

Définition des troubles somatoformes : entre symptômes physiques et symptômes mentaux

Des évolutions majeures dans leur approche

Les troubles somatoformes parmi les troubles psychiatriques

Les troubles somatoformes,¹ considérés comme des troubles mentaux par la nosographie psychiatrique contemporaine,² sont particulièrement fréquents, mais essentiellement rencontrés dans le contexte des consultations médicales non psychiatriques. L'absence de cause organique identifiable pour ces maladies fait souvent sous-estimer leur retentissement, voire douter de leur existence.³ Il s'agit pourtant de troubles à part entière, avec un impact majeur sur la qualité de vie et les activités des sujets qui en souffrent, et liés à des mécanismes accessibles à la thérapeutique. Cet article propose de rappeler les critères de définition d'une maladie pour les appliquer ensuite au domaine des troubles psychiatriques puis plus spécifiquement au domaine des troubles à symptomatologie somatique et apparentés.

Rappel sur la notion de trouble psychiatrique

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) de l'*American Psychiatric Association* est le système de classification le plus traditionnellement utilisé en psychiatrie. Sa 5^e version, le DSM-5, a été publiée en 2013.² Sa 3^e version publiée en 1980, le DSM-III,⁴ présente l'originalité de proposer, pour la première fois, une définition générale de la notion de « trouble mental » ou trouble psychiatrique. La définition proposée est la suivante : « *Bien que ce manuel donne une classification des troubles mentaux, il n'existe aucune définition satisfaisante des limites précises et du concept de "trouble mental" (cela vaut également pour d'autres concepts comme celui de trouble physique et celui de santé, physique et mentale). Néanmoins, il est utile de présenter les concepts qui ont influencé la décision d'inclure certaines affections comme troubles mentaux dans le DSM-III et d'en exclure d'autres. Dans le DSM-III, chaque trouble mental est conçu comme un syndrome, ou un ensemble cliniquement significatif, comportemental ou psychologique, survenant chez un individu et typiquement associé à un symptôme de douleur (détresse) ou à un handicap dans l'un, au moins, des principaux domaines du fonctionnement (incapacité). De plus, nous postulons implicitement qu'il y a un dysfonctionnement comportemental, psychologique ou biologique et que la perturbation ne se limite pas à la relation entre l'indi-*

vidu et la société (quand la perturbation est réduite à un conflit entre un individu et la société, cela peut correspondre à une déviance qui peut ou non être socialement approuvée sans être, en soi, un trouble mental). »⁵

La définition d'une maladie entre physiologie et préjudice

Le DSM-III propose une définition des maladies, appliquée aux troubles psychiatriques, associant trois critères : une sémiologie spécifique, un mécanisme physiopathologique supposé (identifié ou non), un handicap ou une détresse.⁶ Cette conception est celle suggérée par Jerome Wakefield, qui a proposé une théorie pour délimiter le normal et le pathologique, appelée l'« analyse de dysfonction préjudiciable » (*harmful dysfunction analysis*, ou HDA).^{7,8} Ainsi, un trouble psychiatrique est considéré comme une modification du fonctionnement cérébral et mental associée à une répercussion sur les activités du sujet (un préjudice, notion rattachée à celle de « handicap »). Wakefield propose que « *l'accent [soit] mis sur "trouble" plutôt que sur "mental", car ce sont les questions autour du concept de trouble pathologique (disorder) qui provoquent les débats les plus vifs dans le champ de la santé mentale* ». ^{7,8} Il soutient alors que le trouble est à la frontière entre fait biologique et valeur sociale. « *Il y a trouble pathologique dès lors que se produit, chez une personne, une défaillance de ses mécanismes internes à réaliser les fonctions pour lesquelles ils ont été façonnés par la nature, et que cette défaillance affecte de manière préjudiciable le bien-être de la personne tel qu'il est caractérisé par les valeurs et les considérations sociales* ». ⁷

Un trouble psychiatrique : une sémiologie mentale

La définition des troubles psychiatriques dans le DSM-III se prolonge par une distinction entre troubles psychiatriques et troubles physiques, ces derniers étant définis sur un « axe » différent : « *L'individuation de cet axe par rapport à ceux des troubles mentaux repose sur la tradition consistant à séparer les troubles dont les manifestations premières sont comportementales ou psychologiques (par exemple, les troubles mentaux) de ceux dont les manifestations sont différentes. Il est nécessaire de disposer d'un terme qui puisse s'appliquer à tous les troubles qui ne sont pas considérés comme des "troubles mentaux". L'expression "trouble organique" impliquerait à tort l'absence de*

JEAN-ARTHUR
MICOULAUD-
FRANCHI*, CÉDRIC
LEMOGNE**,
CLÉLIA QUILLES***

* Service d'explorations fonctionnelles du système nerveux, clinique du sommeil, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France. USR CNRS 3413 SANPSY, CHU Pellegrin, université de Bordeaux, France.

** Université Paris-Descartes, Sorbonne-Paris Cité, faculté de médecine, Paris, France. AP-HP, Hôpitaux universitaires Paris-Ouest, service de psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, Paris, France. Inserm, U894, centre psychiatrie et neurosciences, Paris, France.

*** Centre hospitalier Charles-Perrens, pôle universitaire de psychiatrie adulte, Bordeaux, France. Université de Bordeaux, Bordeaux, France.

jarthur.micoulad@gmail.com

TROUBLES SOMATOFORMES

J.-A. Micoulaud-Franchi déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

C. Lemogne déclare des liens ponctuels (activités de conseil et conférences) avec Lundbeck et Janssen.

C. Quilès déclare avoir des liens durables ou permanents avec l'entreprise EdiPsy, avoir participé à des interventions ponctuelles pour le laboratoire Janssen, et avoir été prise en charge, à l'occasion de déplacement pour congrès, par Janssen et Lundbeck.

facteurs physiques dans les troubles "mentaux". C'est pourquoi nous utilisons dans ce manuel le terme "trouble physique", en reconnaissant que les frontières de ces deux classes de troubles ("mentaux" et "physiques") changent à mesure que la compréhension de leur physiopathologie s'approfondit. »⁵

Cette présentation est intéressante car elle positionne les troubles psychiatriques comme des troubles dont les manifestations premières sont mentales, indépendamment de leur cause organique ou psychologique. Les troubles non psychiatriques ayant comme manifestation première des symptômes et signes physiques.

Définition générale des troubles somatoformes

Dans le DSM-5, la notion de « troubles somatoformes » a été remplacée par celle de « troubles à symptomatologie somatique et apparentés ». Il s'agit des troubles mentaux dont la caractéristique principale est la prééminence de symptômes physiques associés à une détresse et à un handicap significatif.

