

Hypocondrie chez la personne âgée

Philippe Thomas

Maurice Pareaud

Cyril Hazif Thomas

Définition



"L'hypocondrie est caractérisée par des tensions et constrictions spasmodiques vers les hypocondres et l'épigastre; par des altérations dans les fonctions digestives, et par des douleurs vagues dans diverses parties du corps. Ces sentiments pénibles de malaise et de souffrance tourmentent d'abord, et inquiètent plus ou moins longtemps les malades; puis ils aliènent leurs facultés mentales, et enfin ils leur suggèrent des défiances, des terreurs paniques, et les craintes sans cesse renaissantes de maux et de dangers imaginaires"

(J-J Dubuisson, in Journal de Médecine, Chirurgie, Pharmacie, par Mr Leroux, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, Paris, 1816, tome XXXVI, p 385-6, Librairie Crochard, Paris)

Littré (1889): hypochondrie

« sorte de maladie nerveuse qui, troublant l'intelligence des malades, leur fait croire qu'ils sont atteints des maladies les plus diverses, de manière qu'ils passent pour malades imaginaires, tout en souffrant beaucoup et qu'ils sont plongés dans une tristesse inhabituelle »

Hypocondrie

- Préoccupation prégnante d'avoir une maladie grave, basée sur une interprétation erronée de symptômes corporels
- Minimum 6 mois de durée
- Préoccupation persiste en dépit d'une démarche médicale appropriée et de la réassurance: « Ils ne sont pas dans ma peau, je sais bien que (Merci le net), etc.... »
- Peur de la maladie- Doute sur les médecins
- Composante délirante, mélancolique chez certaines personnes âgées

Modèle de personnalité de Cloninger

* quatre dimensions fondamentales du tempérament

(support génétique) :

-La recherche de nouveauté

RN

DA

-L'évitement du danger (et de la souffrance)

ED

5HT

-La dépendance à la récompense ou besoin de récompense
(dépendance affective)

DR

NA

-La persistance (persévérance)

P

neuromédiateur :

* trois dimensions dites de caractère

(maturité, adaptation, environnement, apprentissage) :

-La maturité individuelle

Détermination (autonomie)

D

-La maturité sociale

Coopération (ou coopérativité)

C

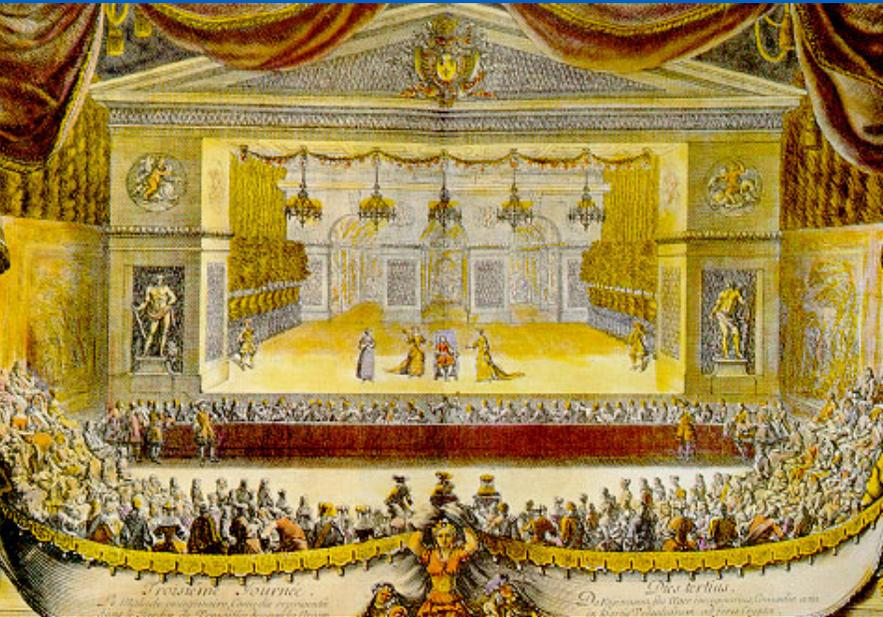
-La maturité spirituelle

Transcendance (du soi)

T₅

• Instruments : TCI-226, TCI-125 (*Cloninger et al, 1994*)

Personnalité favorisant la maladie



Personnalité introvertie, psychorigide, pessimiste, habitée d'émotions négatives; anxiété, dépression, et agressivité. **5HT**

Mauvaise santé, chez ceux qui se font du mauvais sang ?

