



## DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

**Quelles différentes entités cliniques se cachent derrière les termes génériques de « somatisation » et de « trouble fonctionnel » ? Une question cardinale pour la thérapeutique****What different clinical entities are hiding behind the generic terms somatisation and functional disorder? A crucial issue for therapeutics**

Yann Auxéméry

*Service de psychiatrie, hôpital militaire Legouest, 27, avenue de Plantières, BP 90001, Metz cedex 3, France*

Reçu le 25 mars 2013 ; accepté le 5 juillet 2013

Disponible sur Internet le 29 avril 2014

**Résumé**

Les termes de « somatisation » et de « trouble fonctionnel » sont régulièrement usités de manière générique pour tenter de rendre compte de cadres syndromiques et étiopathogéniques en réalité très différents mais qui se rejoignent sur un point : la plainte du patient n'est pas objectivée par l'examen clinique ou les investigations complémentaires. Alors, une origine psychogène des troubles est suspectée. Mais le médecin somaticien reste souvent seul dans l'accueil de ces patients qui refusent spontanément de rencontrer un psychiatre ou un psychologue. Nous aborderons dans ce travail les notions de conversion, d'hypocondrie, de symptôme somatique fonctionnel, de manifestation somatique anxiodépressive et de trouble psychosomatique, dans le but de dégager leurs caractéristiques cliniques spécifiques. Pour chaque entité nosographique, nous nous intéresserons à leur description clinique précise, aux hypothèses étiopathogéniques, aux diagnostics différentiels et enfin aux traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Abstract**

The terms "somatisation" and "functional disorder" are commonly used generically and inappropriately in an attempt to explain syndromic and etiopathogenic contexts which are in reality very different but concur on one point: the grievance of the patient is not objectified by the clinical examination or the additional investigations. Disorders of psychogenic origin are thus suspected. However, the physician-somatist often remains unaccompanied when receiving these patients who spontaneously refuse to meet a psychiatrist or a psychologist. In this work, we will address the notions of conversion, hypochondriasis, functional somatic symptoms, anxiodepressive somatic manifestations and psychosomatic disorders, with the aim of highlighting their specific clinical characteristics. For each nosographic entity, we will be interested in the precise clinical description, etiopathogenic hypotheses, differential diagnoses and finally, possible pharmacological and psychotherapeutic treatments.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Mots clés :** Épisode dépressif caractérisé ; Hypocondrie ; Somatisation ; Trouble anxieux généralisé ; Troubles de conversion ; Troubles psychosomatiques

**Keywords :** Conversion disorders; Hypochondriasis; General anxiety disorder; Major mood disorder; Psychosomatic disorders; Somatization

Adresse e-mail : [yann.auxemery@hotmail.fr](mailto:yann.auxemery@hotmail.fr).<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.07.013>

0003-4487/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## I. INTRODUCTION

Souvent utilisés de manière générique voire inappropriée, les termes de « somatisation », de « conversion », de « symptôme fonctionnel » et de « symptôme psychosomatique » font référence à des cadres syndromiques et étiopathogéniques différents. Les patients souffrant de tels troubles sollicitent les médecins somaticiens, en revenant sans cesse à la consultation dans une quête d'investigations paracliniques souvent dupliquées du fait d'un nomadisme médical. L'attitude du médecin est ici difficile car il se sent souvent inutile, voire parfois dénigré. Lorsqu'une exaspération se construit du côté du médecin et du patient, il faut garder à l'idée que toute rupture thérapeutique pérenniserait la situation : le patient irait consulter rapidement un confrère. Mais que faire lorsque les symptômes se prolongent alors que l'examen clinique est normal et que les premiers résultats des explorations complémentaires biologiques sont rassurants ?

