



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



FAITES LE POINT

La psychochirurgie dans le traitement de la douleur



Psychosurgery in the treatment of pain

Marc Lévêque

Service de neurochirurgie, hôpital universitaire de la Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

Reçu le 13 juin 2016 ; accepté le 4 juillet 2016

Disponible sur Internet le 9 septembre 2016

MOTS CLÉS

Psychochirurgie ;
Lobotomie
préfrontale ;
Topectomie ;
Cingulotomie ;
Stimulation cérébrale

Résumé La douleur et le psychisme entretiennent d'étroits liens. Les interventions de « psychochirurgie » mises au point dans les années 1950 et destinées à agir sur le psychisme concerneront donc, aussi, le traitement de la douleur. La lobotomie préfrontale, la topectomie, la cinglectomie ou des interventions beaucoup plus ciblées – faisant appel à la stéréotaxie – s'attaqueront à la composante émotionnelle de la douleur. Controversés, ces gestes disparaîtront avec les progrès pharmacologiques et ceux de la chirurgie de la douleur. Aujourd'hui, de rares gestes de psychochirurgie subsistent se focalisant sur le cortex cingulaire antérieure. À la différence du passé, ils ne font plus appel seulement à des techniques lésionnelles, mais aussi à la stimulation cérébrale profonde.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

Introduction

Le terme de « psychochirurgie » définit le traitement chirurgical d'un trouble du comportement ou prétendu comme tel. Certaines des interventions développées initialement dans cette perspective – telle la lobotomie préfrontale ou, plus proche de nous, la cingulotomie – ont également été proposées dans le traitement de certaines douleurs irréductibles. Pour cette raison, on rencontre dans la littérature l'expression de « psychochirurgie de la douleur » [1–11]. Au-delà de cette acceptation de fait, on peut également considérer que cette formule se définit par des gestes intervenant sur les structures anatomiques

Adresse e-mail : marclevequemd@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.douleur.2016.07.007>
1624-5687/© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

responsables de la composante émotionnelle de la douleur, principalement le cortex préfrontal. Ce cortex qui transforme l'information nociceptive, projeté par le thalamus, en un affect désagréable. Une définition qui exclut, par conséquent, les interventions portant – sans grand succès d'ailleurs¹ [12,13], – sur les structures responsables de la composante « sensori-discriminative », les aires somesthésiques primaires (SI) et secondaires (II) du cortex pariétal. Tout comme, a fortiori, les interventions prenant pour cible – par lésion ou stimulation – les voies de conduction périphériques ou centrales de cette information nociceptive. Pour ce qui est du thalamus, la situation est plus complexe : dans la mesure où il s'interpose entre les voies de conduction et les aires corticales conférant à la douleur ses dimensions sensori-discriminative et motivo-émotionnel, certains le classe dans les cibles de la psychochirurgie, d'autres non. Nous avons adopté une attitude intermédiaire en nous focalisant sur les régions de ce centre intégrateur qui entretiennent des connexions avec les régions corticales responsables de l'affecte douloureux.

La naissance de la psychochirurgie

Le précurseur de la psychochirurgie est probablement le téméraire Gottlieb Burckhardt aliéniste à l'hospice de Préfargier en Suisse qui, le premier et sans être chirurgien, s'attaquera, en 1891, au cerveau humain afin d'en « extirper le mal à la racine » et d'agir ainsi directement sur les troubles mentaux dans le but avoué de « transformer les déments agités en déments calmes » [14].

Il se basa sur quelques connaissances physiologiques de son époque montrant que certains patients souffrant d'hallucinations auditives sévères possédaient des lobes temporaux hypertrophiés.

Il décida d'exciser, à la curette, une dizaine de grammes de ce cortex. Les résultats seront désastreux et critiqués par ses pairs. L'histoire de la psychochirurgie ne débute véritablement qu'en 1935 avec Egas Moniz. Ce neurologue portugais – célèbre pour ses travaux sur l'angiographie cérébrale – formulera l'hypothèse que « les troubles mentaux doivent être en relation avec la formation de groupements cellulaires plus ou moins fixes [...] pour guérir ces malades, il faut détruire les arrangements de connexions qui doivent exister au niveau des lobes frontaux » [15]. Il

¹ À ce sujet, Talairach précise : « L'exérèse de la zone pariétale ascendante correspondant au territoire douloureux est généralement suivie d'une disparition immédiate et concomitante des douleurs et du membre fantôme. Mais les récurrences sont nombreuses, d'apparition souvent précoce, renouvelant sans le résoudre le problème de la mise hors service d'une fonction spécifique dont la suppléance est plus ou moins aisée, ou celui d'une désorganisation globale et temporaire » [Talairach J, Tournoux P, Bancaud J. Traitement chirurgical central de la douleur, du thalamus (non compris) au cortex pariétal. Acta Neurochir Suppl (Wien) 1959;7(1):48–143].



Figure 1. Freeman réalisant une lobotomie transorbitaire par la technique du « pic à glace ».

mettra au point l'intervention dite de « leucotomie frontale » consistant à déconnecter, à l'aide d'un stylet – le leucotome – une partie des lobes préfrontaux du reste du cerveau, cela après réalisation de deux trous de trépan latéraux. Moniz communiquera ses résultats, pour une vingtaine de patients en mars 1936 « aucun décès, aucune aggravation, 35 % des patients guéris, 35 % présentent une amélioration clinique et 30 % sont sans résultat » [15]. En Europe, seuls les Italiens manifestèrent de l'intérêt pour ces travaux tandis qu'en outre-Atlantique, ces résultats retinrent l'attention, d'un neuropsychiatre Walter Freeman. Aux États-Unis, la surpopulation asilaire – avec plus de quatre cent mille patients internés en 1937 – offrira un terrain fertile au développement de cette technique. À cette époque, les seuls traitements proposés aux patients psychotiques demeuraient l'internement et les « thérapies de chocs » : cure de Sakel, électrochoc, malariathérapie. L'historien Valenstein observe « l'absence d'agent pharmacologique efficace, la surpopulation asilaire, le coût financier et social élevé des pathologies psychiatriques à cette époque aura contribué à créer un accueil des plus chaleureux à la lobotomie frontale » [16]. La situation asilaire devenant préoccupante, la pratique de la lobotomie se répandra en Amérique du Nord pour atteindre près de vingt mille interventions en juin 1951. Devant cet afflux croissant de patients, Freeman procédera à une simplification de la technique afin de la rendre réalisable en ambulatoire (Fig. 1). À l'aide d'un pic à glace, il va, après avoir soulevé la paupière supérieure, perforer le toit de l'orbite et sectionner la base des lobes frontaux. Malgré un nombre élevé de complications hémorragiques ou infectieuses, la leucotomie transorbitaire connaîtra le succès auprès de ses confrères neuropsychiatres et sera, dans un premier temps, applaudie par les médias de l'époque.

Mais, parallèlement à cette intervention aveugle et délétère, se développeront des techniques beaucoup plus sélectives pour des indications restreintes telles que la névrose obsessionnelle ou la mélancolie. Ces gestes focaux, par la technique de stéréotaxie, permettront des améliorations cliniques au point que l'Académie de Stockholm décernera, en 1949, le prix Nobel à Egas Moniz pour « la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5038712>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5038712>

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