Leur définition dans le DSM-IV a pu contribuer au fait que ces troubles sont souvent insuffisamment considérés en médecine non psychiatrique, notamment du fait que : – ils étaient surtout définis par l'absence de cause organique sous-jacente (notion désuète de symptômes dits « médicalement inexpliqués »), réduisant de fait l'hypothèse d'un mécanisme physiopathologique supposé (identifié ou non) dans le processus de définition d'une maladie,⁹ comme vu plus haut. Or des mécanismes

physiopathologiques sont de mieux en mieux identifiés (v. p. 207), permettant d'envisager des prises en charge innovantes (v. p. 221) ;

– ils étaient principalement définis par leurs symptômes et signes physiques, faisant de ces troubles mentaux des troubles un peu à part dans leur approche sémiologique, alors qu'une sémiologie mentale (cognitive, émotionnelle et comportementale) est désormais bien identifiée (v. *infra*).²

L'évolution de ces deux critères dans le DSM-5 (v. *infra*) situe plus clairement les troubles à symptomatologie somatique et apparentés dans le champ médical : symptômes physiques et mentaux, physiopathologie spécifique supposée partiellement identifiée, source de souffrance et de handicap important que la médecine ne peut ignorer.

Les troubles somatoformes dans le domaine non psychiatrique : « *splitting* » vs « *lumping* »

Les personnes ayant des « troubles à symptomatologie somatique et apparentés » au sens du DSM-5 se rencontrent cependant principalement en médecine générale et dans les services médicaux non psychiatriques. Il est important de noter que les médecins non psychiatres utilisent rarement la catégorie diagnostique du DSM et qu'un vocabulaire et des domaines de recherche spécifiques se sont créés dans chaque discipline confrontée à ces troubles qu'ils sont amenés à prendre en charge.

Chaque spécialité a ainsi décrit un (ou plusieurs) « syndrome somatique fonctionnel »^{3,10} qui, du fait de leur spécificité présumée et de leur sévérité psychiatrique

APPELLATION TRADITIONNELLE, HORS NOMENCLATURE DSM, DES PRINCIPAUX « TROUBLES À SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE NON SPÉCIFIÉS » OU « SYNDROME FONCTIONNEL SOMATIQUE » PAR SPÉCIALITÉ MÉDICALE NON PSYCHIATRIQUE	
Spécialité médicale	Appellation traditionnelle des syndromes fonctionnels somatiques
Gastroentérologie	Syndrome de l'intestin irritable ou colopathie fonctionnelle, dyspepsie non ulcéreuse
Gynécologie	Syndrome prémenstruel, algies pelviennes chroniques, vulvodynies
Rhumatologie	Fibromyalgie (ou syndrome polyalgique idiopathique diffus)
Cardiologie	Précordialgies à coronaires saines
Pneumologie	Syndrome d'hyperventilation, spasmophilie, tétanie normocalcémique
Immunologie	Syndrome de fatigue chronique
Neurologie	Céphalées de tension
Stomatologie	Syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur, glossodynies
Oto-rhino-laryngologie	Rhinite chronique non allergique
Allergologie	Intolérance environnementale idiopathique

Tableau 1.

moins grande que les troubles spécifiés dans le DSM, restent le plus souvent du domaine des spécialités non psychiatriques (**tableau 1**). La plupart de ces troubles peuvent entrer dans la catégorie des « troubles à symptomatologie somatique non spécifiée » du DSM, c'est-à-dire de troubles à symptomatologie somatique qui ne rencontrent pas entièrement les critères d'un trouble de cette catégorie diagnostique mais reste pour autant de vraies maladies nécessitant des prises en charge médicales spécifiques, par exemple en neurologie pour les crises non épileptiques psychogènes (**v. p. 214**), ou en gastroentérologie pour le syndrome de l'intestin irritable (**v. p. 219**).

La problématique n'est pas celle de l'appropriation du domaine des troubles somatoformes par le champ médical psychiatrique ou non psychiatrique, mais celle d'une logique de classification qui se situe entre une approche de regroupement des troubles (« *lumping* ») privilégiant leurs similitudes *versus* une approche de scission des troubles (« *splitting* ») privilégiant leurs différences.¹¹ Ces deux approches proviennent d'une dichotomie proposée par Darwin dans une lettre à Hooker en 1857 (« *It is good to have hair-Splitters & Lumpers* »).¹² D'une certaine façon, « *lumpers* » et « *splitters* » se retrouvent dans toute discipline qui cherche à catégoriser et à organiser des entités dans une classification. Un « *lumper* » soutient une approche inclusive assez large de nombreux sous-types, persuadé que les différences ne sont pas aussi fortes que les similitudes ; il s'agit de l'approche du DSM mais aussi de l'approche de l'Organisation mondiale de la santé qui retient le concept de « *bodily distress disorder* »³ (**tableau 2**). Un « *splitter* » soutient une approche plus spécifique des catégories, persuadé qu'il est important de créer des nouvelles catégories pour classer chaque sous-type en fonction de leurs différences ; il s'agit de l'approche par spécialité décrite dans le **tableau 1**, certaines spécialités ayant développé des critères de recherche diagnostique spécifiques et consensuels, comme c'est le cas pour la fibromyalgie¹³ ou le syndrome de l'intestin irritable.¹⁴

Il ne s'agit pas de trancher entre ces deux approches, et le choix entre ces deux modalités d'arrangement dépend surtout du niveau d'analyse auquel on positionne la classification : clinique, physiologique, pronostique, thérapeutique. Une position médiane (appelée « *fence-straddler* ») consiste alors à garder à l'esprit que « *lumpers* » et « *splitters* » ne peuvent se justifier sur des bases purement physiologiques et que les aspects pratiques de la clinique orientés vers le diagnostic, la thérapeutique et le pronostic sont des éléments essentiels dans la définition et l'organisation des troubles en médecine,⁸ l'essentiel étant l'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de ces troubles souvent sous-considérés en médecine. À ce titre, une approche centrée sur une dichotomie entre syndrome avec un seul symptôme somatique et syndrome avec plusieurs symptômes somatiques semble pertinente.^{3, 15}

CRITÈRES DU « *BODILY DISTRESS DISORDER* »

- 1** ≥ 3 symptômes d'au moins un des groupes suivants
 - **Activation neurovégétative/cardiovasculaire**
Palpitations/éréthisme cardiaque, précordialgie, essoufflement sans effort, hyperventilation, sueurs, bouche sèche
 - **Activation gastro-intestinale**
Douleurs abdominales, selles molles et fréquentes, sensations de ballonnement/de gaz/de distension, régurgitation, diarrhée, nausée, sensation de brûlure à la poitrine ou à l'épigastre
 - **Tension musculo-squelettique**
Douleurs aux bras ou aux jambes, douleurs musculaires, douleurs articulaires, sensations de parésie ou de faiblesse localisée, douleurs de dos, douleurs se déplaçant d'un endroit à un autre, sensations d'engourdissement ou de picotement désagréables
 - **Symptômes généraux**
Difficultés de concentration, altération de la mémoire, fatigue excessive, maux de tête, vertiges
- 2** Le patient a été handicapé par les symptômes (la vie quotidienne est affectée)
- 3** Les diagnostics différentiels pertinents ont été écartés

Tableau 2. Sévérité : > *bodily distress disorder* à un seul organe (léger à modéré) implique un ou deux des groupes de symptômes ; > *bodily distress disorder* multiorganes (sévère) implique trois ou quatre des symptômes groupes.

Évolutions entre DSM-IV et DSM-5

Entre le DSM-IV et le DSM-5, un certain nombre de modifications sont apparues dans l'organisation et la définition des troubles à symptomatologie somatique et apparentés. En dehors des enjeux purement nosographiques, il est important de comprendre les enjeux cliniques ayant conduit à ces changements.