Personnalité de type A et risque cardiovasculaire

A l'inverse, personnalité adaptative, curieuse, liante, compassion, optimiste, et non hostile. **DA**

Bons vivants font-ils de bons vieux os ?

Personnalité obsessionnelle-compulsive

- Préoccupation envahissante relative à:
l'ordre,
le perfectionnisme,
le contrôle mental et interpersonnel;
- au détriment de:
la flexibilité, de l'ouverture, l'efficacité;
- commençant au tout début de l'âge adulte;
- présente dans de nombreux contextes (au moins 4).

Dépression

Sentiment d'échec, d'impuissance de désespoir qui creusent et entretiennent la douleur morale.

Selon Martin Seligman, lien avec l'impuissance apprise, les stratégies d'emprise sur la vie et les traits de personnalités précédentes

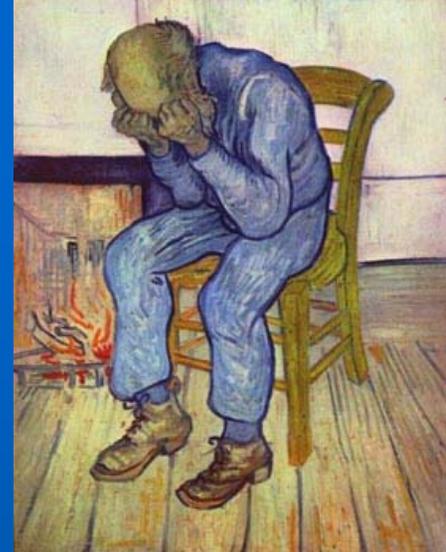
Poids de la dépression dans la pathologie somatique

Les douleurs corporelles de la dépression : 72,6 % des patients dépressifs

Douleurs musculaires	63,2 %
Cervicalgies	59,1 %
Céphalées	59,0 %
Lombalgies	48,0 %
Douleurs articulaires	42,2 %
Douleurs thoraciques	39,6 %
Douleurs abdominales	28,1 %

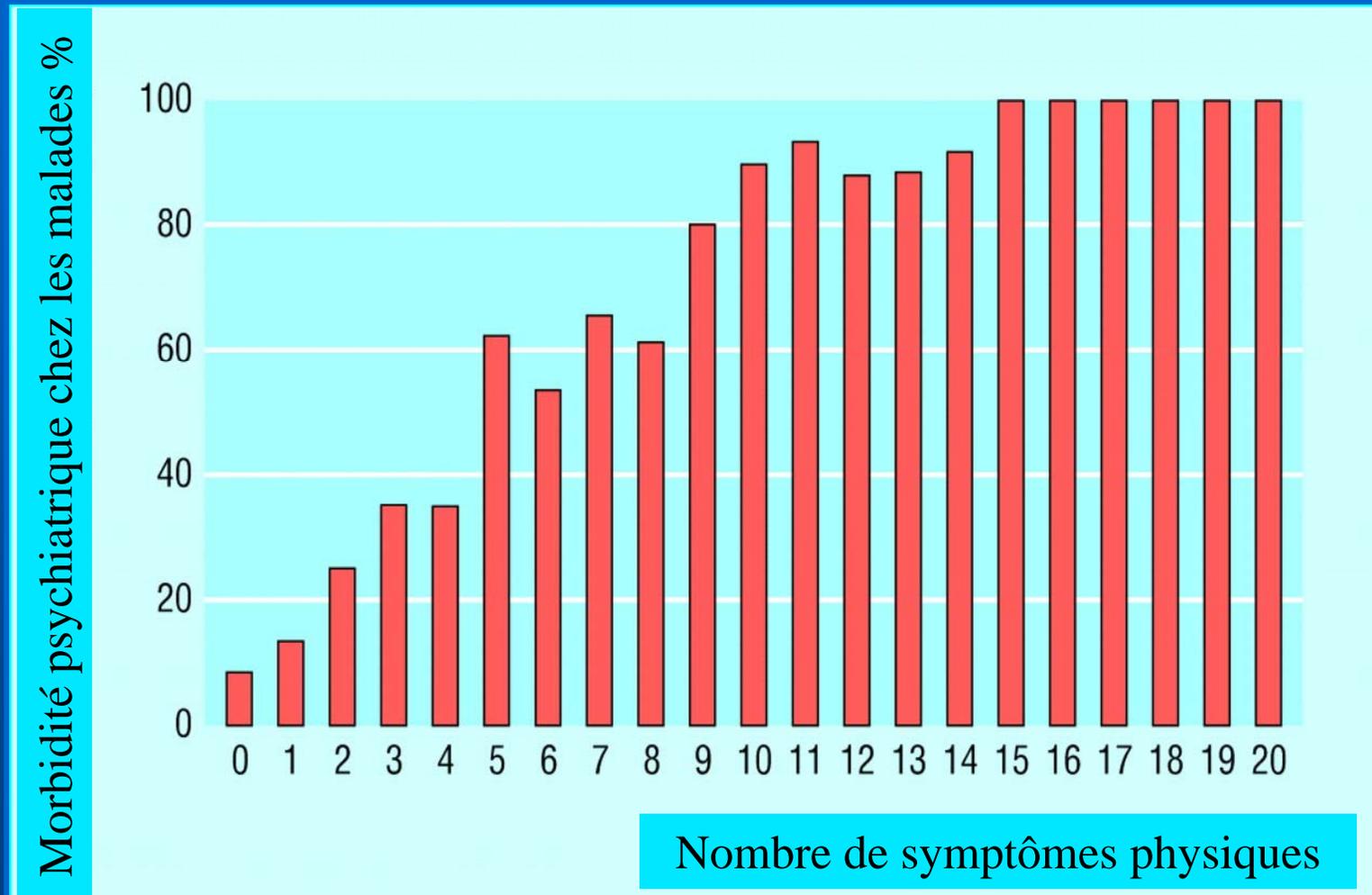
Etudes prospectives observationnelles réalisées dans 7 pays d'Amérique latine chez 989 patients présentant un épisode dépressif majeur selon les critères DSM-IV ou ICD-10 suivis en ambulatoire et inclus avant traitement antidépresseur.

