

LES TROUBLES SOMATIFORMES

I-INTRODUCTION ET DÉFINITION

II-ÉPIDÉMIOLOGIE

III-CLASSIFICATION

IV-CLINIQUE

V-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

VI-ÉTIOLOGIQUES

VII-COMORBIDITÉS

VIII-TRAITEMENT

IX-CONCLUSION

Les troubles somatoformes

I-INTRODUCTION ET DÉFINITION

Le trouble somatoforme est caractérisé par de multiples plaintes physiques persistantes qui sont associées à des pensées excessives et inadaptées, les sentiments et les comportements liés à ces symptômes. Il entraîne une souffrance psychique ou une altération significative du fonctionnement psychosocial avec un retentissement sur la vie familiale ou professionnelle et social. Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints et ils peuvent ou non accompagner une maladie connue. Le diagnostic est basé sur l'anamnèse du patient et parfois celle des membres de la famille. Le traitement est ciblé sur la mise en place d'une forte relation thérapeutique de soutien qui évite d'exposer le patient à des examens et à des traitements inutiles.

Ils englobent :

- Les symptômes somatiques inexpliqués : ce sont des **diagnostics d'élimination**.
- Les préoccupations somatiques.
- Une présentation clinique somatique de troubles psychiatriques.

Selon la classification internationale des maladies (CIM-10), les troubles somatoformes sont «caractérisés par des symptômes physiques associés à des demandes d'investigation médicale, persistant malgré des bilans négatifs répétés. La présence avérée d'un trouble physique authentique ne permet pas de rendre compte de la nature ni de la gravité des symptômes du patient. Le patient s'oppose à toute hypothèse psychologique pouvant expliquer ses troubles, même quand le contexte l'évoque ou qu'il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes». La CIM-10 spécifie, par ailleurs, «que ces patients présentent souvent un comportement histrionique et essayent d'attirer l'attention d'autrui, notamment quand ils ne réussissent pas à convaincre leur médecin de la nature essentiellement physique de leur maladie et de la nécessité de poursuivre les investigations et les examens complémentaires»

II-ÉPIDÉMIOLOGIE

Les troubles somatoformes seraient planétaires et historiques.

Les femmes seraient plus touchées que les hommes en ce qui concerne les diagnostics de somatisation, de conversion (femmes jeunes) et de douleurs chroniques (40 à 50 ans). En revanche, les hommes présentent plus de troubles hypocondriaques.

III-CLASSIFICATION

Les deux grandes classifications utilisées en psychiatrie, à savoir la CIM-10 et le DSM-IV, sont globalement superposables en la matière, hormis en ce qui concerne les troubles de conversion qui sont considérés comme troubles dissociatifs selon la CIM-10.

Selon le DSM-IV, ils sont classés dans les troubles somatoformes.

Le trouble somatisation

Le trouble somatoforme indifférencié

Le trouble de conversion

Le trouble douloureux

L'hypocondrie

Le trouble : Peur d'une dysmorphie corporelle

Le trouble somatoforme non spécifié

Selon la CIM-10 sont donc communément admis comme étant des troubles somatoformes :

La somatisation

Le trouble hypocondriaque (incluant la dysmorphophobie)

Le trouble somatoforme indifférencié

Le dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme

Le syndrome douloureux somatoformes persistant.

IV-CLINIQUE

1-Le Trouble somatisation :

Le Trouble somatisation (qui correspond à ce que l'on appelait dans le passé hystérie ou syndrome de Briquet) est un trouble **polysymptomatique**, survenant **avant l'âge de 30 ans**, **persistant** plusieurs années, et caractérisé par l'association de douleurs, de symptômes gastro-intestinaux, sexuels et pseudo-neurologiques.

On a des symptômes somatiques **sans cause organiques**, les examens ne permettent pas de trouver une cause médicale.

❖ **Clinique** : le patient doit présenter

▪ Au moins **4 localisations** du corps qui sont l'objet de symptômes douloureux (mal au dos, douleurs cervicales, articulaires) ou de symptômes fonctionnels (sensibilité ou force diminuées, vertiges) :

- **Deux symptômes gastro-intestinaux** : ballonnements, gaz, aérophagie, douleurs abdominales rythmées par les repas, constipation (très fréquent) ou au contraire de diarrhées.
- **Un symptôme sexuel** : au moins un, sous forme de douleurs (chez la femme), ou d'éjaculation précoce ou tardive chez l'homme.
- **Un symptôme pseudo-neurologique** : perte de force ou de sensibilité dans un membre dans un territoire non délimité par des zones neurologiques, car la douleur décrite ne correspond pas à un territoire neurologique. Par ex des douleurs ou de pertes de force, fourmillements, qui ne correspondent pas à la réalité neuro au niveau du territoire.

Ils ne sont **pas intentionnels**. Ils se manifestent de façon **chronique, mais fluctuante** (rythmé par les moments de stress). Les patients pensent que leurs symptômes sont graves et demandent beaucoup d'examen complémentaires.

