôme ou déficit sensitif ou sensoriel
 - Présentation mixte



SYMPTÔMES (2)

- Les troubles moteurs (1) : le déficit moteur
 - Pas de systématisation neurologique et ne s'accompagne pas de signes traduisant une atteinte du SNC ou périphérique
 - Souvent contracture des muscles antagonistes
 - Différents types de paralysie :
 - Fonctionnelle : atteinte d'un groupe musculaire relevant de la même fonction (ex : astasie / abasie)
 - Localisée à un membre ou segment de membre
 - Généralisée (hémiplégie ou paraplégie)

SYMPTÔMES (3)

- Les troubles moteurs (2) : les tremblements et mouvements anormaux :
 - Affectent un membre, la tête, le buste
 - Grossiers, non intentionnels, aggravés lorsque le sujet est observé
 - Plus rarement mouvement choréiformes complexes et stéréotypés, des tics, ainsi que des secousses musculaires

SYMPTÔMES (4)

- Les troubles moteurs (3) : les autres troubles moteurs :
 - Troubles de la déglutition
 - Dysphagie
 - Aphonie

SYMPTÔMES (5)

- Les troubles de la sensibilité :
 - Hypoesthésie, anesthésie, paresthésie
 - Isolées ou associées à des troubles moteurs
 - Pas de systématisation neurologique
 - Topographie évocatrice : en manche de veste, en gant ou se limite strictement à un hémicorps
 - Dissociation des différents types de sensibilités non explicables physiologiquement
 - Douleur localisée à la cavité abdominale, aux organes génitaux



SYMPTÔMES (6)

- Les troubles sensoriels :
 - Toutes les fonctions sensorielles
 - vision+++ : cécité, trouble de la vision (diplopie, brouillard visuel), rétrécissement concentrique du champs visuel, scotome
 - Audition : surdité, acouphènes
 - Olfaction et goût plus rare

SYMPTÔMES (7)

- Les pseudo crises convulsives :
 - Début habituellement progressif
 - Crise longue, fréquence élevée
 - Mouvement bizarre, atypique, en public, liées à un événement stressant
 - Pas de perte d'urines, de cyanose, de morsure de langue, de perte de conscience, ni de confusion post critique
 - Traitements anticonvulsivants inefficace

ÉPIDÉMIOLOGIE (1)

- Prévalence :
 - 11 pour 100 000 à 300 pour 100 000
 - 1 à 3% des consultations en santé mentale
 - 41% hospitalisés en neurologie ou neurochirurgie contre 12% en psy (*Tomasson et al, 1991*)
 - Rare chez l'enfant (0,04%)

ÉPIDÉMIOLOGIE (2)

- Sex-ratio :
 - Femmes 60 à 78,8% (troubles moteurs) (*Binzer et Kullgren, 1998, Moene et al, 2000*)
 - Femmes 80 à 92% (pseudo crises convulsives) (*Bowman, 1993, Rosembaum, 2000*)
 - Rare chez l'homme et associé à des accidents professionnels ou militaires



ÉPIDÉMIOLOGIE (3)

- Âge :
 - Âge moyen : 33,5 à 41,6 ans (extrême 9 à 80 ans)
 - Âge de survenue des premiers symptômes :
 - ☐ 21,6% entre 9 et 20 ans
 - ☐ 35% entre 20 et 41 ans
 - ☐ 13,7% > 60 ans

ÉPIDÉMIOLOGIE (4)

- Autres données : incidence élevée liée à :
 - Niveau éducation peu élevé
 - Rejet, manque d'attention et d'affection de la part des parents
 - Groupes socio-économiques bas et sur représentation des milieux ruraux
 - Abus physique et/ou sexuel durant l'enfance

ÉPIDÉMIOLOGIE (5)

- Fréquence des différentes manifestations :
 - Troubles moteurs : 42,5 à 63%
 - ☐ Paralysie ou parésie : 48 à 73%
 - Troubles de la sensibilité : 4 à 5,5%
 - Troubles moteurs et trouble de la sensibilité : 33%
 - Troubles sensoriels : 2 à 8%
 - Pseudo crises : 8 à 37%

COMORBIDITÉ

- Élevée++
- Troubles dépressifs : 18 à 41%
- Troubles anxieux : 7 à 15%
- Troubles de l'axe II :
 - ≈ 50%
 - Histrionique : 13% ; passive agressive : 10% ; borderline : 6,5% ; paranoïaque : 6,5% ; obsessionnelle : 6,5% ; antisociale : 3,5%...