Similarités et différences dans le cadre nosographique

Le cadre nosographique du DSM-5 s'est simplifié en réduisant le nombre de troubles dans la catégorie des troubles à symptomatologie somatique et apparentés, et cela dans l'objectif de favoriser son usage par les médecins non psychiatres. Ainsi, les troubles « somatisation », « douloureux » et « somatoformes indifférenciés », ainsi que l'hypocondrie en cas de symptômes physiques pénibles ou invalidants, sont désormais réunis dans le « trouble à symptomatologie somatique ». Lorsqu'elle n'est pas associée à des symptômes physiques pénibles ou invalidants en eux-mêmes, l'hypocondrie devient la « crainte excessive d'avoir une maladie » (**v. p. 205**).

TROUBLES SOMATOFORMES

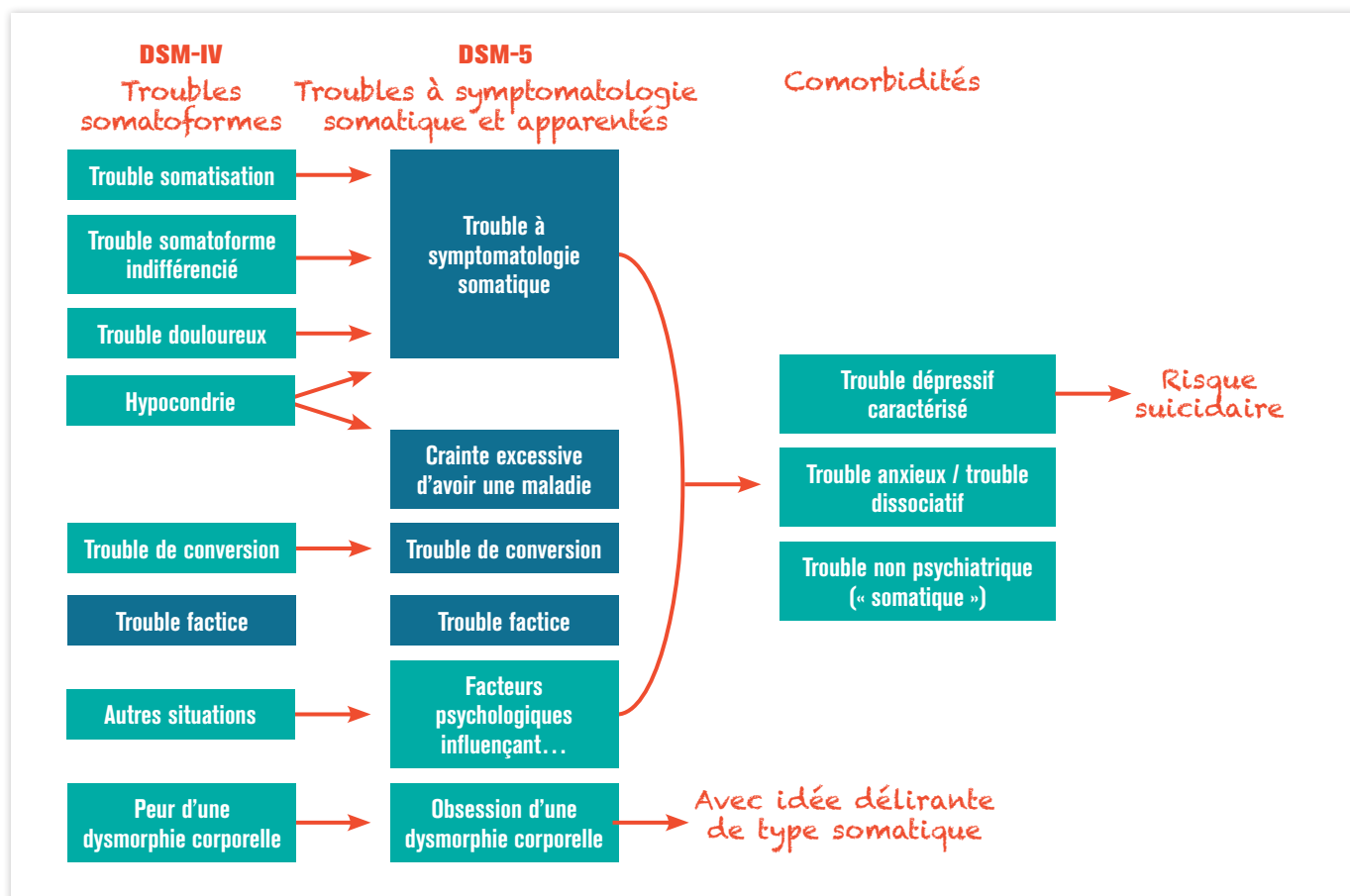


Figure 1. Organisation nosographique des troubles à symptomatologie somatique et apparentés.

« Facteurs psychologiques influençant » = « Facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales ». « Autres situations » = « Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique : facteurs psychologiques influençant une affection médicale ». L'hypocondrie tombe dans la catégorie « Trouble à symptomatologie somatique » en cas de symptômes physiques pénibles ou invalidants en eux-mêmes, dans la catégorie « Crainte excessive d'avoir une maladie » en l'absence de symptômes physiques pénibles ou invalidants.

Bien que leurs mécanismes soient tout à fait différents, la prééminence de la symptomatologie physique explique que le « trouble factice » et les « facteurs psychologiques influençant une autre affection médicale » rejoignent également le chapitre des « troubles à symptomatologie somatique et apparentés ». Il ne s'agit néanmoins pas à proprement parler de troubles somatoformes (*v. infra*). Par ailleurs, la peur d'une dysmorphie corporelle n'est plus considérée comme un trouble à symptomatologie somatique et apparentés mais intègre la catégorie des troubles obsessionnels compulsifs (*v. p. 205*) [fig. 1].

Deux évolutions majeures

La première évolution majeure proposée par le DSM-5 avec la notion de « trouble à symptomatologie somatique » est sémiologique, en remplaçant l'importance des manifestations mentales dans le cadre des critères permettant de définir un trouble à symptomatologie somatique.² Ce

point est important car il permet de repositionner de plein droit ces troubles dans le champ des troubles psychiatriques et de leur sémiologie cognitive, émotionnelle et comportementale. Ainsi ces troubles ne sont pas seulement décrits par la présence de symptômes et signes physiques mais par une sémiologie mentale « positive », c'est-à-dire des manifestations physiques associées à des pensées, des émotions et des comportements spécifiques, qu'il s'agit de décrire cliniquement, et qui permettent d'appréhender ces troubles médicalement de manière plus rigoureuse et efficiente, en évitant le caractère stigmatisant et désuet de « symptômes médicalement inexplicables ».

