

Maladies psychosomatiques

Dr Yves ZERBIB

Département de Médecine Générale

UCBL1

Cas de Madame N. B.

Mme N. B. vient vous voir. Elle a mal au dos, « comme d'habitude, en bas du dos comme une barre dans les reins. D'ailleurs cela fait 5 jours que je prends les médicaments que j'ai, des anti-inflammatoires, de l'ibuprofène, du paracetamol et un truc de ma belle mère qui sert à détendre les muscles. J'espère que vous allez me soulager... »

Après discussion et un temps d'écoute active, j'apprends qu'elle doit subir une cytoponction thyroïdienne dans deux jours car « on m'a trouvé un nodule, il y a un an et je crains d'avoir un cancer. Vous comprenez ma maman est décédée d'un cancer l'année dernière et ... »

L'examen clinique du dos ne montre rien de particulier, mais la palpation thyroïdienne et les explications fournies quant aux risques d'un goitre homogène thyroïdien apportent une expression de détente et de relâchement soulagé et la phrase : « ah merci, je suis contente d'être venue, je vais repartir guérie !!! »

La patiente repart avec une ordonnance de gel anti-inflammatoire et le conseil de revenir avec ses résultats de cytoponction thyroïdienne pour explications.

Cas de Madame M. G.

Mme M. G. , 36 ans, vient vous voir. Elle souffre de maux de tête de plus en plus invalidants. On lui a même conseillé de se faire hospitaliser dans un bon service de traitement de la douleur. En attendant elle veut que vous lui donniez quelque chose pour qu'elle souffre moins.

Que faites-vous ?

Par l'interrogatoire : il faut quantifier la prise médicamenteuse, faire trouver et raconter les conditions de survenue des migraines.

Par l'examen clinique : Eliminer une pathologie organique.

Que faire en officine : demander combien et quels types de médicaments ont été pris. Attention à la iatrogénicité ; ainsi qu'aux céphalées induites médicamenteuses.

Conseiller de consulter, d'arrêter de prendre des médicaments sans avis médical.

Cas de Monsieur S. M.

Le jeune S. M. , 15 ans, vient vous voir. Il a besoin d'un médicament car il présente de violentes douleurs abdominales depuis 24 à 48 h. Pas de vomissements, pas de diarrhées, pas de fièvre. Il veut simplement un médicament pour la digestion car il l'habitude d'avoir mal comme ça. En effet il doit entrer au collège demain matin. C'est sa quatrième rentrée et il a toujours ces symptômes la veille, bien qu'il soit un bon élève sans problème.

Que faire ?

Cas de Monsieur J.S.

M. J. S. ; 45 ans ; vient vous trouver car, une fois de plus, il est constipé féroce et à très mal au ventre. Il veut que l'on s'occupe de lui, il n'a pas eu d'examen biologique depuis longtemps, il faut aussi faire une coloscopie. Il exprime très bien avoir l'impression que son docteur ne prête pas suffisamment attention à ses douleurs. Son voisin vient d'être opéré d'un cancer de l'intestin.

Que faites vous ?

LES MALADIES PSYCHOSOMATIQUES.

Les études médicales et paramédicales nous façonnent souvent selon un modèle biomédical qui ne voit pas toujours d'un bon œil les patients avec des plaintes qui ne correspondent pas à des maladies explicites. La question des « pathologies fonctionnelles » ou « symptômes bio médicalement inexpliqués » est souvent reléguée à la dernière ligne de nos cours, de façon anecdotique, comme pour nous rappeler, quelle que soit la discipline, que cette réalité existe, mais qu'elle ne mérite peut-être pas davantage d'attention que celle d'être citée.

D'autre part, « confrontés à des personnes qui ne sont pas atteintes d'une maladie répertoriée, mais qui se plaignent..., beaucoup de médecins s'interrogent : pourquoi ces gens *qui n'ont rien*, qui ne souffrent d'aucune pathologie répertoriée, viennent-ils les voir ? Pour les embêter ? Pour les mettre en échec ? Pour pouvoir “tirer au flanc” et ne pas aller au boulot ? Ces interrogations et ces soupçons, les patients les perçoivent ou les devinent. Et ils ne supportent pas, alors qu'ils sont mis à nu physiquement et affectivement, d'être considérés comme des enqueteurs, des pervers ou des simulateurs ! »

Pour le pharmacien comme pour le médecin généraliste, il importe de ne pas passer à côté d'une pathologie curable somatique, d'une la dépression masquée, de tenir compte des symptômes à garder, de prendre en compte l'environnement.