Somatisations secondaires à la dépression et l'anxiété



- 20% des consultations en médecine générale au Royaume uni (5% seulement se présentant avec une plainte psychologique)
- Les symptômes somatiques sont une manifestation de la dépression (Dépression masquée) ou de l'anxiété)

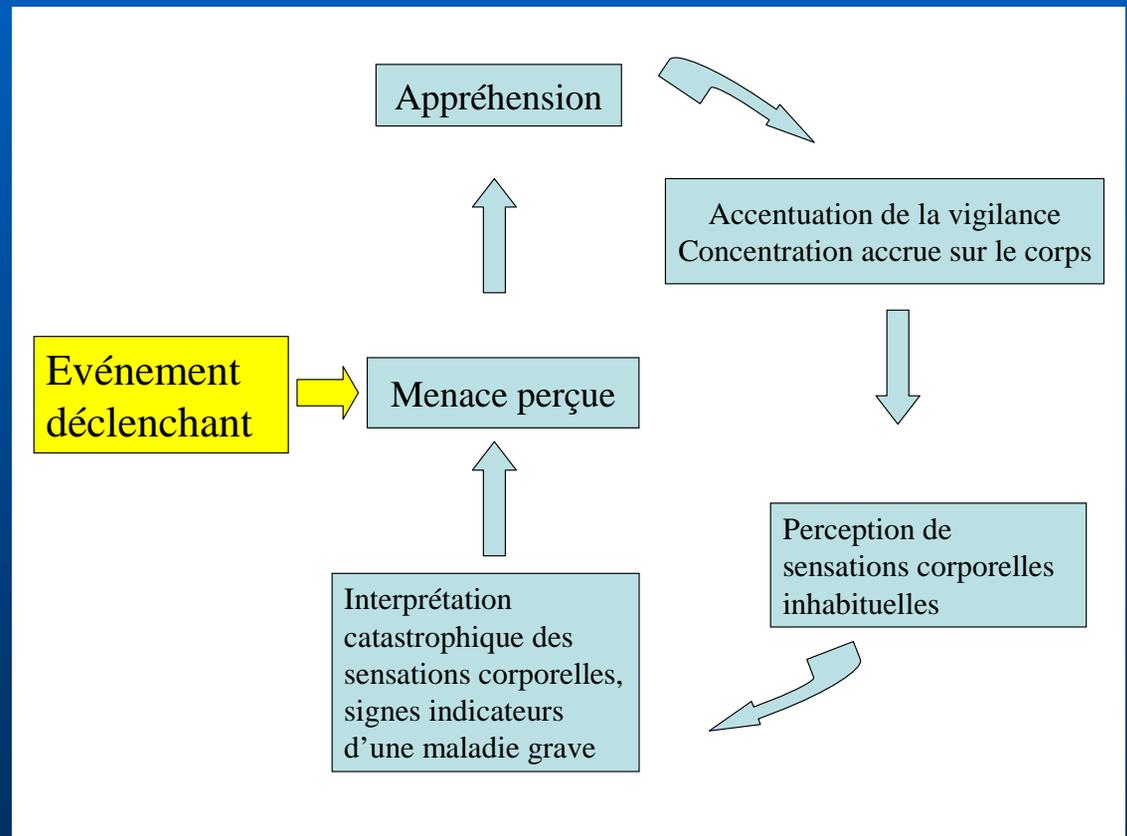
Liens entre dépression et polypathologie