Le DSM-5 propose donc un décentrage des manifestations physiques, pour se refocaliser sur la manière dont ces manifestations sont vécues, exprimées, gérées par le patient.² Ce groupe de troubles se caractérise ainsi par une préoccupation marquée et une focalisation attentionnelle et émotionnelle sur son corps et les problèmes

somatiques. Des mécanismes cognitifs communs font intervenir, d'une part, une attention excessive portée aux sensations viscérales et somatiques (avec des vérifications corporelles excessives) et, d'autre part, l'attribution à ces sensations d'une signification menaçante en ce qui concerne leur retentissement futur sur la santé (éventuellement associée à des interprétations catastrophiques) [v. p. 209]. Ces interprétations dysfonctionnelles peuvent être favorisées par l'exposition récente ou ancienne à une maladie non psychiatrique, une dimension de personnalité anxieuse (névrosisme) ou alexithymique, c'est-à-dire ayant des difficultés à différencier son état émotionnel des sensations corporelles qui l'accompagnent et à exprimer de manière non somatique des états émotionnels désagréables. Les mécanismes comportementaux sont dominés par l'évitement, qui renforce les symptômes. L'évitement des symptômes implique notamment la multiplication des consultations et examens médicaux non psychiatriques, qui ont du coup un effet non réassurant et renforçant sur les symptômes. Enfin, des mécanismes sociaux peuvent renforcer les symptômes, le statut de malade et l'attention d'autrui induits par les symptômes somatiques, pouvant favoriser un mode d'interaction sociale qui procure, d'une certaine façon, aux patients des stratégies adaptatives pour obtenir le soutien des autres face à la détresse et au handicap généré par le trouble.

Deuxième évolution majeure, avec la notion de « trouble à symptomatologie somatique », l'absence de maladie non psychiatrique pouvant expliquer les symptômes physiques n'est plus un critère nécessaire pour qualifier ces troubles qui sont bien souvent comorbides d'un trouble médical non psychiatrique, comme par exemple le lien fort qui existe entre épilepsie et crises non épileptiques psychogènes (v. p. 214). Le trouble médical non psychiatrique peut notamment favoriser un trouble à symptomatologie somatique, par exemple en focalisant l'attention du sujet sur certaines sensations corporelles ou en leur conférant une signification potentiellement menaçante. La présence d'un diagnostic médical non psychiatrique n'exclut donc absolument pas la possibilité d'un trouble à symptomatologie somatique comorbide.

Les différents troubles à symptomatologie somatique du DSM-5

Il est présenté ici les critères pour les trois principaux troubles décrits dans le DSM-5, héritiers des troubles somatoformes du DSM-IV. Les formes monosymptomatiques ou moins sévères sont décrites dans le **tableau 1**. Attention toutefois à ne pas négliger la fréquente comorbidité de ces formes considérées comme spécifiques. Il faut garder à l'esprit également que le diagnostic suivant les systèmes nosographiques, que ce soit le DSM-5² ou des systèmes critériologiques de spécialités non psychiatriques,^{13,14} n'est que la première étape du raisonnement diagnostique, qui doit également décrire :¹⁶

CRITÈRES DSM-5 POUR UN TROUBLE À SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE

A	Un ou plusieurs symptômes somatiques cause de détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne
B	Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou à des préoccupations sur la santé suscités par ces symptômes, se manifestant par au moins un des éléments suivants : 1. pensées persistantes et excessives concernant la gravité de ses symptômes ; 2. persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes ; 3. temps et énergie excessifs dévolus à ses symptômes ou aux préoccupations concernant la santé.
C	Bien qu'un symptôme somatique donné puisse ne pas être continuellement présent, l'état symptomatique est durable (typiquement plus de 6 mois)

Tableau 3.

- le type, l'emplacement, la sévérité, et la durée des symptômes ;
- les troubles psychiatriques et non psychiatriques comorbides ;
- les dimensions de personnalité et les représentations des patients et de l'entourage ;
- les antécédents de traitement (avec leurs efficacités et effets négatifs indésirables) ;
- les répercussions (qualité de vie, invalidité, utilisation des soins de santé, coûts des soins de santé) ;
- les représentations du patient concernant ses symptômes, la maladie et les facteurs favorisants, déclenchants ou pérennisants (v. p. 209).

Trouble à symptomatologie somatique

Ce trouble se caractérise par des pensées (avec anticipation des conséquences interprétées comme potentiellement catastrophiques), des émotions anxieuses (avec soucis, préoccupations, inquiétudes sur la santé) et des comportements (consultations, etc.) au sujet de signes et de symptômes somatiques qui sont mésinterprétés comme relevant exclusivement d'une maladie non psychiatrique potentiellement grave. Leur prévalence est d'environ 5 à 7 %. Les troubles décrits dans le **tableau 1** peuvent être considérés comme faisant partie des troubles à symptomatologie somatique lorsqu'ils remplissent les critères décrits dans le **tableau 3**. Lorsqu'ils ne remplissent pas ces critères, on parle de troubles à symptomatologie somatique non spécifié, ou plus généralement de « syndrome somatique fonctionnel »,³ mais cela ne les exclut pas du champ médical, et leur prise en charge reste bien sûr nécessaire, bien que leurs niveaux de sévérité et de durée soient moins importants que les

TROUBLES SOMATOFORMES

CRITÈRES DSM-5 POUR UNE CRAINTE EXCESSIVE D'AVOIR UNE MALADIE

A	Préoccupations concernant le fait d'avoir ou de développer une maladie grave
B	Les symptômes somatiques sont absents ou, s'ils sont présents, ils sont d'intensité mineure. Si un autre problème médical est présent ou en cas de risque notable de développement d'une affection médicale (p. ex. du fait de la présence d'antécédents familiaux importants), la préoccupation est clairement excessive ou disproportionnée
C	Il existe un degré important d'anxiété concernant la santé, et la personne s'inquiète facilement de son état de santé personnel
D	La personne a des comportements excessifs par rapport à sa santé (p. ex. effectue des vérifications répétées de son corps à la recherche de signe d'une maladie) ou a un évitement inadapté (p. ex. évite les rendez-vous médicaux et les hôpitaux)
E	Les préoccupations concernant la maladie sont présentes depuis au moins 6 mois, mais la nature de la maladie qui est spécifiquement anticipée peut avoir changé durant cette période de temps
F	La préoccupation relative aux maladies n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental tel qu'un trouble à symptomatologie somatique, un trouble panique, une anxiété généralisée, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble obsessionnel compulsif ou un trouble délirant à type somatique

Tableau 4.

CRITÈRES DSM-5 POUR UN TROUBLE DE CONVERSION (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle)

A	Un ou plusieurs symptômes d'altération de la motricité volontaire ou des fonctions sensorielles
B	Les données cliniques démontrent l'incompatibilité entre les symptômes et une affection neurologique médicale reconnue
C	Les symptômes ou les handicaps ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble médical ou mental
D	Le symptôme ou le handicap entraîne une détresse ou une altération clinique significative dans le domaine du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou nécessite une évaluation médicale <ul style="list-style-type: none"> - avec faiblesse ou paralysie - avec mouvements anormaux - avec des symptômes de déglutition - avec des troubles de l'élocution - avec attaque aux crises épileptiformes - avec anesthésie ou perte sensorielle - avec symptômes sensoriel spécifique

Tableau 5.

troubles à symptomatologie somatique spécifiés par les critères du [tableau 2](#). Il faut spécifier si le trouble à symptomatologie somatique est avec douleur prédominante (ancien trouble douloureux chronique du DSM-IV).