1. Terminologie et cadre nosologique : Symptômes et pathologies fonctionnelles.

Bien que nous entendions parler de pathologie fonctionnelle depuis le début de nos études, définir ce qu'est une pathologie, un trouble fonctionnel n'est pas chose aisée. Le dictionnaire médical note : « *un trouble fonctionnel est un trouble qui, dans l'état actuel de nos connaissances, ne semble pas lié à une lésion anatomique décelable, mais à une perturbation du fonctionnement de l'organe touché. Il s'oppose aux troubles organiques. Il s'agit donc d'un diagnostic d'exclusion. On tend à attribuer aux troubles fonctionnels une origine psychologique.* » Ces symptômes se définissent donc par opposition aux symptômes d'origine organique, de cause lésionnelle ou relevant d'une physiopathologie établie, sans que nous puissions affirmer ce qu'est une atteinte de la fonction. Ils évoquent une subjectivité qui s'opposerait à l'objectivité des signes d'examen, des anomalies d'imagerie ou de résultats de laboratoire.

Modèle cognitivo-comportemental et théorie multifactorielle

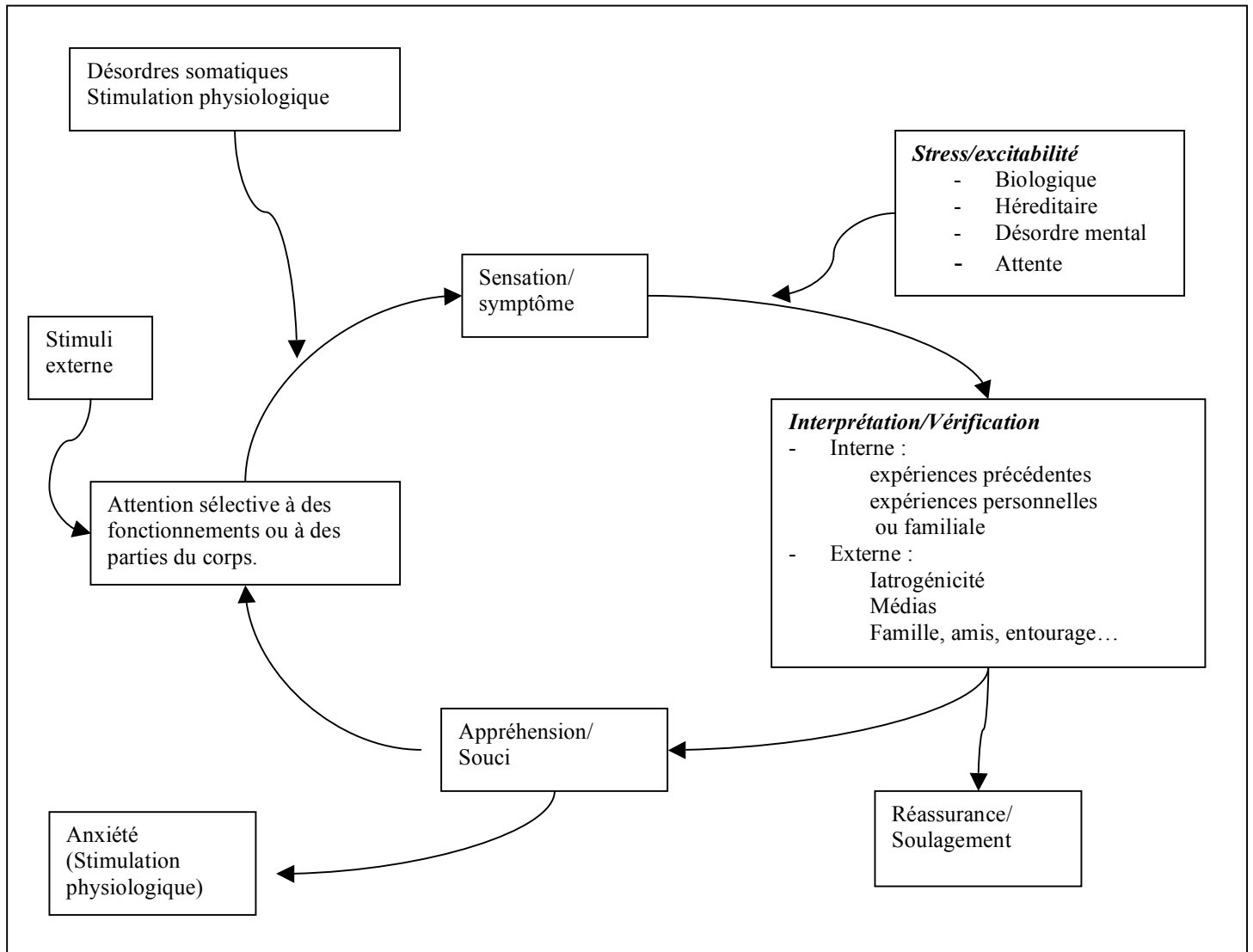


Figure 1: Perception des symptômes et compréhension de la maladie

Les maladies psychosomatiques seraient le résultat d'une réaction inadaptée à une sensation corporelle normale et bénigne et à un mal, mal interprété comme étant su à une maladie physique.