Cela provoque une consommation médicale injustifiée ne pouvant être expliquée complètement par une affection médicale. Les patients sont souvent déçus de la médecine, car ils considèrent ne pas être assez bien pris en charge (ils changeront souvent de médecins).

2-Le Trouble somatoforme indifférencié :

Il est caractérisé par des plaintes somatiques inexplicables, multiples, variables, persistantes au moins 6 mois, mais dont le nombre ou la durée n'atteignent pas les seuils requis pour porter le diagnostic de Trouble somatisation. Il y a également l'absence de trouble organique pouvant expliquer les symptômes.

3-Le Trouble de conversion :

Il comporte des symptômes ou des déficits inexplicables touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensorielles, suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale. Des facteurs psychologiques sont considérés comme étant associés aux symptômes ou aux déficits.

On y retrouve l'absence de tout argument en faveur d'un trouble physique pouvant rendre compte des divers symptômes caractéristiques de ces troubles (amnésie, fugue, stupeur, état de transe, atteinte motrice ou sensorielle, convulsion, etc.). On relève, dans cette catégorie diagnostique, la présence d'arguments en faveur d'une origine psychologique avec relation temporelle manifeste entre la survenue du trouble et celle d'un événement stressant ou traumatisant ou perturbation des relations interpersonnelles, relation qui est ardemment niée par le patient.

Leur apparition est **précédée d'un conflit ou d'un facteur de stress** altérant alors le fonctionnement social, affectif et professionnel.

-**Symptôme ou déficit moteur** : test moteur (prendre la main et lâcher : manœuvre d'évitement ou tombera doucement).

-**Symptôme ou déficit sensoriel** : perte de vue et fond d'œil normal.

-**Crises épileptiques ou convulsions** : certains patients parlent véritablement d'avoir fait une crise comitiale. Le moyen de vérifier est de faire un EEG après la crise et celui-ci sera normal.

4-le Trouble douloureux :

La douleur est au centre du tableau clinique. En outre, on estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur.

Il se caractérise par une douleur intense et persistante accompagnée d'un sentiment de détresse, n'étant pas expliquée entièrement par un problème somatique et survenant dans un contexte de conflit émotionnel et/ou psychosocial pouvant être considéré comme la cause essentielle du trouble.

5-L'Hypocondrie :

Il s'agit de la conviction d'être atteint d'une ou plusieurs maladies somatiques graves, conviction fondée sur la présence d'un ou de plusieurs symptômes persistants alors que les investigations répétées ne mettent en évidence aucune cause organique plausible, cette conviction est fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques ou de manifestations du fonctionnement corporel.

6-Le trouble : Peur d'une dysmorphie corporelle :

Il consiste en une préoccupation concernant un défaut imaginaire ou bien amplifié de l'apparence physique.

7-Le trouble somatoforme non spécifié :

IL permet de coder des troubles comportant des symptômes somatoformes, mais ne répondant à aucun des critères diagnostiques des Troubles somatoformes spécifiques.

V-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Les symptômes retrouvés dans les troubles somatoformes, par exemple, les plaintes physiques et l'absentéisme scolaire, peuvent être présents dans de nombreux troubles psychiatriques tels que :

1-Troubles anxieux : anxiété de séparation, phobie scolaire et refus scolaire et autres troubles anxieux

2-Troubles du comportement alimentaire (par exemple, l'anorexie mentale)

3-Troubles dépressifs

4-Mutisme sélectif

5-Troubles factices (syndrome de Münchhausen par procuration).

6-Simulation

VI-ÉTIOLOGIQUES

Elles sont aussi nombreuses que variées allant de la psychodynamique (répression d'affects négatifs) à la neurobiologie.

Un dysfonctionnement dans la neurotransmission de la sérotonine.

Une altération de la stimulation du réticulum avec asymétrie du fonctionnement cérébral chez ces patients.

Plusieurs recherches génétiques ont été menées, chez ces patients, L'ensemble de ces études tendrait à trouver une proportion plus importante de troubles de la personnalité de type antisocial dans les familles au premier degré de patients atteints de troubles somatoformes.

Plusieurs théories étiologiques ont été évoquées par rapport aux aspects biologiques, psychologiques, comportementaux et socioculturels des troubles somatoformes en général.

De manière schématique, on peut classer les facteurs étiologiques en facteurs prédisposants, précipitants et de chronicisation.

a) Facteurs favorisants

Parmi les facteurs favorisants, un des plus importants semble être l'éducation ou l'apprentissage du comportement à avoir face aux symptômes et à la maladie : une attention exagérée des parents à la santé et/ou aux symptômes que présente l'enfant semble être un facteur favorisant, de même que « l'exposition » d'un enfant à un membre de sa famille souffrant d'une maladie grave ou qui obtient des bénéfices secondaires importants à la faveur soit d'une maladie somatique, soit de symptômes médicalement inexpliqués.

Des études récentes semblent démontrer que des antécédents de maltraitance ou d'abus sexuels dans l'enfance peuvent prédisposer au développement de symptômes médicalement inexpliqués, plus spécialement de douleurs chroniques idiopathiques.