Crainte excessive d'avoir une maladie

Ce trouble se caractérise par des pensées (avec anticipation de l'apparition d'une maladie grave), des émotions anxieuses (avec soucis, préoccupation, inquiétude sur la santé) et des comportements (consultations, etc.) en l'absence de signes et de symptômes physiques pénibles ou invalidants par eux-mêmes. Leur prévalence est d'environ 3 à 8 %. Ce trouble est mieux défini et plus restreint que le concept d'hypocondrie ([v. p. 205](#)). Les critères de ce trouble sont présentés dans le [tableau 4](#). Il faut spécifier si le trouble est à « type de demande de soins » ou « type évitant les soins ».

Trouble de conversion

Ce trouble se caractérise par un ou des déficits moteurs ou sensoriels inexpliqués qui suggèrent la présence d'un trouble neurologique ou d'un trouble médical autre. Ce trouble se caractérise moins que les autres troubles à symptomatologie somatique et apparentés par des pensées, des émotions anxieuses ou des comportements spécifiques. Des facteurs de stress peuvent être retrouvés mais pas nécessairement. La caractéristique de ces troubles est qu'ils sont plus associés à des mécanismes de dissociation qu'à des cognitions, émotions et comportements anxieux. La dissociation associe des symptômes de déréalisation (expérience d'un détachement et d'être devenu un observateur extérieur du monde) et de dépersonnalisation (expérience d'un détachement et d'être devenu un observateur extérieur de soi). Ces phénomènes seraient impliqués dans la physiopathologie de ces troubles ([v. p. 207](#)). Ils n'ont cependant pas été listés dans les critères de définition, et l'examen neurologique rigoureux permettant de clairement indiquer l'incompatibilité de la sémologie avec une maladie neurologique est indispensable. Dans le cadre des crises non épileptiques psychogènes, un électroencéphalogramme montrant l'absence d'activité épileptiforme pendant l'apparition de la symptomatologie est nécessaire ([v. p. 214](#)) mais n'exclut bien sûr pas une comorbidité épileptique. La prévalence des troubles de conversion est d'environ 5 % des consultations en neurologie. Les critères de ce trouble sont présentés dans le [tableau 5](#). L'appellation de ces troubles préconisée dans le DSM-5 est « trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle », le terme de conversion faisant référence à une hypothèse étiopathogénique historiquement datée.

Autres troubles

Les « facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales » concernent des facteurs psychologiques (notamment par les facteurs de stress) qui influencent négativement le cours évolutif d'une maladie. Il s'agit de la définition des troubles dit « psychosoma-

TROUBLES SOMATOFORMES

tiques » caractérisés par un diagnostic médical non psychiatrique établi (p. ex. maladie coronarienne, asthme, ulcère gastroduodénal) et la contribution, généralement partielle, de facteurs psychologiques à leur survenue ou à leur pronostic.¹⁷

Le « trouble factice », ou pathomimie, et dans le cadre duquel entre le syndrome de Münchhausen, concerne une simulation, fabrication, induction, exagération délibérée de symptômes physiques ou psychologiques de manière à assumer le rôle de malade (v. p. 209). Il faut distinguer deux formes de ce trouble : le trouble factice auto-induit, et le trouble factice imposé à autrui (dit « par procuration ») qui survient quand la personne présente une autre personne comme malade, classiquement un enfant par l'un de ses parents. Le trouble factice doit être distingué du trouble de simulation qui consiste aussi en une simulation délibérée de symptômes physiques ou psychologiques mais non pas dans le but d'assumer le rôle de malade, mais dans celui d'un gain personnel (évitement d'une responsabilité, obtention de compensation financière ou de médicaments, etc.). Ces troubles sont rares.

Quelques points de confusion potentielle à clarifier

En dehors des organisations nosographiques décrites ci-dessus, les classifications en psychiatrie permettent de soulever des questionnements cliniques importants et notamment de clarifier des points de potentielle confusion entourant les troubles à symptomatologie somatique et apparentés.

Comorbidité anxieuse et dépressive

Les troubles anxieux et dépressifs sont fréquemment comorbides des troubles à symptomatologie somatique et apparentés. Ils sont à différencier de l'anxiété ou de la tristesse comme symptômes isolés et ne doivent pas être considérés par défaut comme la « conséquence psychologique » des symptômes physiques, ni ces derniers comme l'expression d'un trouble anxieux ou dépressif « masqué ». La notion de comorbidité doit être utilisée si les critères pour les deux troubles sont remplis.

Une difficulté est que l'anxiété et les troubles anxieux peuvent conduire à des signes et symptômes physiques de type sympathique (palpitations, tachypnée, douleur/gêne thoracique, sensation d'étranglement, nausée, vertige, paresthésie, tremblements, secousses musculaires, bouffées de chaleur). Par ailleurs, certains mécanismes cognitifs, émotionnels et comportementaux (conditionnements, évitement, etc.) sont communs aux troubles anxieux et à certains troubles à symptomatologie somatique (v. p. 205).

De même, les troubles dépressifs caractérisés peuvent comporter certains symptômes physiques (p. ex. douleurs non systématisées) dont certains font partie des critères diagnostiques de dépression (asthénie, anorexie, perte de poids, troubles du sommeil). Ils sont à différen-

Facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales

Facteurs psychologiques

Détresse psychologique, stratégie d'ajustement inadaptée ou comportement de santé inadapté, etc.



Maladie

Troubles de l'adaptation à une maladie

Maladie

comme facteur de stress



Détresse psychologique

symptômes d'anxiété, dépressifs, etc.

Figure 2. Distinction entre les facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales et les troubles de l'adaptation à une maladie.

cier des symptômes des troubles à symptomatologie somatique par l'association avec des symptômes d'humeur dépressive et d'anhédonie et leur chronologie. Si, en revanche, les symptômes somatiques préexistaient ou persistent après rémission des symptômes thymiques, alors un diagnostic comorbide peut être posé. L'association des troubles à symptomatologie somatique et apparentés avec un trouble dépressif caractérisé est fréquent et augmente le risque suicidaire (fig. 1).

Troubles à symptomatologie somatique et troubles factices

Bien que les troubles factices soient inclus dans la catégorie des troubles à symptomatologie somatique et apparentés du fait de leur présentation clinique, ils ne doivent clairement pas être assimilés à un « trouble à symptomatologie somatique » au sens du DSM-5. Un enjeu crucial de la prise en charge des personnes souffrant d'un trouble à symptomatologie somatique est précisément la reconnaissance du caractère non volontaire des troubles indispensable à l'instauration d'une relation de confiance et d'une alliance thérapeutique de qualité (v. p. 209). On ne peut que regretter ici que le regroupement opéré par le DSM-5 n'ait pas pris en compte le risque d'amalgame entre symptômes somatiques fonctionnels et simulation ou trouble factice.

Troubles à symptomatologie somatique et facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales

Bien que les facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales soient inclus dans la catégorie des troubles à symptomatologie somatique et apparentés, ils doivent clairement être eux aussi considérés comme des troubles différents. Les troubles à symptomatologie somatique et apparentés ne sont pas des troubles psychosomatiques : si les symptômes physiques sont imputés à un trouble à symptomatologie somatique, c'est sans cause organique identifiable (v. supra).

