

LES TROUBLES SOMATOFORMES

Pr Benredjem. Y

I- Introduction

Les troubles somatoformes désignent un ensemble de symptômes, syndromes ou plaintes de type physique ou concernant la santé physique et pour lesquels aucune anomalie identifiable de type lésionnel ne peut être incriminée.

Le diagnostic de trouble somatoforme implique :

- Un niveau significatif de retentissement du trouble (souffrance psychique, altération du fonctionnement socioprofessionnel) ;
- La non-imputabilité du trouble à un autre trouble mental caractérisé (tel qu'un trouble anxieux, un trouble de l'humeur, un trouble délirant) ;
- Une participation psychologique supposée à l'étiopathogénie du trouble (troubles sous-jacents de la personnalité, facteurs de stress ou situation conflictuelle repérable).

Le DSM-5 a remplacé la catégorie des troubles somatoformes par la catégorie, troubles à symptomatologie somatique et apparentés.

II- Clinique

A. Trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (Conversion)

Se manifeste par un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles, suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale. Ces symptômes sont souvent appelés pseudo-neurologiques, car mimant une atteinte neurologique alors que le système nerveux est intact.

1- Les symptômes moteurs :

- Troubles de la coordination et de l'équilibre avec difficultés de la marche (abasie) et/ou de la station debout (astasie).
- Faiblesse localisée voire une parésie d'un membre ou de plusieurs membres.
- Contractures musculaires et des phénomènes dystoniques.
- Tremblements et des myoclonies.
- Aphonie et des difficultés de déglutition, une sensation de boule dans la gorge.
- Convulsions ou des crises épileptoïdes, avec symptômes moteurs et/ou sensitifs.

2- Les symptômes sensitifs et sensoriels :

- Diminution ou perte de la sensibilité tactile ou douloureuse.
- Cécité, une surdité, voire des pseudo-hallucinations.

Ces anomalies fonctionnelles ne respectent pas les lois de l'anatomie ni les découpages physiologiques qui sont ceux des atteintes neurologiques tronculaires, radiculaires, médullaires ou hautes.

B. Trouble à symptomatologie somatique

Le trouble à symptomatologie somatique est caractérisé par un ou plusieurs symptômes somatiques à l'origine d'une détresse ou d'un retentissement fonctionnel significatif. Comprend : trouble somatisation, trouble douloureux et hypocondrie avec symptômes somatiques.

Ces symptômes somatiques sont associés à des pensées, émotions ou comportements jugés excessifs ou inappropriés tels qu'une anxiété excessive et persistante concernant la santé ou un temps excessif consacré à se préoccuper et s'occuper de ces symptômes (comportements de vérification, recherche de rassurement, consommation de soins médicaux, etc.).

Ces symptômes somatiques peuvent ou non être attribuables à une maladie physique identifiée

Spécialité médicale	Syndrome somatique fonctionnel
Gastroentérologie	Syndrome de l'intestin irritable Dyspepsie non ulcéreuse
Gynécologie	Syndrome prémenstruel Algies pelviennes chroniques Vulvodynies
Rhumatologie	Fibromyalgie
Cardiologie	Précordialgies à coronaires saines
Pneumologie	Syndrome d'hyperventilation
Infectiologie	Syndrome de fatigue chronique
Neurologie	Céphalées de tension
Stomatologie	Syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM) Glossodynies
ORL	Rhinite chronique non allergique
Allergologie	Intolérance environnementale idiopathique

C. L'hypocondrie ou crainte excessive d'avoir une maladie

C'est un souci exagéré concernant l'état de santé physique. Le trouble est habituellement sous-tendu par une interprétation erronée de certaines sensations corporelles, signes physiques ou comportements personnels, que le patient juge anormaux et dont il tire le sentiment d'être atteint d'une maladie plus ou moins grave, quelles que soient les mesures prises pour le rassurer ou le convaincre du contraire.

Une telle inquiétude durable et excessive concernant sa propre santé conduit généralement le patient à multiplier les consultations médicales, à se faire prescrire des examens complémentaires ou des médications multiples.

III- Les mécanismes

A. Les mécanismes biologiques

Font intervenir une réactivité excessive de l'axe hypothalamo- hypophysaire et du système nerveux autonome au stress.

Elle pourrait être elle- même à l'origine de la production de sensations corporelles pouvant donner lieu à des interprétations inquiétantes et ce d'autant plus que l'individu a des difficultés à différencier son état émotionnel des sensations corporelles qui l'accompagnent.

B. Les mécanismes cognitifs

Font intervenir d'une part une attention excessive portée aux sensations corporelles, souvent renforcée de façon paradoxale par des efforts d'évitement, et d'autre part l'attribution à ces sensations corporelles d'une signification menaçante en ce qui concerne leur retentissement futur ou ce qu'ils supposent de l'état de santé du patient.

Ces interprétations peuvent s'autonomiser sous la forme de ruminations anxieuses de plus en plus indépendantes des sensations corporelles.

Ces interprétations dysfonctionnelles peuvent être favorisées par une personnalité anxieuse ainsi que par l'exposition récente ou ancienne à une maladie, que celle-ci concerne le patient ou un proche.

C. Les mécanismes émotionnels et comportementaux

Sont dominés par la peur et l'évitement qu'elle suscite. L'évitement des symptômes somatiques qui renforce ceux-ci par conditionnement opérant. L'évitement des symptômes psychologiques, et notamment de la peur, à l'origine d'une grande partie des demandes de réassurance et la multiplication des consultations et examens médicaux.

D. Les mécanismes sociaux

Peuvent renforcer positivement les symptômes par la notion de « bénéfices secondaires ». Il peut s'agir d'avantages sociaux conférés par le statut de malade, mais aussi de la réponse de l'entourage proche aux symptômes présentés par le patient.

IV- Prise en charge

A. Mesures générales

Plusieurs mesures non spécifiques peuvent jouer un rôle favorable sur l'évolution des troubles somatoformes :

- Ne pas contester la légitimité d'une plainte somatique, notamment en cas de douleurs, même si le caractère fonctionnel est fortement suspecté ;
- Mener en même temps une démarche diagnostique négative (rechercher et éliminer les causes organiques plausibles) et positive (rechercher des facteurs psychologiques déclencheurs ou d'entretien) ;
- Savoir utiliser avec parcimonie les examens complémentaires, avis médicaux spécialisés et hospitalisations, en connaissant leur potentiel iatrogène ;

- Préférer des explications positives, même si elles sont schématiques, en termes par exemple de mécanismes physiologiques à l'origine des symptômes à un aveu d'ignorance de la cause des symptômes ;
- Repérer systématiquement les troubles anxieux ou dépressifs associés, même si le patient prétend qu'ils sont purement «secondaires» à ses symptômes ;
- Savoir être modeste dans ses ambitions thérapeutiques (atténuation des symptômes et de leur retentissement plutôt que guérison).

B- Traitement

- Les antidépresseurs sérotoninergiques :

Peuvent être indiqués pour traiter les troubles de l'humeur associés aux troubles somatoformes, mais aussi la composante douloureuse des syndromes, voire l'asthénie, indépendamment d'une symptomatologie dépressive. Les ISRS sont le traitement médicamenteux le plus efficace dans le syndrome du côlon irritable ; Les IRSNa sont eux efficaces dans le traitement de certains troubles somatoformes douloureux, notamment dans la fibromyalgie.

- Les psychothérapies :

La relaxation, la thérapie familiale brève, les thérapies cognitives et comportementales qui associent restructuration cognitive, et mesures d'exposition visant à limiter les conduites d'évitement.