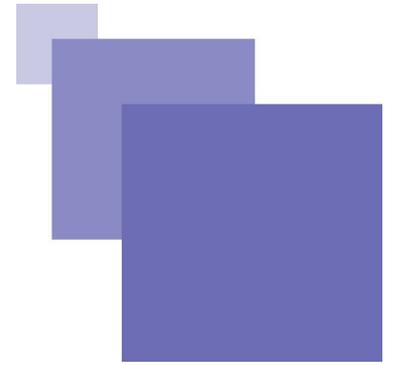


Les troubles somatoformes

Table des matières

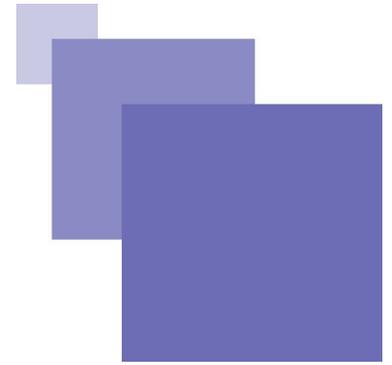
| | |
|--|-----------|
| Table des matières | 3 |
| I - Différents (TSF) | 9 |
| A. Trouble somatisation..... | 9 |
| 1. Clinique..... | 9 |
| 2. Etiologie..... | 9 |
| 3. Diagnostic différentiel..... | 10 |
| 4. Evolution..... | 10 |
| 5. Principes du traitement..... | 10 |
| B. Trouble de conversion..... | 10 |
| 1. Clinique..... | 10 |
| 2. Etiologie..... | 11 |
| 3. L'évolution..... | 11 |
| 4. Diagnostic différentiel..... | 11 |
| 5. Le traitement..... | 11 |
| C. Hypochondrie..... | 11 |
| 1. Clinique..... | 11 |
| 2. Etiologie..... | 12 |
| 3. Epidémiologie..... | 12 |
| 4. L'évolution..... | 12 |
| 5. Le traitement..... | 12 |
| D. Trouble douloureux..... | 12 |
| 1. Clinique..... | 12 |
| 2. Etiologie..... | 13 |
| 3. Epidémiologie..... | 13 |
| 4. L'évolution..... | 13 |
| 5. Traitement..... | 13 |
| E. Peur d'une dysmorphie corporelle..... | 13 |
| 1. Clinique..... | 13 |
| 2. Etiologie..... | 13 |
| 3. Evolution..... | 14 |
| 4. Le traitement..... | 14 |
| F. (TSF) Indifférencié..... | 14 |
| G. (TSF) non-spécifié..... | 14 |

Objectifs



1. Reconnaître les caractères généraux des troubles somatoformes.
2. Reconnaître les caractéristiques cliniques de chacun des troubles somatoformes et pouvoir les distinguer.
3. Reconnaître la signification de chaque trouble somatoforme.
4. Connaître l'évolution et les éléments de pronostic de chaque trouble somatoforme.
5. Savoir les principes du traitement de chaque trouble somatoforme.
6. Reconnaître la signification de «bénéfices primaires » et «bénéfices secondaires ».

Introduction



D'après le DSM IV, les troubles somatoformes (TSF) constituent un ensemble de troubles, caractérisés par des symptômes physiques, suggérant une affection médicale, mais ne pouvant être complètement expliqués par cette affection médicale, ni par une intoxication par une substance, ni par un autre trouble mental.

Le symptôme doit être suffisamment sévère, pour provoquer une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement professionnel, social ou autre.

Il faut aussi que le début, la sévérité et la durée des symptômes, soient très étroitement liés à des facteurs psychologiques, même si la plupart de ces malades ne se perçoivent pas comme ayant un trouble psychiatrique et consultent essentiellement, des médecins non-psychiatres.

Différents (TSF)

| | |
|----------------------------------|----|
| Trouble somatisation | 9 |
| Trouble de conversion | 10 |
| Hypocondrie | 11 |
| Trouble douloureux | 12 |
| Peur d'une dysmorphie corporelle | 13 |
| (TSF) Indifférencié | 14 |
| (TSF) non-spécifié | 14 |

on décompte 7 types de (TSF), dont cinq (TSF) « spécifiques », un (TSF) indifférencié et un non spécifique :

A. Trouble somatisation

Correspond globalement à ce qui a été appelé, autres fois, « hystérie » ou « syndrome de Briquet ».

1. Clinique

caractérisée par :

- La survenue de plaintes somatiques multiples, qui touchent de nombreux appareils, avec association de douleur, de symptômes gastro-intestinaux, sexuels et pseudoneurologiques.
- Ces plaintes sont exprimées de manière dramatique, émotionnelle et exagérée.
- Ce trouble débute avant l'âge de 30 ans et persiste des années (évolution chronique).