Phénomène de James-Lange

Panique et phénomène de Clark :

- Peur de la peur (Golstein)
- Conduites d'évitement
- Renonciations à certains traitements
- Ou fuite dans la consommation médicale



Somatisation, hypochondrie: détresse émotionnelle sévère et anxiété généralisée



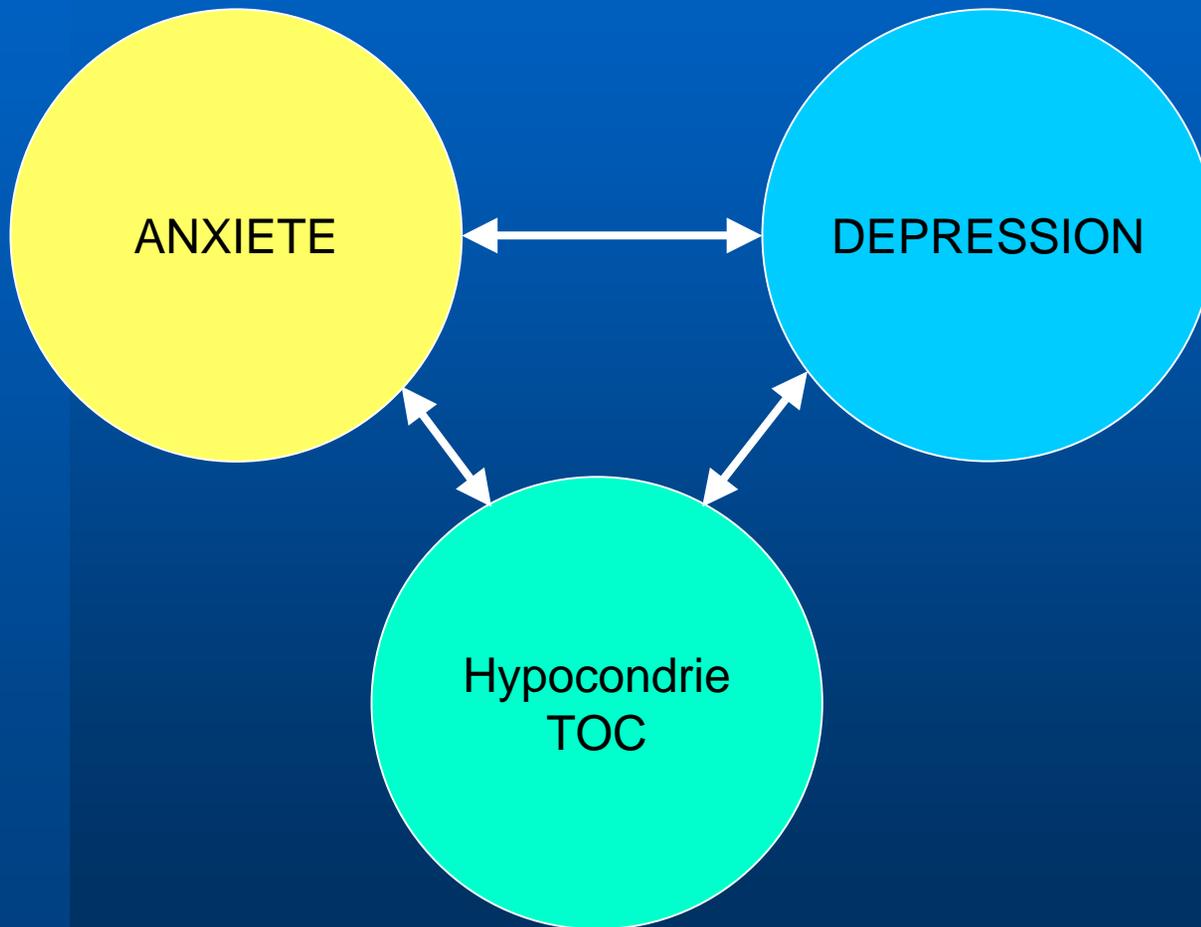
Lien hypocondrie –TOC selon Cottraux

- Proche des nosophobies
- Exemple de la crainte obsessionnelle du cancer : «...car ce qui déclenche les vérifications sont des pensées intrusives.. Le docteur m'a sûrement caché quelque chose, il a voulu me rassurer, mais j'ai sûrement un cancer »...
- La réassurance bute sur la mise en doute des capacités du médecin. Pas trop de place pour l'humilité théorique

Des pensées obsédantes aux compulsions...