Ce modèle est centré sur la perception du symptôme par le patient et le comportement pathologique qui en résulte. Ce modèle fait l'hypothèse que tout le monde a une sensation personnelle ou un panorama de symptômes dont chaque personne est familière. Cette connaissance s'accumule au cours de la vie dans un processus continu. Ainsi, les personnes jugent leur situation à partir de leur propre évaluation qui prend en compte leurs expériences précédentes. Les personnes vont aussi chercher des informations auprès de sources extérieures (membres de la famille, collègues, dictionnaire médical, médias...) aussi bien qu'auprès des médecins. Ces informations extérieures peuvent initier le processus de changement de

l'interprétation individuelle de sensations bien connues par le patient et le symptôme sera soudain interprété comme le signe d'une maladie. Ces nouvelles informations vont focaliser l'attention sur la part du corps qui va être suspecte de maladie.

2. Conduite pratique proposée.

Pour ces patients comme pour les autres, le médecin met en oeuvre un raisonnement scientifique qui tient compte de :

- l'incidence des pathologies,
- l'inspection du patient,
- l'écoute attentive
- l'observation qui tient compte des facteurs environnants,
- l'interrogatoire,
- l'examen clinique soigneux,
- résultats d'examen simples

Lors de la visite à l'officine, le pharmacien pourra, s'il suspecte un malade fonctionnel ou un malade psychosomatique :

- Expliquer au malade la nécessité d'une évaluation psychique et somatique simultanée, en précisant les objectifs et les moyens de cette démarche (consulter son médecin traitant, par exemple, aller dans un service social, ou une consultation en centre médico psychologique)

Il s'agit de « prendre en soin » un patient et de renoncer à le guérir.

- Eviter d'employer des mots qui aggravent
 - « vous n'avez rien » ,
 - « c'est dans la tête »
 - « vous êtes spasmophile »
- Tenir compte de ce que dit le patient de son symptôme : (indigestion de colère, mal au ventre des enfants, insomnie , colopathie)
- Éviter de délivrer des médicaments à tout prix.

Bibliographie.

1. BALINT M, Le médecin, son malade et la maladie, Paris, Payot, 1988, 419 pages.
2. BRABANT I., Médecins Généralistes et Symptômes Biomédicalement Inexpliqués. thèse ; Lyon, 2006.
3. Cathebras P, La somatisation. In « Diagnostics difficiles en médecine interne », Vol 3, Sous la direction de Rousset H et Vital Durand D, Paris, Maloine, 1991, p 111-123.
4. Cathebras P., Plaintes somatiques médicalement inexpliquées, Médecine, Février 2006, vol 2, n°2, p71-75
5. DSM IV Soins primaires, Paris, Masson, 1998, p77-78.
6. Demondion B, Huguet A, Patrouillaut C, Les troubles somatoformes : de la nécessité d'une prise en charge médicale adaptée. Revue Médicale de l'Assurance Maladie 2000 ; 1 : 7-13.
7. Fink P, Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39: 772-781
8. Gay B, Les pathologies fonctionnelles existent-elles ? Exercer 1992 ; 17 : 4 -6.
9. Janca A., Towards better understanding and management of somatoform disorders, Int Rev Psychiatry, Feb 2006; 18 (1): 5-12
10. Lang F. Rousset H. Une consultation commune pour les « malades difficiles ». Psychologie Médicale. 1992; 24:391-4
11. Moreau A, Girier P, Figon S, Le Goaziou M F, Symptômes biomédicalement inexpliqués, intérêt de l'approche globale en médecine générale. La Revue du Praticien Médecine Générale 2004 ; 643 (18) : 292-295.
12. Organisation Mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. (CIM 10). Dixième révision. OMS : Genève, 1993, Volume 1.
13. Robert C. Exploration of DSM-IV Criteria in Primary Care patients With Medically Unexplained Symptoms, Psychosom Med, 2005, 67 :123-129
14. WINCKLER M, *C'est grave, docteur ? Ce que disent les patients, ce qu'entendent les médecins*, (Récit 7303), Paris, J'ai lu, 2002, 221p. p 23