2. Etiologie

ces plaintes sont interprétées comme une forme de communication, de langage, qui peut permettre d'exprimer des émotions pénibles et indicibles par les mots, ou d'obtenir des « bénéfices secondaires » (éviter des obligations ou des conflits, etc.). Elles sont plus fréquentes chez les patients de faible niveau socio-économique et

éducatif.

3. Diagnostic différentiel

il faut toujours éliminer une affection organique, surtout les affections qui ont une symptomatologie atypique et déroutante (sclérose en plaque, lupus érythémateux disséminé, myasthénie, etc.).

Il faut aussi différencier le trouble somatisation des autres (TSF).

4. Evolution

elle est souvent chronique et fluctuante, avec des périodes de recrudescence et des accalmies. Elle peut être invalidante, sur le plan socioprofessionnel.

5. Principes du traitement

- Une prise en charge par un seul médecin est préférable, puisqu'elle épargne les opportunités de répétition des plaintes somatiques.
- La multiplication des investigations cliniques et paracliniques est à éviter car elle favorise la fixation du malade sur son symptôme.
- Ces malades doivent être vus à des intervalles réguliers, en consultation, par le médecin généraliste. Le but est de les ramener progressivement, à prendre conscience de l'existence de déterminisme psychologique, dans la formation de leurs symptômes physiques, afin qu'ils acceptent de se traiter, régulièrement, en psychiatrie.
- La psychothérapie, consiste à aider les patients à faire face aux symptômes, à prendre conscience des affects qui les sous-tendent et à développer des stratégies alternatives, pour exprimer leurs émotions, autres que celles qui utilisent le corps, les plaintes et la dramatisation.

B. Trouble de conversion

1. Clinique

se caractérise par la présence de symptômes neurologiques, qui ne peuvent être expliqués complètement par une affection neurologique.

Ces symptômes peuvent affecter :

Les fonctions sensorielles : cécité, aphonie, etc.

Les fonctions sensitives : hypoesthésie voire anesthésie ; ou hyperesthésie et algies diverses.

La motricité : asthénie, parésie voire paralysie ; ou hypertonie et contractures musculaires ; ou des mouvements anormaux (épileptoïdes ou autres).

Très souvent, les patients « copient », inconsciemment les symptômes d'une personne de leur entourage.

2. Etiologie

Le symptôme de conversion représente, symboliquement, un conflit intra-psychique inconscient, qu'il permet de maintenir en dehors de la conscience. Il permet ainsi, un apaisement de la tension, qui résultait de ce conflit. On parle de «bénéfice primaire ». Cette mise à distance du conflit, grâce aux symptômes de conversion, explique la «belle indifférence », fréquemment affichée par ces patients, vis à vis de leurs symptômes, comme s'ils ne les concernaient pas.

Les symptômes de conversion ont eux aussi une fonction de communication, mais permettent en plus, d'obtenir de l'attention, de la sollicitude, voire de manipuler ou de contrôler les autres.

Secondairement, le patient peut trouver des avantages, dans ce statut de malade (recevoir de l'aide, éviter certaines responsabilités ou certains conflits, etc.), qui sont appelés «bénéfices secondaires ».

3. L'évolution

se fait généralement vers la disparition du symptôme de conversion, en quelques heures à plusieurs jours, mais les récurrences sont très fréquentes.

Les facteurs de bon pronostic sont :

- Un début brutal, suite à un facteur déclenchant manifeste.
- Une bonne adaptation socio-familial, prémorbide.
- L'absence de troubles somatiques ou psychiatriques comorbides.
- L'absence de conflits permanents.

4. Diagnostic différentiel

il faut éliminer une affection médicale, par au moins, un examen neurologique approfondi.

5. Le traitement

des accès de conversion consiste en :

- L'isolement du malade de son entourage (qui représentent des spectateurs, devant les quels il a choisi de s'adonner en spectacle).
- Rassurer et dédramatiser.
- Ne jamais recourir aux comportements agressifs (gifles, éther, etc.), qui attestent le sadisme de celui qui les pratique, sans être en rien, utiles au patient.

C. Hypochondrie

1. Clinique

Se caractérise par la crainte, ou la croyance, d'être atteint d'une maladie sérieuse, fondée sur l'interprétation erronée de certaines sensations ou symptômes

physiques, qui persiste malgré l'absence de signes pathologiques, aux examens cliniques et paracliniques. Ces symptômes durent plus que 6 mois (si non, ça serait des «(TSF) non spécifiés »).