Un malheur n'arrive jamais seul!



Maladies Psychosomatiques

- Dans les maladies psychosomatiques, le désordre physique est causé par le stress psychologique: HTA, ulcère etc...
- Hypochondrie : Plaintes à propos de pathologies imaginaires
- Entre maladies psychosomatiques et hypochondrie, la différence est dans la réalité des symptômes
- Une maladie psychosomatique peut être fatale...
A la première rencontre avec un malade, les choses ne sont pas forcément claires, et à force de crier au loup...

Hypocondrie: les avatars de l'ICD 10

- ICD 10 range l'hypocondrie dans la catégorie fourre-tout des « Troubles névrotiques de surcharge et somatoformes »:
 - Plus de 10 % des PA > 65 ans en souffrent.
 - Et l'hypocondrie en est le représentant principal.
- Les symptômes les plus fréquents sont: les palpitations cardiaques, la transpiration, le péristaltisme intestinal, les selles, la toux, ou une association de divers symptômes.

Les symptômes médicalement inexpliqués

- **Grand sac avec un fatras de problèmes disparates**
- **Patients se présentant avec**
 - des symptômes physiques, sans cause étiologiques bien claires
 - De plus, facteurs psychologiques identifiables
 - **Personnalité particulière**
 - **Émotivité**
 - **Comportements inadaptés**
 - **Problèmes Psychiatriques**



Terminologie interchangeable selon les auteurs

- Somatisations
- Symptômes somatoformes
- Syndrome somatique fonctionnel
- Hystérie
- Hypochondrie
- .../...