MOTS-CLÉS

troubles somatoformes, troubles à symptomatologie somatique et apparentés, syndromes somatiques fonctionnels.


KEYWORDS

somatoform disorders, somatic symptom disorder and related disorders, bodily distress disorder, functional somatic syndromes.

TROUBLES SOMATOFORMES

Cependant, il faut noter que le niveau d'anxiété et de stress psychologique dans les troubles à symptomatologie somatique et apparentés (comme d'ailleurs dans de nombreux troubles psychiatriques) peut favoriser l'apparition de certaines maladies non psychiatriques¹⁷ (fig. 2). Par ailleurs, les maladies non psychiatriques peuvent être un facteur de stress important, dépassant les capacités d'ajustement du sujet à la situation, et conduire à des symptômes anxieux et/ou dépressifs. Il peut alors être posé le diagnostic de trouble de l'adaptation comorbide d'une maladie non psychiatrique (fig. 2).

AVOIR UNE APPROCHE RIGOUREUSE

L'étape initiale à toute approche médicale de la souffrance est une clarification des enjeux de la définition du normal et du pathologique et de l'organisation des différentes catégories nosographiques entre elles. La terminologie nosographique internationale reste encore variable et parfois complexe et devra donc être adaptée aux représentations du patient. Ces aspects nosographiques sont la condition d'une approche rigoureuse en médecine et d'une relation avec le patient qui soit utile à la compréhension et au soulagement de sa souffrance (v. p. 209). 

RÉSUMÉ DÉFINITION DES TROUBLES SOMATOFORMES : ENTRE SYMPTÔMES PHYSIQUES ET SYMPTÔMES MENTAUX

Les troubles somatoformes, considérés comme des troubles mentaux par la nosographie psychiatrique, sont particulièrement fréquents, mais surtout rencontrés dans le contexte des consultations médicales non psychiatriques. L'absence de cause organique identifiable pour ces maladies fait souvent sous-estimer leur retentissement, voire douter de leur existence. Il s'agit pourtant de troubles à part entière, avec un impact majeur sur la qualité de vie et les activités des sujets en souffrant et avec des mécanismes accessibles à la thérapeutique. Si la nosographie psychiatrique contemporaine privilégie une approche unitaire (« troubles à symptomatologie somatique et apparentés » du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, « *bodily distress disorder* » de l'Organisation mondiale de la santé), chaque spécialité a décrit un ou plusieurs « syndromes somatiques fonctionnels » qui, du fait

de leur spécificité présumée et de leur sévérité psychiatrique moins grande, restent le plus souvent du domaine des spécialités non psychiatriques. Dans cet article est présentée l'étape initiale à toute approche médicale de la souffrance : une clarification des enjeux de la définition du normal et du pathologique et de l'organisation des différentes catégories nosographiques entre elles. Ces aspects nosographiques sont la condition d'une approche rigoureuse en médecine et d'une relation avec le patient qui soit utile à la compréhension et au soulagement de sa souffrance.

SUMMARY DEFINITION OF SOMATOFORM DISORDERS: SOMATIC SYMPTOMS OR MENTAL SYMPTOMS?

Somatoform disorders, which used to be considered as mental disorders, are frequent, especially in the context of non-psychiatric medical consultations. The absence of an identifiable organic cause for these disorders often leads clinicians to underestimate their harmful

consequences or even challenge their validity as disease. However, they are real disorders that may have a major impact on the quality of life and functional outcomes of the subject and whose mechanisms can be targeted by therapeutic interventions. Although psychiatric classifications support a unitary approach (i.e. the "somatic symptom disorder and related disorders" of the American Psychiatric Association's DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - or the "bodily distress disorder" of the World Health Organization), each non-psychiatric specialty has described some "functional somatic syndromes", which are deemed more specific and less severe regarding psychiatric severity, and thus more often remain in the field of non-psychiatric specialties. In this article, we have presented the initial stage of any medical approach of suffering: a clarification of the issues involved in the delimitation of the normal and the pathological, and the organization of the different categories between them. These nosographic aspects are the condition of a rigorous approach in medicine, and of a relationship with the patient that is useful to understand and relieve his or her genuine suffering.

RÉFÉRENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th ed, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th ed, Text Revision (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
3. Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychosom Med* 2018;87:12-31.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 3rd ed, (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
5. American Psychiatric Association. DSM-III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson, 1986.
6. Micoulaud Franchi JA, Quiles C, Falissard B. Commentaire du texte de Spitzer et Endicott 1978: « Troubles médicaux et mentaux : proposition d'une définition et de critères », un article clé du débat sur la nosographie psychiatrique. *Ann Med Psychol* 2018;176:678-85.
7. Wakefield J. Le concept de trouble mental. A la frontière entre faits biologiques et valeurs sociales. In: Giroux E, Lemoine M, editors. Philosophie de la médecine, Santé, Maladie, Pathologie. Paris: Vrin, 2012:127-76.
8. Wakefield JC. The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol* 1992;47:373-88.
9. Micoulaud Franchi JA, Quiles C, et al. Making psychiatric semiology great again: a semiologic, not nosologic challenge. *Encéphale* 2018;44:343-53.
10. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999;130:910-21.
11. Micoulaud Franchi JA, Guichard K, Bioulac S, Philip P. Retour vers la première classification diagnostique des troubles du sommeil et de l'éveil. Les enjeux passés toujours d'actualité ? *Med Sommeil* 2018;15:151-66.
12. Darwin C. Letter no. 2130. Darwin Correspondence Project, 1857.
13. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62:600-10.
14. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: what's new for Rome IV? *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2016;1:6-8.
15. Witthoft M, Hiller W, Loch N, Jasper F. The latent structure of medically unexplained symptoms and its relation to functional somatic syndromes. *Int J Behav Med* 2013;20:172-83.
16. Rief W, Burton C, Frostholm L, et al. Core outcome domains for clinical trials on somatic symptom disorder, bodily distress disorder, and functional somatic syndromes: European Network on Somatic Symptom Disorders Recommendations. *Psychosom Med* 2017;79:1008-15.
17. Lemogne C, Consoli S. La psychiatrie de liaison. In: Lemogne C, Cole P, Consoli S, Limosin F, editors. Médecine psychosomatique. Paris: Lavoisier, 2018:60-71.

Hypocondrie : souci excessif pour sa santé ou trouble à symptomatologie somatique ?

Évolution nosographique de l'hypocondrie

Le *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* (DSM) est le système de classification le plus traditionnellement utilisé en psychiatrie. Sa 5^e version (DSM-5) a été publiée en 2013, et un certain nombre de modifications ont été réalisées notamment pour la catégorie des troubles somatoformes désormais appelée « troubles à symptomatologie somatique et apparentés ». Le trouble hypocondrie a disparu du DSM-5 et est désormais remplacé par la « crainte excessive d'avoir une maladie ». En dehors des enjeux purement nosographiques, ces changements soulèvent des questionnements sur l'approche et la compréhension clinique de ces troubles qui sont essentiels pour décrire leur sémiologie de manière rigoureuse et pertinente. L'objectif de cet article est de présenter ces enjeux cliniques.