Certaines « particularités » de personnalité, comme la dépendance, le sentiment d'infériorité et le déni des conflits ou certains styles de réponses cognitives, comme la tendance à la globalisation et au catastrophisme, semblent également être des facteurs de risque pour la somatisation.

Alexithymie, définie comme une difficulté à exprimer verbalement des émotions qui, pour certains auteurs, serait un mode de fonctionnement propre aux patients somatisants.

b) Facteurs précipitants

Les facteurs précipitants comportent les « life events », à savoir toutes les situations susceptibles d'induire un stress personnel, objectif ou subjectif. Dans les événements de vie, une place particulière doit être donnée au deuil et à la notion de perte, fréquemment retrouvés dans les histoires personnelles des patients somatisants.

c) Facteurs de chronicisation

Les facteurs de chronicisation permettent à la somatisation de s'installer. Ils regroupent à la fois les prédispositions individuelles et une interaction complexe entre le patient, son entourage, son médecin et le système de soins.

Dans le modèle psychodynamique, le symptôme aurait pour but d'éviter un conflit intrapsychique (bénéfice primaire) ou de répondre à des besoins psychologiques inconscients, notamment la dépendance (bénéfice secondaire). Exprimer une détresse psychique par un symptôme somatique peut être alors considéré comme un mécanisme de défense pour garder inconscients des sentiments non-acceptables. Une étude a ainsi montré que chez les patients présentant à la fois un trouble dépressif et une somatisation, celle-ci surviendrait généralement en premier, sur un mode chronique, avec ultérieurement la survenue d'épisodes transitoires de dépression.

La réponse du système de soins aux patients présentant des plaintes chroniques inexpliquées peut être un facteur de chronicisation : une réponse bio-médicale seule, avec la multiplication des examens à la recherche d'une étiologie organique, semble être corrélée à une évolution défavorable des patients vers la chronicisation de leurs plaintes et de leurs symptômes.

VII-COMORBIDITÉS

1- Troubles dépressifs : une comorbidité des troubles somatoformes et troubles dépressifs est de 86%

2- Troubles anxieux : une comorbidité des troubles somatoformes et troubles anxieux est de 43%

3- Troubles de la personnalité : les troubles de la personnalité associés à des troubles somatoformes, sont fréquemment : personnalité histrionique, personnalité antisociale, personnalité évitante, obsessionnelle-compulsive, dépendante, narcissique.

4-Alexithymie : les traits alexithymiques sont toujours présents.

VIII-TRAITEMENT

Il serait plus exact de parler de prise en charge des troubles somatoformes plutôt que de traitement au sens strict du terme. Cette prise en charge, s'inscrit dans le cadre d'une étroite collaboration entre somaticiens et psychiatres on préconise les prises en charge suivantes :

a- l'hypocondrie : une association de thérapie brève dynamique individuelle, thérapie de famille, consultation médicale.

b- Les somatisations : une psychothérapie de soutien à moyen terme associée aux consultations médicales.

c- Les douleurs chroniques : un soutien psychothérapeutique et une forte collaboration entre médecins, un soulagement antalgique.

Dans les trois cas, il préconise de la physiothérapie et une éducation des patients au niveau de la qualité de leur perception. Dans les guidelines, il est mentionné que les thérapies cognitivo-comportementales et les benzodiazépines ne présentent pas d'intérêt.

1-Traitements médicamenteux

Les traitements médicamenteux portent essentiellement sur le traitement de la dépression. L'effet antalgique de différents antidépresseurs dans les douleurs chroniques et les troubles somatoformes. Les antidépresseurs semblent donc avoir un effet positif.

2-Psychothérapie

Relativement aux différents types de psychothérapie que l'on peut proposer, les thérapies familiales brèves pour les troubles somatoformes.

Les thérapies cognitivo-comportementales restent controversées.

IX-CONCLUSION

Le terme général de troubles somatoformes recouvre un ensemble de diagnostics ayant, comme point commun, l'existence de plaintes somatiques importantes et invalidantes qui, soit ne peuvent être totalement expliquées par la présence d'un substrat somatique retrouvé, soit ne correspondent à aucun substrat somatique identifiable.

Les troubles somatoformes sont à différencier clairement des simulations ainsi que des troubles factices, en ce sens qu'ils résultent d'un processus psychologique inconscient et ne répondent pas à une recherche de bénéfice secondaire. Les patients souffrant souvent de troubles somatoformes ne simulent pas et «n'exagèrent pas» non plus.

Ils se trouvent aux prises avec une souffrance profonde, laquelle s'exprime sur un plan somatique alors que son origine se situe sur un plan psychique, origine qui, dans la plupart des cas, est réfutée par le patient.

Les troubles somatoformes posent fréquemment un problème social majeur en termes de perte d'adaptation au travail et de consommation importante en soins médicaux.

Il est donc important de fournir des prises en charge structurées dont la clé de voûte reste l'étroite collaboration entre psychiatre et somaticien.