Syndromes somatiques fonctionnels

Gastroenterologie

Syndrome de l'intestin irritable
Dyspepsie fonctionnelle

Cardiologie

Douleurs thoraciques atypiques

Neurologie

Céphalées banales

syndrome de fatigue chronique

Rhumatologie

Fibromyalgie

Syndromes douloureux complexes

Gynécologie

Douleurs pelviennes chroniques

Orthopédie

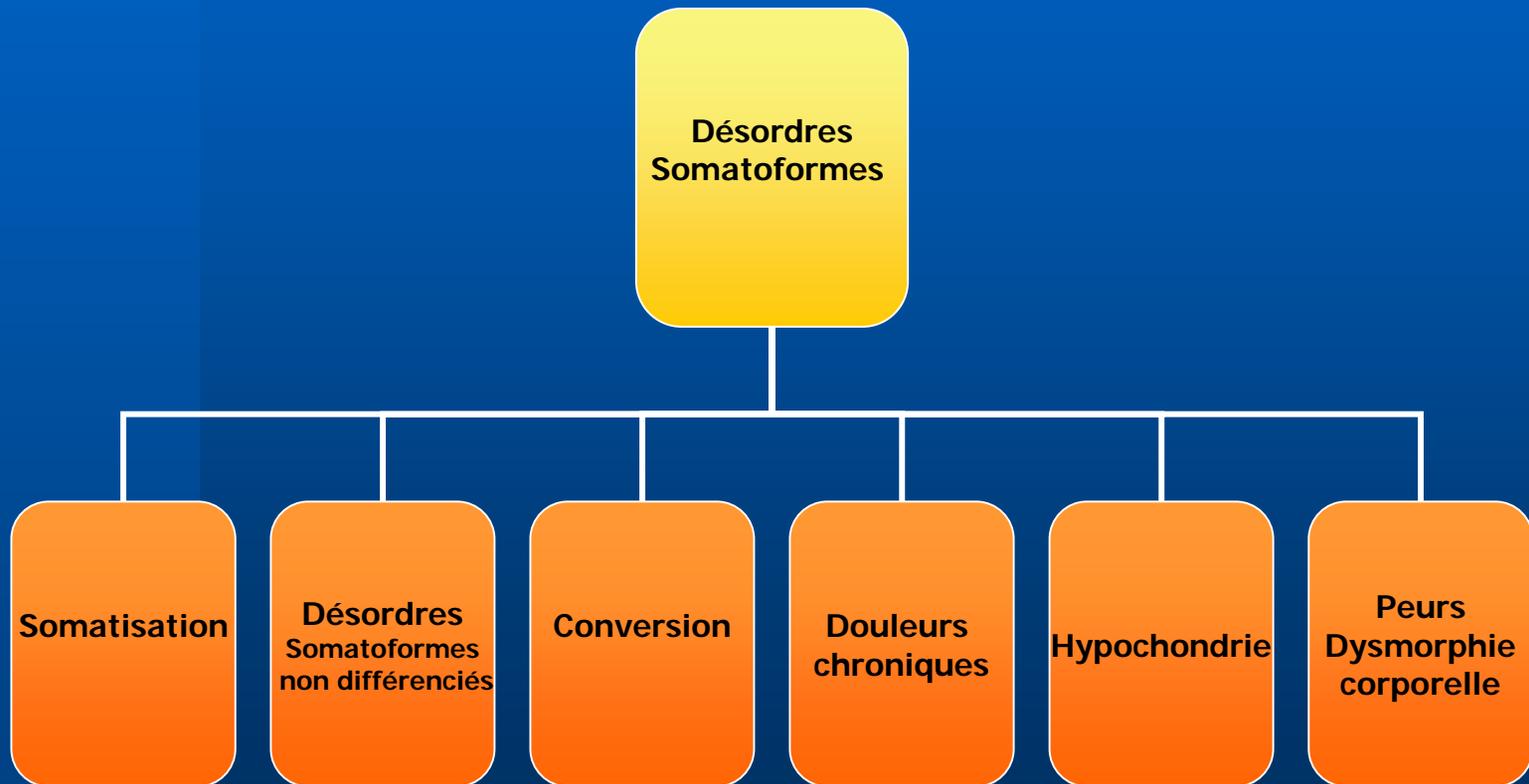
Lombalgies chroniques

Stomatologie

Douleurs buccales

.../...

Désordres somatoformes dans le DSM IV



Classifications...

	Symptômes présents	Symptômes absents
Signes présents	Maladie	Maladie latente
Signes absents	Symptômes médicalement inexpliqués	Bonne santé

Simulation, hypocondrie, désordres somatoformes

	Symptômes produits intentionnellement	Raison consciente de produire des symptômes
Simulation	+	+
Hypocondrie	+	-
Somatoformes	-	-

Que nous veut-il?

L'hystérique désire qu'on le désire.

- Il désire se sentir en permanence le centre de tous les regards; résurgence d'une attitude infantile ?. A cette fin, il lui arrive de se créer tout un « petit monde » à sa dévotion, dont l'épuisement risque de le conduire brutalement en institution.
- **Quoi qu'il en soit un des maître- mots (maux) de l'hystérie est : la demande !**
- C'est généralement une demande concernant son corps, une demande passant par le corps. Mais très vite il apparaît que c'est une demande pour demander, sans limite, relevant d'une insatisfaction fondamentale.
- La souffrance n'est pas dans l'objet de la plainte

Que nous veut-il?

L'hypochondriaque veut une proximité relationnelle à travers la maladie

- Il désire se sentir en permanence le centre de tous les regards. A cette fin, il tyrannise son « petit monde » à la dévotion de ses soins, dont l'épuisement risque de le conduire brutalement en institution.
- **Quoi qu'il en soit un des maître- mots (maux) de l'hypochondrie est : le symptôme somatique!**
- C'est généralement une demande concernant son corps, une demande passant par le corps. Mais très vite il apparaît que c'est une demande pour demander, sans limite, relevant d'une insatisfaction fondamentale.
- La souffrance n'est pas dans l'objet de la plainte

Symptômes médicalement inexplicables: double caractéristique

- Coût de santé considérable :
 - 30% aux USA du « medicare »
 - 20 à 35% des consultations de certaines spécialités
- Finissent par arriver en psychiatrie

et comme ils ne vieillissent pas si mal que cela, en psychogériatrie: plaintes multiples, solitude, polypathologie, dépression...
Nœud Gordien



Eviter que le malade
aille de mal en pis



Hypocondrie: épidémiologie

- En population générale: de 0,8% à 4,5% selon Magarinos et al, CNS Drugs, 2002 (structures hospitalières, « primary cares »).
- Prévalence globale
 - de 3 à 13 % selon les études (Hardy, 1988);
 - de 4 à 9% en médecine générale selon Barsky et al, 1990.
- Taux + importants d'anxiété (Côté et al, 1996), de dépression, et d'autres troubles somatoformes; **la dépression masquée** pose la question des zones frontières entre troubles somatoformes et dépression.
- Fréquence culmine à l'adolescence, pdt la crise du milieu de vie et après 60 ans.