Hypocondrie dans le DSM-IV

Dans le DSM-IV, l'hypocondrie se définit comme une préoccupation centrée sur la crainte ou sur l'idée d'être atteint d'une maladie physique, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques en lien avec les manifestations du fonctionnement du corps. Le sujet peut admettre la possibilité qu'il soit exagérément préoccupé par la maladie redoutée ou qu'il n'est pas atteint de maladie, ce qui distingue cette symptomatologie d'une idée délirante. Le critère important dans le DSM-IV est l'interprétation de symptômes physiques et l'absence de maladie physique pouvant expliquer les symptômes.

Un deuxième trouble proche est présent dans le DSM-IV, appartenant

également à la catégorie des troubles somatoformes : la « peur d'une dysmorphie corporelle ». Il s'agit d'une préoccupation concernant un défaut imaginaire ou amplifié de l'apparence physique. Contrairement à l'hypocondrie, les craintes ne sont pas centrées sur une maladie physique mais sur une apparence physique. Ces craintes peuvent prendre le caractère d'idée délirante, et on parle alors de trouble délirant à type somatique associé à la « peur d'une dysmorphie corporelle ».

Hypocondrie dans le DSM-5

Dans le DSM-5, l'hypocondrie est remplacée par le concept de « crainte excessive d'avoir une maladie ». Les symptômes principaux sont : une pensée liée à la préoccupation de développer une maladie physique, une émotion liée à l'anxiété concernant la santé, et des comportements liés à ces pensées et émotions (comme des demandes d'examen médicaux, etc.). L'emphase du DSM-5 ne porte donc plus principalement sur l'interprétation de symptômes physiques et l'absence de maladie physique, mais sur les pensées anxieuses.

La « peur d'une dysmorphie corporelle » change de catégorie et appartient désormais à la catégorie des troubles obsessionnels compulsifs et apparentés. Elle devient « obsession d'une dysmorphie corporelle ». La préoccupation concernant l'apparence physique est considérée comme une obsession, et des compulsions diverses existent en réponse à l'obsession. L'intensité de l'obsession peut être telle que le sujet est convaincu de l'existence de la dysmorphie, et on considère alors que la « peur d'une dysmorphie corporelle » est associée à des idées délirantes.

Enjeux cliniques des définitions nosographiques de l'hypocondrie

Les rappels nosographiques ci-dessus doivent être mis en perspective avec les enjeux sémiologiques et de description clinique de ces troubles.

Clarification sémiologique de l'hypocondrie

L'évolution du concept d'hypocondrie nécessite de clarifier un certain nombre de termes sémiologiques clés utilisés en psychiatrie.

Une idée délirante est une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Les préoccupations, soucis, inquiétudes, idées phobiques ou idées obsessionnelles ne sont pas des idées délirantes car le sujet perçoit le caractère disproportionné de cette idée vécue émotionnellement comme anxieuse.

Un souci/inquiétude/préoccupation est une pensée anxieuse (émotion anxieuse intense directement associée à l'idée) concernant une situation d'incertitude à venir liée à la santé, à des relations familiales ou amicales, au travail ou à l'argent. Un souci est à distinguer d'une idée phobique, qui est une pensée anxieuse concernant un objet réel ou une situation bien présente comme un animal, un environnement naturel (hauteur, etc.), un moyen de transport (avion, etc.), un acte médical (prise de sang, etc.). Ainsi, dans la « crainte excessive d'avoir une maladie », la sémiologie semble bien plus celle d'un souci concernant la situation d'incertitude que représente la santé à venir qu'une phobie spécifique.

JEAN-ARTHUR
MICOULAUD-
FRANCHI*,
CLÉLIA QUILÈS**

* Service d'explorations fonctionnelles du système nerveux, clinique du sommeil, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France.
USR CNRS 3413 SANPSY, CHU Pellegrin, université de Bordeaux, France

** Centre hospitalier Charles-Perrons, pôle universitaire de psychiatrie adulte, Bordeaux, France.
Université de Bordeaux, Bordeaux, France

jarthur.micoulaud@gmail.com

J.-A. Micoulaud-Franchi déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

C. Quilès déclare avoir des liens durables ou permanents avec l'entreprise EdiPsy, des liens ponctuels avec Janssen, et avoir été prise en charge, à l'occasion de déplacement pour congrès, par Janssen et Lundbeck.

TROUBLES SOMATOFORMES

Troubles à symptomatologie somatique

Symptômes somatiques

douleurs, fatigue, etc.

Troubles anxieux

Pensées, émotions, comportements

reliés à un souci/inquiétude ou une idée phobique

Pensées, émotions, comportements excessifs
liés aux symptômes somatiques

Symptômes somatiques d'anxiété
sympathiques et hyperactivité neurovégétative

Figure. Place de la priorité des symptômes somatiques dans les troubles à symptomatologie somatique et les troubles anxieux.

Le sens de la flèche n'indique pas un lien chronologique dans la pathogenèse du trouble, mais les symptômes à considérer au premier plan dans l'approche sémiologique clinique.

Une obsession est une idée intrusive récurrente reconnue comme inappropriée par le sujet. Elle est vécue comme désagréable. La compulsion est un comportement ou acte mental répétitif en réponse à une obsession et vient soulager le caractère désagréable de celle-ci. Ainsi dans la « dysmorphie corporelle », la sémiologie est bien plus celle d'une obsession que d'une phobie spécifique étant donné le caractère non nécessairement présent du défaut de l'apparence physique (souvent imaginaire). Cela explique le changement de catégorie nosographique dans le DSM-5, et le positionnement de ce trouble dans le cadre des troubles obsessionnels compulsifs et apparentés.

Compréhension clinique du cadre nosographique

Cette clarification de sémiologie amène à soulever la question de la place de la « crainte excessive d'avoir une maladie » comme trouble à expression somatique et apparentés plutôt que comme troubles anxieux. D'ailleurs, l'introduction de la section dédiée du DSM-5 soulève ce point et souligne que la crainte excessive d'avoir une maladie pourrait être considérée dans les troubles anxieux. Leur justification est que la crainte excessive d'avoir une


maladie est le plus souvent reconnue dans un environnement médical non psychiatrique, comme le sont la plupart des troubles à expressions somatiques, à la différence des troubles anxieux reconnus plutôt dans un environnement médical psychiatrique, et que d'un point de vue pratique, il est plus cohérent de conserver la crainte excessive d'avoir une maladie dans les troubles à expressions somatiques.

Pourtant, d'un point de vue sémiologique, la « crainte excessive d'avoir une maladie » correspond mieux à un trouble anxieux.

En effet, les troubles à expressions somatiques sont des troubles qui comportent au premier plan du tableau clinique des symptômes somatiques (comme la douleur ou autres) associés à des pensées, des émotions, des comportements liés à ces symptômes somatiques. À l'inverse, les troubles anxieux peuvent être associés à des symptômes somatiques d'anxiété (signes sympathiques comme palpitation, tachycardie, tachypnée, vertige, paresthésie, hypersudation, etc. et signes d'hyperactivité neurovégétative), mais les symptômes au premier plan sont des pensées, des émotions, des comportements en lien avec le souci/inquiétude/préoccupation ou l'idée phobique spécifique.

