

Troubles somatoformes et douleur

Dr Cailliez Patricia

Service de psychiatrie du Pr Hardy

CHU du Kremlin-Bicêtre

Plan

- Définitions et généralités sur les troubles somatoformes
- Place de la douleur dans les troubles somatoformes
- Modèles explicatifs
- Prise en charge des troubles somatoformes

Introduction

- Terme « trouble somatoforme » : DSM III, il y a 25 ans
- Suffixe « forme » : « qui ressemble à »

Donc trouble qui ressemble à un trouble somatique

- Au croisement entre la médecine psychiatrique et la médecine somatique
- Demande considérable pour le système de soins actuels
- Traitement difficile

Définition des troubles somatoformes

- L'ensemble des troubles caractérisés par la présence de préoccupations et/ou de manifestations somatiques dépourvues de substrat organique, d'origine psychique

≠ troubles psychosomatiques : trouble somatique, avec lésion retrouvée, dont la dimension psychologique est prévalente dans sa survenue et dans son évolution

Ex : asthme, psoriasis

≠ troubles factices ≠ simulation

DSM IV-R

- Trouble conversion
- Trouble somatisation
- Trouble somatoforme indifférencié
- Trouble douloureux
- Hypochondrie
- Syndrome : peur d'une dysmorphie corporelle
- Trouble somatoforme non spécifié

CIM 10 (F 45)

- Somatisation
- Trouble somatoforme indifférencié
- Trouble hypochondriaque (incluant la dysmorphophobie)
- Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
- Syndrome douloureux somatoforme persistant
- Autres troubles somatoformes

■ Catégorie impliquant :

- Une participation psychologique à l'étiopathogénie du trouble (facteur déclenchant)
- La non imputabilité à un autre trouble mental caractérisé (EDM, trouble anxieux, délirant)
- Un niveau significatif de retentissement du trouble

■ Prévalence en médecine générale : 16.1%

(1) De Wall et al, British Journal of Psychiatry 2004

■ Prévalence en service de neurologie : 34.9%

(2) Fink et al, Psychosomatics 2004

Place de la douleur au sein des troubles somatoformes :

DSM IV-R	CIM 10 (F 45)
<ul style="list-style-type: none">- Trouble conversion- Trouble somatisation ++- Trouble somatoforme indifférencié ++- Trouble douloureux +++- Hypochondrie +- Syndrome : peur d'une dysmorphie corporelle- Trouble somatoforme non spécifié	<ul style="list-style-type: none">- Somatisation- Trouble somatoforme indifférencié- Trouble hypochondriaque (incluant la dysmorphophobie)- Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme- Syndrome douloureux somatoforme persistant- Autres troubles somatoformes

Trouble somatisation : la douleur est un des symptômes du trouble

- 1857 : descriptions cliniques minutieuses de Briquet (Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie) → « Syndrome de Briquet » (école américaine de St Louis)
- Syndrome polysymptomatique constitué de plaintes somatiques multiples, nombreuses et variées, se manifestant pendant de nombreuses années

Critères diagnostiques du trouble somatisation selon le DSM IV

A- Antécédents de plaintes somatiques multiples, débutant avant l'âge de 30 ans, se manifestant pendant plusieurs années et aboutissant à des demandes de traitement et/ou à une altération significative du fonctionnement social.

B- Chacun des critères suivants doit avoir été rempli :

- 1- Quatre symptômes douloureux
- 2- Deux symptômes gastro-intestinaux
- 3- Un symptôme sexuel
- 4- Un symptôme pseudo-neurologique

C- Un des critères suivants doit être rempli :

- 1- Aucun des symptômes du critère B ne peut s'expliquer par une affection médicale ou par des effets d'une substance.
- 2- Quand il existe une relation avec une affection médicale générale, les symptômes ou l'altération du fonctionnement social qui en résultent sont disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir les constatations médicales.

D. Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints (comme dans le trouble factice ou la simulation)

Trouble douloureux : critères DSM IV

- A Une douleur dans une ou plusieurs localisations anatomiques est **au centre du tableau clinique**, et cette douleur est d'une intensité suffisante pour justifier un examen clinique
- B La douleur est à l'origine d'une souffrance clinique significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- C On estime que les facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité ou la persistance de la douleur
- D Le symptôme ou le déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le trouble factice ou la simulation)
- E La douleur n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou un trouble psychotique et ne répond pas aux critères de la dyspareunie.

Les troubles somatoformes au sein des classifications

- Manière de définir qui peut sembler arbitraire
- Mais avec les objectifs suivants:
 - Définition « athéorique »
 - Identifier un syndrome faisant l'objet d'une demande de soins importante, et à l'origine d'un coût important (ex complémentaires ...)
 - Faciliter les études sur ce sujet en uniformisant les définitions

- En médecine : « symptômes fonctionnels » ou « symptômes médicalement inexplicables »
- Définition proche (mais pas d'origine psychogène)
- Les somaticiens posent peu le diagnostic de trouble somatoforme, et chaque spécialité à sa propre terminologie :
 - Syndrome du colon irritable
 - Douleur thoracique d'origine non cardiaque
 - Syndrome d'hyperventilation (spasmophilie)
 - Fibromyalgie
 - Burning mouth syndrome ...