Spécificité de la personne âgée

- La fibromyalgie, les syndromes de l'intestin irritable et l'hypersensibilité chimique multiple concernent plutôt mais non exclusivement les personnes actives entre 30 et 50 ans.
- Le syndrome de fatigue chronique, les somatisations satellites d'une anxiété ou d'une dépression masquée, l'hypocondrie se voient davantage chez la personne âgée.

Hypocondrie et personne âgée

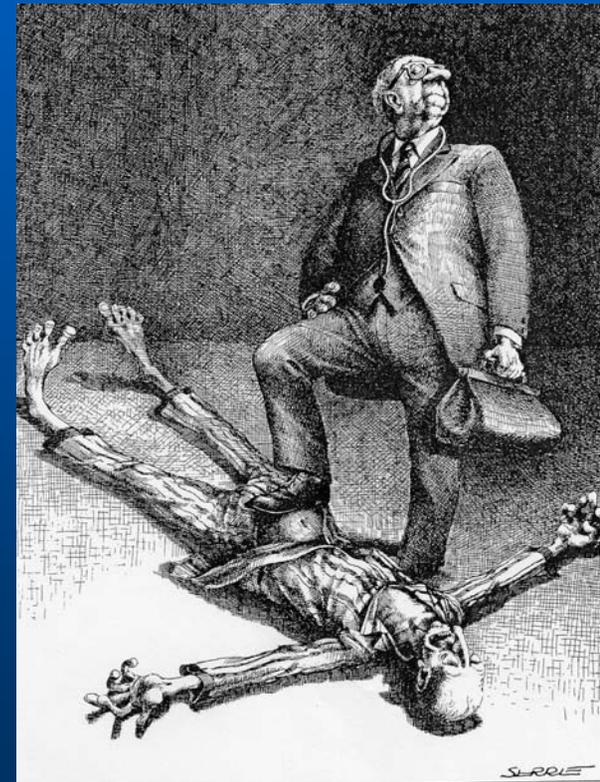
- Femme de plus de 75 ans, isolée socialement, divorcée ou veuve, et ayant un faible niveau de scolarité.
- Risque relatif de développer un syndrome médical inexpliqué est de 3,8 par rapport à la classe d'âge 18-20 ans si l'on en croit une étude de suivi de cohorte hollandaise .
- Les troubles se voient davantage dans les populations immigrées mal intégrées.

Traitement : prise en charge globale et cadrante



Ce qu'il ne faut pas faire:

- Une surenchère d'investigations médicales qui viendraient fixer le tableau hypocondriaque (Balint, 1966), d'autant que cette surenchère risque de plus d'aboutir à une relégation du patient vers le psychiatre, transmission qui prendrait l'allure d'un rejet.
- Ne pas prendre la demande du malade au sérieux. Rejeter le symptôme somatique, c'est jeter le bébé avec l'eau du bain
- Éviter la collaboration étroite entre soignants.
- Ne pas élaborer ses sentiments d'impuissance et de rejet et exposer sa perplexité au patient. L'échec de la démarche médicale pour prouver l'organicité des troubles ne doit donc pas faire perdre de vue la nécessité d'un accompagnement du malade, pour lui permettre de vivre au mieux avec ses troubles.



Prise en charge : attitude cadrante

- Identifier les difficultés psychosociales
- Donner des informations sans place à l'ambiguïté– Ceci est normal, ceci ne l'est pas
- Planning du temps consacré au malade
- Agenda de consultations rigide
- Liste écrites des problemes
- Limites et coutours des investigations
- Quels spécialistes consulter – quand, combien de temps, pourquoi ?
- Ne pas traiter ce que le patient n'a pas, mais faire les explorations nécessaires
- Eviter l'approche dualiste, physique or psychologique, rechercher une prise en charge globale



Se donner les moyens d'une relation de confiance



- Donner un modèle explicatif, examiner le malade, l'écouter
- Un médecin référent pour éviter l'errance
- Hôpital de jour
- L'honnêteté est la meilleure politique
- Démarche interdisciplinaire et confraternelle
- Parer les réfutations et la recherche de mise en échec
- Être consistant au plan humain
- Réassurer et éduquer
- Éviter les attitudes échappatoires et les diagnostics fumeux

Et pour le spécialiste ...