L'hypocondriaque porte une attention excessive à la moindre sensation physique, qu'il supporte mal et dont il amplifie la signification. On dit qu'il est en permanence «à l'écoute de son corps ». Il est persuadé qu'il est atteint d'une maladie grave, qui n'a pas encore été découverte et il reste inaccessible à la réassurance et à la persuasion. Il est souvent très bien documenté sur sa maladie et ses traitements, parlant un langage médical et polémiquant avec les soignants.

La croyance n'a pas les caractéristiques de l'idée délirante (comme dans l'hypocondrie délirante) et ne porte pas sur l'apparence (comme dans la peur d'une dysmorphie).

2. Etiologie

Les symptômes hypocondriaques ont, eux aussi, une fonction de communication, avec l'entourage.

3. Epidémiologie

L'hypocondrie peut débuter à tout âge, mais elle est la plus fréquente, entre 20 et 30 ans.

4. L'évolution

est chronique, mais généralement fluctuante, exacerbée par les périodes de conflit et de stress.

5. Le traitement

est délicat, du fait de la réticence de ces malades à toute prise en charge psychiatrique et du contre transfert négatif, qu'ils suscitent chez le médecin. Des examens somatiques fréquents, programmés d'avance, sont utiles pour rassurer ces patients, sur le fait qu'ils ne sont pas abandonnés par leur médecin et que leurs plaintes sont prises au sérieux. Ils permettent aussi le dépistage d'éventuelle comorbidité somatique surajoutée.

D. Trouble douloureux

1. Clinique

se caractérise par la présence d'une douleur, dans une ou plusieurs régions, qui ne peut être complètement expliquée par une affection médicale.

Les douleurs peuvent toucher toutes les parties du corps et entraînent un long suivi médical et une grande consommation médicamenteuse.

2. Etiologie

la douleur peut symboliquement représenter la punition, pour des péchés ou l'expiation d'un sentiment de culpabilité. Elle peut aussi représenter un moyen, pour obtenir l'affection ou l'aide des autres.

3. Epidémiologie

la douleur est probablement la plainte la plus fréquente, dans la pratique médicale. Elle est deux fois plus fréquente chez les femmes, que chez les hommes.

4. L'évolution

est chronique (contrairement aux symptômes de conversion).

5. Traitement

Les traitements analgésiques sont généralement inefficaces et comportent le risque d'abus et de dépendance médicamenteuse. Les antidépresseurs peuvent être utiles (d'ailleurs, beaucoup d'auteurs estiment que la douleur chronique cache une dépression masquée). La relation psychothérapique doit montrer au patient qu'on croit à sa douleur et que l'existence de facteurs psychologiques ne signifie pas que la douleur n'est pas réelle. Mais il faut éviter de confronter très brutalement le patient, avec l'origine psychologique de sa douleur.

E. Peur d'une dysmorphie corporelle

1. Clinique

se caractérise par des préoccupations, concernant un défaut corporel (qui peut être imaginaire ou réel, mais manifestement exagéré).

Ces préoccupations concernent généralement le visage et s'accompagnent de vérifications dans le miroir, de tentatives de dissimuler le défaut imaginaire (maquillage, déguisement, etc.).

Elles retentissent sur la vie relationnelle, dans le sens d'un retrait social, et sur la vie affective, par des troubles anxieux et dépressifs.

Ce trouble était dénommé «dysmorphophobie », mais cela impliquait, de manière erronée, la présence d'un comportement d'évitement phobique.

2. Etiologie

ce trouble est considéré comme le déplacement d'un conflit intra-psychique, sur une partie du corps.

Biologiquement, un dérèglement sérotoninergiques, est soupçonné.

3. Evolution

Le début est généralement insidieux et l'évolution chronique, même si l'intensité des symptômes peut varier dans le temps.

4. Le traitement

les traitements chirurgicaux, médicaux (dermatologiques ou autres) ou dentaires, sont voués à l'échec.

Les antidépresseurs sérotoninergiques (Anafranil°, Prozac°, Zoloft°, etc.) sont efficaces dans près de 50 % des cas.

F. (TSF) Indifférencié

Se caractérise par des plaintes somatiques, sous forme soit de sensation de fatigue ou de faiblesse (qui correspond à l'ancienne «neurasthénie»), soit de troubles neurovégétatifs (bâillement, hoquet, etc.) Ces plaintes persistent pendant au moins, 6 mois.

G. (TSF) non-spécifié

C'est une catégorie résiduelle, qui inclue les (TSF), qui ne répondent à aucun des types sus indiqués (exemple : «la grosseur nerveuse»).