ÉVOLUTION (1)

- Début :
 - Dans ≈ 60% des cas un facteur de stress est retrouvé
 - Les « bénéfiques » associés aux symptômes ont été évalués
 - ❑ Permettent d'éviter une situation particulière pour 33% des patientes
 - ❑ Permettent d'obtenir un support qui n'aurait pas été obtenu autrement pour 41%

ÉVOLUTION (2)

- Facteurs de bon pronostic :
 - Apparition récente des symptômes
 - Trouble anxieux ou dépressif coexistant
 - Précipitation par un facteur de stress
 - Amélioration durant l'hospitalisation
 - Début brutal des symptômes
 - Bon fonctionnement prémorbide
 - Absence de trouble psychiatrique associé
 - Trouble de conversion de type moteur

ÉVOLUTION (3)

- Facteurs de mauvais pronostic :
 - Avantages financiers au moment de l'hospitalisation
 - Existence d'un litige au moment de l'hospitalisation
 - Trouble de la personnalité (cluster C++)
 - Longue évolution des symptômes
 - Âge élevé
 - Maladie somatique associée
 - Score élevé à l'échelle de désespoir de Beck

TRAITEMENT

- Valorisation de la guérison
- Recherche des bénéfices secondaires
- Alliance médecin-malade
- Chimiothérapie :
 - Anxiolytiques et antidépresseurs
- Hypnose
- Relaxation
- Psychothérapies



→ **HYPOCONDRIE**

DÉFINITION

- Crainte ou croyance d'être atteint d'une maladie sérieuse, fondée sur l'interprétation erronée de certaines sensations ou symptômes physiques, même si l'on ne retrouve aucune affection médicale.
- Les préoccupations du patient entraîne une souffrance significative et une altération du fonctionnement professionnel, social et personnel

ÉPIDÉMIOLOGIE

- 4 à 6% sur 6 mois en population générale
- Pas de différence significative entre les deux sexes
- Début entre 20 et 30 ans

DIAGNOSTIC

- Persuadés d'être atteint d'une maladie grave qui n'a pas encore été découverte et restent inaccessible à la réassurance
- La nature de la maladie peut changer
- Croyance ou crainte > 6 mois et persiste malgré l'absence de signes pathologiques retrouvés lors des bilans médicaux ou neurologiques
- La croyance ne présente pas les caractéristiques d'une idée délirante
- Il existe souvent un trouble anxieux ou dépressif



DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Affection médicale++
- Trouble somatisation
- Autres troubles somatoformes
- Troubles dépressifs et anxieux

ÉVOLUTION

- Fluctuante
- Liens entre facteurs de stress psychosociaux et exacerbation des symptômes
- Facteurs de bon pronostic
 - Statut sociaux économique élevé
 - Trouble anxieux ou dépressif répondant au traitement
 - Début brutal
 - Absence d'un trouble de la personnalité
 - Absence d'une affection médicale

TRAITEMENT

- Réticent++ à toute prise en charge psychiatrique
- Psychothérapie de groupe avec gestion du stress et des moyens pour faire face à maladie chronique
- Examens somatiques programmés
- Traitement pharmacologique des troubles associés

➔ TROUBLE SOMATISATION



DÉFINITION

- Cortège de plaintes somatiques qui ne peuvent être expliquées de manière adéquate par un examen physique ou des examens complémentaires

ÉPIDÉMIOLOGIE

- 0,1 à 0,2% en population générale
- 5 à 20 fois plus fréquent chez les femmes
- 1 à 2% chez les femmes (non reconnaissance des cas masculins ?)
- Faible niveau socio-économique
- Début avant l'âge de 30 ans
- Personnalités paranoïaques, obsessionnelle-compulsive
- Trouble bipolaire et abus de substance

DIAGNOSTIC

- Début avant l'âge de 30 ans
- Pendant l'évolution du trouble le patient doit présenter au moins 4 symptômes douloureux, 2 symptômes gastro-intestinaux, un symptôme sexuel et un symptôme pseudo-neurologique
- Sentiment d'avoir été malade pendant la plus grande partie de son existence
- Anxiété et dépression sont souvent associés

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Affections médicales
- EDM
- ...



ÉVOLUTION

- Chronique et invalidante
- Évolution fluctuante
- Association entre exacerbation des symptômes et stress

TRAITEMENT

- Nécessité d'une prise en charge par un médecin unique
- Consultations régulières
- Plaintes somatiques = plaintes émotionnelles → prise de conscience de la part du patient
- Psychothérapie individuelle et de groupe

