

UE 2.6 Processus psychopathologiques

LES TROUBLES SOMATIFORMES

Dr. Axelle Gharib

OBJECTIFS

- **Connaître l'épidémiologie des troubles somatoformes**
- **Connaître les signes et symptômes qui caractérisent les troubles somatoformes**
- **Connaître la prise en charge des troubles somatoformes**

- **Introduction**
- **Épidémiologie**
- **Sémiologie**
- **Diagnostic différentiel**
- **Comorbidités**
- **Psychopathologie**
- **Pronostic et évolution**
- **Prise en charge**

INTRODUCTION

Symptômes et signes cliniques

Facteur psychologique retrouvé

Répercussions fonctionnelles

Absence de diagnostic différentiel (bilan complémentaire nécessaire)

5-10% en population générale

Début à la fin de l'adolescence ou chez le jeune adulte

Tout âge: trouble de conversion, trouble douloureux

2 femmes / 1 homme

Facteurs de risque:

- Facteur de stress / évènement de vie négatif
- Trouble de la personnalité (capacités d'adaptation au stress réduites)
- ATCD familiaux de trouble somatoforme

Symptômes et signes cliniques d'allure non psychiatrique

- Gastro-intestinal
- Cardiovasculaire
- Génito-urinaire et sexuel
- Cutané
- Neurologique
 - ne respectent pas l'organisation anatomique du SN
 - 30%: associé à pathologie neurologique
- Symptômes douloureux: aigu / chronique

Influencables par la suggestion

Pas d'anomalie lésionnelle mais **modifications physiologiques fonctionnelles**

Syndrome de Briquet: association de multiples plaintes fonctionnelles polymorphes et durable

SÉMIOLOGIE

	Trouble somatisation	Trouble de conversion	Trouble douloureux	Hypocondrie	Peur d'une dysmorphie corporelle
Symptômes ou signes cliniques	Symptômes ou signes cliniques touchant plusieurs domaines corporels	Symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique	Symptômes douloureux	Conviction erronée de présenter une pathologie médicale non psychiatrique, qui persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant	Préoccupation portant sur un défaut imaginaire de l'apparence physique
Critère temporel	Début avant l'âge de 30 ans et évolution depuis plusieurs années	Facteur psychologique de stress déclenchant ou entretenant le trouble	Facteur psychologique de stress déclenchant ou entretenant le trouble	Plus de 6 mois	

TRouble SOMATISATION

FORME COMPLÈTE

- ≥ 3 domaines corporels
- Début avant l'âge de 30 ans
- Évolution depuis plusieurs années

TROUBLE SOMATISATION

FORMES INCOMPLÈTES

Trouble somatoforme non spécifié: durée < 6mois

Trouble somatoforme indifférencié: durée > 6mois

Un seul domaine corporel

- Colopathie fonctionnelle, syndrome du colon irritable
- Spasmophilie, syndrome d'hyperventilation, tétanie normocalcémique, précordialgie non angineuse
- Céphalées de tension
- Fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique
- Syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM)
- ...

SÉMIOLOGIE

	Trouble somatisation	Trouble de conversion	Trouble douloureux	Hypocondrie	Peur d'une dysmorphie corporelle
Symptômes ou signes cliniques	Symptômes ou signes cliniques touchant plusieurs domaines corporels	Symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique	Symptômes douloureux	Conviction erronée de présenter une pathologie médicale non psychiatrique, qui persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant	Préoccupation portant sur un défaut imaginaire de l'apparence physique
Critère temporel	Début avant l'âge de 30 ans et évolution depuis plusieurs années	Facteur psychologique de stress déclenchant ou entretenant le trouble	Facteur psychologique de stress déclenchant ou entretenant le trouble	Plus de 6 mois	

TROUBLE DE CONVERSION

Symptômes ou signes d'allure neurologique

3 types:

- Moteur (dystonie, tremblements, aphonie, RAU, diplopie)
- Sensitif / Sensoriel (diminution sensibilité, cécité, surdité, hallucinations)
- Malaise/ convulsion (mouvements anormaux, CNEP)

SÉMIOLOGIE

	Trouble somatisation	Trouble de conversion	Trouble douloureux	Hypocondrie	Peur d'une dysmorphie corporelle
Symptômes ou signes cliniques	Symptômes ou signes cliniques touchant plusieurs domaines corporels	Symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique	Symptômes douloureux	Conviction erronée de présenter une pathologie médicale non psychiatrique, qui persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant	Préoccupation portant sur un défaut imaginaire de l'apparence physique
Critère temporel	Début avant l'âge de 30 ans et évolution depuis plusieurs années	Facteur psychologique de stress déclenchant ou entretenant le trouble	Facteur psychologique de stress déclenchant ou entretenant le trouble	Plus de 6 mois	