L'ordre de priorité clinique est donc inversé (v. figure). À ce titre, la « crainte excessive d'avoir une maladie » pourrait être plutôt considérée comme un trouble anxieux généralisé spécifique. Bien que cette catégorie n'existe pas en soi, elle semble très pertinente pour la compréhension de ce trouble. Le trouble anxieux généralisé est un trouble fréquent, concernant environ 4 % de la population générale, caractérisé par des idées anxieuses de souci et d'inquiétude excessive, ayant comme thème un danger pouvant survenir dans l'avenir, concernant des situations d'incertitude. C'est un trouble qui concerne plusieurs situations d'incertitude et pas uniquement la santé. Il s'y associe des signes d'hyperactivité neurovégétative, un état d'alerte permanent, et des comportements de type pseudoprévoyance (pour prévenir le danger hypothétique). Dans ce contexte, la « crainte excessive d'avoir une maladie » pourrait être considérée comme un trouble anxieux généralisé centré sur la situation d'incertitude représentée par sa propre santé.

MIEUX COMPRENDRE LES PATIENTS

En dehors des enjeux nosographiques parfois un peu arides, les évolutions des classifications en psychiatrie permettent de soulever des questionnements cliniques importants. L'évolution du concept d'hypocondrie a permis ainsi de mieux spécifier et aborder de manière rigoureuse et pertinente la phénoménologie des sujets souffrant de ces troubles. Cette meilleure caractérisation sémiologique s'accompagne d'une meilleure compréhension de ces patients, condition nécessaire pour éviter le sentiment souvent rapporté par les patients d'être insuffisamment pris au sérieux par le corps médical, si ce n'est rejetés, et renvoyés à des examens paramédicaux considérés comme normaux. La première étape de compréhension médicale de leur trouble proposé dans cet article est ainsi l'étape primordiale pour orienter vers une prise en charge spécifique de l'hypocondrie centrée sur les pensées, émotions et comportements en lien avec le souci relié à la santé. 

Apport de la recherche dans les troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle

Les troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle, ou trouble de conversion, se caractérisent par un ou des déficits moteurs ou sensoriels inexpliqués qui suggèrent la présence d'un trouble neurologique ou d'un trouble médical autre. Des facteurs de stress peuvent être retrouvés mais pas nécessairement (v. p. 195).

Quel est l'apport de la recherche dans la prise en charge des troubles neurologiques fonctionnels ? Les différentes études rapportées dans la littérature scientifique peuvent nous servir de supports afin d'expliquer au mieux la pathologie au patient. Cette explication est la première étape, essentielle pour une bonne compréhension et acceptation du diagnostic, ainsi qu'une bonne adhésion au traitement (v. p. 209).

Ce n'est pas de la simulation

Le fonctionnement cérébral en imagerie fonctionnelle par résonance magnétique (IRMf) de patients atteints d'un déficit moteur fonctionnel est différent de celui de sujets sains (contrôles) devant simuler un même déficit.¹ Les patients, comme les sujets du groupe « contrôle », ont une activation moins intense du cortex moteur controlatéral au membre atteint par rapport au membre sain. En revanche, les patients se distinguent des sujets du groupe « contrôle » par la présence d'une activation plus complexe avec : une activation des ganglions de la base, de l'insula, du gyrus lingual et du cortex frontal inférieur ; une hypoactivation du gyrus frontal médian droit et du cortex orbitofrontal ; et une activation de l'aire motrice supplémentaire controlatérale lors du mouvement du membre atteint par rapport au membre sain. La différence entre paralysie fonctionnelle et paralysie feinte a été

confirmée en tomographie à émission de positrons (TEP) avec un hypofonctionnement du cortex préfrontal dorsolatéral gauche chez les patients et un hypofonctionnement du cortex préfrontal droit chez les contrôles, sans aucune influence de la latéralisation des symptômes.²

C'est une « vraie maladie », liée à un dysfonctionnement cérébral et non à une lésion

Afin de parvenir au diagnostic, certains patients ont bénéficié de nombreux examens cliniques (consultations de plusieurs spécialistes) et de nombreux examens paracliniques. La normalité de tous les examens est très déstabilisante pour le patient, comme pour l'entourage. Les différentes études en IRMf permettent d'expliquer au patient que ses symptômes ne sont pas liés à une lésion, mais à un dysfonctionnement cérébral, car les études mettent en évidence une hypoactivation des aires corticales primaires correspondant au déficit : aires visuelles primaires dans les baisses d'acuité visuelle fonctionnelles,³ aires motrices primaires dans les paralysies fonctionnelles,^{4, 5} aires sensitives primaires dans les anesthésies fonctionnelles.^{6, 7} Plusieurs mécanismes ont été évoqués :

- l'inhibition excessive du mouvement normal par un réseau préfronto-cingulaire. Lors d'un mouvement attendu du membre paralysé, une hypoactivation du cortex moteur controlatéral associée à une activation du cortex orbitofrontal et cingulaire antérieur controlatéral a été mise en évidence en TEP ;⁵
- l'incapacité d'initier normalement un mouvement interne, avec l'hypoactivation chez les patients du cortex préfrontal dorsolatéral gauche, région spécifiquement activée chez les sujets sains lors de la génération interne de l'action ;²

– les choses sont peut-être plus complexes, et les deux hypothèses ne sont pas exclusives.⁷

C'est fréquent

Les études épidémiologiques montrent qu'environ 5 % des nouveaux patients vus en consultation neurologique ont des troubles à symptomatologies neurologiques fonctionnels.⁸ Malheureusement, le diagnostic est parfois porté après plusieurs mois, voire plusieurs années. Cette errance diagnostique peut suggérer au patient qu'il s'agit d'une maladie très rare, donc peu connue et possiblement sans traitement.

C'est souvent lié aux émotions ou au stress

Les études trouvent des facteurs déclenchants à type de stress, facteur émotionnel ou événement de vie douloureux (professionnel, familial, scolaire...). Certains patients ont du mal à imaginer que leurs émotions ou leurs stress puissent retentir sur leur corps. Pourtant, les recherches montrent une hyperactivité retrouvée en TEP des aires orbitofrontale et cingulaire antérieure, régions impliquées dans les émotions, qui pourrait venir inhiber le cortex moteur et être la cause d'une « inhibition inconsciente » du mouvement.⁵

Ce n'est pas de la « folie », mais il est nécessaire de consulter un psychiatre et/ou un psychologue

Les études montrent qu'il est important de rechercher une comorbidité psychiatrique : un trouble dépressif caractérisé et un trouble anxieux, qui sont les troubles psychiatriques les plus fréquemment associés. Le psychiatre va essayer d'identifier les facteurs prédisposants (qui sont souvent des événements traumatiques récents ou an-

NATHALIE CHASTAN

Service de neurophysiologie, CHU de Rouen, Rouen, France. Université de Normandie, UNICAEN, INSERM U1075, Caen, France

nathalie.chastan@chu-rouen.fr

N. Chastan déclare des liens ponctuels avec Eisai, UCB Pharma.