Modèles explicatifs

- Somatisation = défense psychologique

Modèle de la conversion hystérique

- Somatisation = amplification somatique de la détresse

Barsky : attention particulière portée aux sensations corporelles

- Somatisation = conséquence du recours au système de santé

Orientation « organique » du système de soins actuel

- Somatisation = « conduite de maladie déviante »

Symptômes ressentis → attribution à une maladie → aide médicale

Prise en charge – Mesures générales (1)

- De manière simultanée : élimination d'une cause organique et recherche d'une cause psychogène
- Éviter PEC psychiatrique=« dernier recours »
- Prescription d'ex complémentaires limitée
- Évaluer contexte psychosocial, représentation de la maladie
- Ne pas contester la « légitimité » de la plainte
- Dépister et traiter les pathologies psy associées
- Renforcer l'alliance thérapeutique, suivi régulier (même si contre-transfert négatif fréquent)

Mesures générales (2)

- Recours au psychiatre : présenté comme une aide diagnostique supplémentaire et un soutien, plutôt qu'un relais définitif
- Prise en charge pluridisciplinaire
Intérêt d'une lettre au MG avec diagnostic, d'une prise en charge hospitalière avec approche intégrative
- Objectifs modestes : diminution des symptômes, et du retentissement psychosocial, plutôt que guérison complète

Mesures spécifiques

- Traitements médicamenteux : antidépresseurs tricycliques et IRS
- Techniques de relaxation, activité sportive, « médecines alternatives » (acupuncture, chiropraxie)
- Hypnose (Hypnose ericksonnienne dans le contrôle de la douleur)
- Psychothérapie d'inspiration analytique
- Psychothérapies systémiques, familiales ou de couple

Mesures spécifiques (2)

- Thérapie cognitive et comportementale :
- Travail sur la dimension de ressenti subjectif du patient (ex: douleur)
- Travail sur la dimension cognitive : amplification somatique et défaut d'attribution
- Travail sur la dimension comportementale (demande de soins)
- Travail sur les facteurs déclenchants, prédisposants, renforçateurs, et d'entretien du trouble : souvent mieux accepté par le patient car abstraction de l'origine psychogène du trouble

Facteurs déclenchants	Facteurs prédisposants	Facteurs de renforcement et d'entretien
<ul style="list-style-type: none">- maladie organique- stress- évènement de vie	<ul style="list-style-type: none">- antécédents médicaux- trouble de la personnalité- modèle familial des conduites de maladie- maltraitances dans l'enfance- traumatismes	<p>Psychosociaux :</p> <ul style="list-style-type: none">- conflit avec les organismes sociaux- renforcement du rôle de malade par les proches (bénéfices secondaires)- dépression, anxiété <p>Biologiques et comportementaux :</p> <ul style="list-style-type: none">- réactions physiologiques émotionnelles- hyperventilation- troubles du sommeil- déconditionnement musculaire

Conclusion

- Troubles somatoformes = mode d'expression particulièrement protéiforme de la souffrance psychique
- Place importante de la douleur
- Aspect subjectif de la douleur + absence de lésion organique retrouvée → « douleur somatoforme » difficilement saisissable
- Notion de trouble somatoforme pertinente mais application clinique difficile, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique
- Critique des définitions trop restrictives, mais aussi peut être à l'origine d'une approche trop dualistique (corps/psyché)
- Le diagnostic de trouble somatoforme devrait au contraire permettre d'intégrer les éléments somatiques, psychiques et environnementaux, afin qu'une prise en charge globale puisse être mise en place

Références

- American Psychiatric Association (2004) DSM IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (texte révisé, 4 ed.) Masson, Paris
- Organisation Mondiale de la Santé (1993) Classification Internationale des Maladies, dixième édition. Masson, Genève
- De Wall MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Van Hemert AM (2004) Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry* 184: 470-476
- Fink P, Steen Hansen M, Sondergaard L (2004) Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. *Psychosomatics* 46: 540-8
- Simon GE (1991) Somatization and psychiatric disorders. In: Kirmayer LJ, Robbins JM Current concepts of somatization : research and clinical perspectives. American Psychiatric press, Washington DC, p37-63
- Barsky AJ (1992) Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 33: 28-34
- Hardy P, Consoli S (2007) Troubles somatoformes et intrications médicopsychiatriques In: Guelfi JD, Rouillon F Manuel de psychiatrie. Masson, Paris, p301
- Kroenke K (2007) Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic medicine* 69: 881-888