TROUBLE DOULOUREUX

Association possible à une pathologie médicale source de douleur mais les symptômes douloureux sont insuffisamment expliqués par la pathologie non psychiatrique associée

Forme aiguë < 6 mois

Forme chronique > 6 mois

	Trouble somatisation	Trouble de conversion	Trouble douloureux	Hypocondrie	Peur d'une dysmorphie corporelle
Symptômes ou signes cliniques	Symptômes ou signes cliniques touchant plusieurs domaines corporels	Symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique	Symptômes douloureux	Conviction erronée de présenter une pathologie médicale non psychiatrique, qui persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant	Préoccupation portant sur un défaut imaginaire de l'apparence physique
Critère temporel	Début avant l'âge de 30 ans et évolution depuis plusieurs années	Facteur psychologique de stress déclenchant ou entretenant le trouble	Facteur psychologique de stress déclenchant ou entretenant le trouble	Plus de 6 mois	

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

TROUBLES FACTICES / SYNDROME DE MUNCHHAUSEN:

Production **intentionnelle** de signes ou symptômes physiques ou psychologiques, pour jouer le rôle de malade. Exceptionnel.

TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES:

Pathologies non psychiatriques **avec lésion identifiable** pour lesquelles les facteurs psychologiques jouent un rôle prépondérant comme facteur déclenchant ou facteur de maintien

- Asthme
- Eczéma
- Céphalées
- Colopathies
- Ulcère gastroduodéal

PATHOLOGIE MÉDICALE NON PSYCHIATRIQUE

COMORBIDITÉS

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

- Épisode dépressif caractérisé
- Troubles anxieux
- Troubles de l'adaptation
- Troubles de la personnalité

PATHOLOGIES NON PSYCHIATRIQUES

CONVERSION HYSTÉRIQUE

Conversion (thermodynamique): transformation d'une énergie en une autre

Hystérie (*hystera*, « uterus »)

Conversion d'une énergie psychique reliée à un traumatisme sexuel (réel ou symbolique) en une énergie somatique

APPROCHE NEUROPSYCHIATRIQUE

Facteur stress

>> Modifications fonctionnelles (\neq structurales) des régions cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle (cortex cingulaire) et la représentation de soi (cortex préfrontal ventromédian)

>> Modulation du fonctionnement des régions cérébrales impliquées dans les symptômes et signes cliniques

PRONOSTIC ET ÉVOLUTION

Mortalité:

- suicide en cas d'EDC associé
- iatrogénie (investigations/interventions médicales/chirurgicales)

Morbidité / Altération du pronostic fonctionnel:

- Syndrome clinique sévère
- Comorbidité psychiatrique ou non psychiatrique
- Diagnostic tardif
- Durée d'évolution longue
- Méconnaissance des facteurs de stress impliqués

PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

HOSPITALISATION

Non nécessaire la plupart du temps

Possible si comorbidité psychiatrique avec signe de gravité

Dans un service non psychiatrique / bilan complémentaire

PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

INITIER LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

Éviter de multiplier les investigations

Reconnaître la légitimité de la démarche du patient (avoir consulté un médecin non psychiatre en première intention)

Reconnaître que les symptômes sont véritables

Nommer le trouble, pathologie commune et reconnue

Évoquer les facteurs déclenchants et de maintenance

Discuter du traitement:

- Inefficacité des traitement psychotropes en l'absence de comorbidité psychiatrique
- Psychothérapie

PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

POUR SUIVRE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

Prise en charge collaborative avec le médecin non psychiatre adresseur

Psychologie de la santé: identifier le stress, le soutien social, le contrôle, les stratégies d'ajustement au stress

Prise en charge psychiatrique: gestion émotionnelle

Objectifs thérapeutiques modestes (non centrés sur la guérison)

Traitement de la comorbidité

PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

- **Relaxation**
- **Méditation**
- **Thérapie cognitivo-comportementale**
- **Thérapies familiales**
- **rTMS: troubles de conversion de type moteur**
- **IRSNA: Fibromyalgie**
- **ISRS: Dysmorphophobie**

PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

STRATÉGIES DE RÉHABILITATION

Prise en charge centrée sur le handicap

Université Claude Bernard Lyon 1



Réalisation technique : Service ICAP - Université Claude Bernard Lyon 1
Soutien financier : Région Auvergne Rhône-Alpes dans le cadre de l'UNR-RA