Les cadres nosographiques de conversion, d'hypocondrie, de syndrome somatique fonctionnel et de trouble psychosomatique possèdent des déterminants étiopathogéniques différents et des perspectives thérapeutiques distinctes. Mieux connaître ces catégories cliniques permettrait de mieux cerner le problème médical. Malheureusement, ces cadres nosographiques ne sont que peu présents au sein des manuels de psychiatrie comme de médecine interne : nous avons donc souhaité synthétiser les données issues de notre expérience clinique, de la littérature internationale et de la littérature francophone classique. Nos sources ont été les grands traités de psychiatrie moderne : le manuel de Guelfi [14], le traité de Lempérière et de Féline [15], le traité de l'encyclopédie EMC, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [1,2], le manuel d'Henri Ey [12]. Il ne sera pas question dans cet article de simulation (où le sujet crée un symptôme pour obtenir des gratifications matérielles pécuniaires ou d'irresponsabilité pénale), ni de pathomimie (encore appelée trouble factice) dans laquelle le patient joue le rôle du malade avec avidité d'attention médicale. Nous n'aborderons pas non plus les pathologies somatiques à retentissement psychiatrique ou psychologique, ni les troubles psychiatriques générateurs de morbidité organique du fait des traitements psychotropes proposés (syndrome extrapyramidal, syndrome métabolique) ou de troubles des conduites associés (consommations de substances psychoactives, automutilations). Nous aborderons dans ce travail successivement la conversion, l'hypocondrie, les symptômes somatiques fonctionnels, les manifestations somatiques anxiodépressives et le trouble psychosomatique. Pour chaque entité nosographique, nous nous intéresserons à la description clinique précise, aux hypothèses étiopathogéniques, aux diagnostics différentiels et enfin aux traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques. Mais avant cela, nous commencerons par une analyse critique du « concept » de somatisation.

## 2. UNE RÉELLE CONCEPTUALISATION DU « TROUBLE DE SOMATISATION » ?

Le « concept » de somatisation souffre cruellement d'une évolution théorique jamais consensuelle au cours des âges et

d'un manque actuel de précision. Une définition est pourtant retrouvée dans le DSM-IV, même si le terme « somatisations » y possède un sens très large, concernant toute plainte somatique pouvant avoir un lien avec une origine psychogène [1]. Pour le DSM-IV, le *trouble de somatisation* est un trouble polysymptomatique débutant avant la troisième décennie pour persister plusieurs années en associant des sites corporels douloureux à des symptômes gastro-intestinaux, sexuels et pseudo-neurologiques. La prévalence sur la vie entière est estimée à 0,2–2 % chez la femme et à 0,2 % chez l'homme. La définition associe des antécédents de douleurs touchant au moins quatre localisations corporelles (céphalées, douleurs abdominales, rachialgies...) ou fonctions corporelles (miction, rapports sexuels, menstruations...) avec deux symptômes gastro-intestinaux (nausées, ballonnements abdominaux, diarrhées, vomissements, intolérances alimentaires), au moins un symptôme sexuel ou génital (règles irrégulières, métrorragies, troubles de l'érection ou de l'éjaculation) et au moins un symptôme neurologique (conversion, dysesthésies, parésies, spasme laryngé, crises psychogènes non épileptiques...). Plutôt qu'une liste de doléances actuelles, c'est l'anamnèse qui établit le diagnostic devant la multiplicité des symptômes présentés au cours du temps, de manière souvent fluctuante. De nombreux médecins spécialistes ont été consultés et de multiples examens complémentaires ont été réalisés. Parfois, des associations hasardeuses de médicaments sont consommées, souvent du fait d'une automédication. Un abus d'antalgiques et/ou d'anxiolytiques est fréquent. Les symptômes apportés par le patient ne sont pas explicités par une pathologie somatique et le retentissement fonctionnel paraît excessif en regard de l'examen objectif. Si la mortalité des patients présentant un trouble de somatisation est égale à celle de la population générale, ces sujets se considèrent subjectivement comme sévèrement malades, même davantage malades que les patients souffrant de pathologies somatiques graves [19]. Lorsque tous les critères du *trouble de somatisation* ne sont pas strictement présents (nombre de sites douloureux, nombre de symptômes fonctionnels), le DSM parle de *trouble somatoforme indifférencié*. Dans la même logique, le *trouble douloureux* définit une douleur localisée dans un ou plusieurs sites, douleur rapportée à des facteurs psychogènes qui jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance des symptômes.

Si la pathologie de « somatisation » a parfois été comprise comme un syndrome incluant une kyrielle de symptômes conversifs (syndrome de Briquet), d'autres auteurs l'ont associée à l'hypocondrie ou aux manifestations somatiques de l'anxiété. La classification des DSM nous semble être ici insatisfaisante car uniquement descriptive, à défaut d'être étiopathogénique. Le groupe catégoriel des « troubles somatoformes » thésaurise dans les DSM plusieurs entités très différentes en termes cliniques et psychopathologiques : la conversion, l'hypocondrie, le trouble de somatisation, le trouble somatoforme indifférencié et le trouble douloureux. Plutôt qu'une approche purement descriptive athéorique, nous envisagerons successivement dans ce travail les différentes entités nosographiques que sont la conversion, l'hypocondrie,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/314180>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/314180>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)