- Engagement vis-à-vis du malade
- Traiter la dépression (antidépresseurs sérotoninergiques) et l'anxiété.
- Approches Psychothérapeutiques
 - Prise en charge cognitivo-comportementale
 - Psychothérapie de groupe
 - Musicothérapie



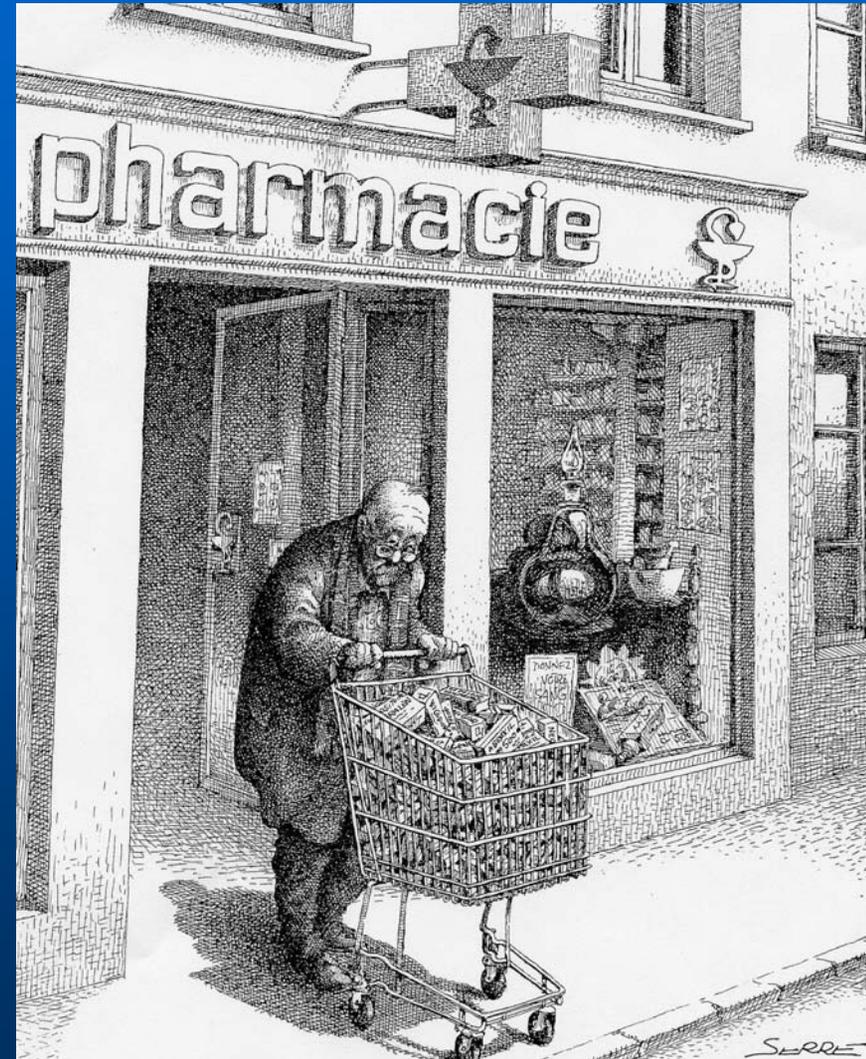
Quand l'art permet de faire quelque chose de sa vie, d'exprimer et de partager ses émotions, d'établir un langage avec l'être cher, de retrouver ses racines, il peut alors enchanter ce qui est aussi un désastre et devenir une aventure très positive .

Gérard Alary « Les 3 vies de ma mère » Marseille 2007

- Réflexion systémique
 - Soutien familial
 - Attention aux dommages collatéraux de la prise en charge
 - Attention au danger de l'abstention et à la négligence

Conclusions

- Hypochondrie et personne âgée: regard global:
 - Douleur morale
 - Souffrance physique
- Solitude et puits sans fond de la demande relationnelle : « Mon fils, même quand il est là, je me sens seul »



Références

- Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional symptoms and signs in neurology: assessment and diagnosis J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76 (Suppl I):i2-i12
- Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional symptoms in neurology: management J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76 (Suppl I):i13-i21
- Bass C, May S. ABC of psychological medicine. Chronic multiple functional somatic symptoms BMJ 2002;325:323-326
- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? Lancet, 1999,354:936-93
- Stephenson DT, Price JR. Medically unexplained physical symptoms in emergency medicine. Emerg Med J, 2006,23:595-600