

Les troubles à symptomatologie somatique

Présenté par Dr Larabi Ilham
Service de psychiatrie CHU SBA

Plan :

- 1) Introduction
- 2) Physiopathologie commune
- 3) Troubles à symptomatologie somatique et apparentés
- 4) A différencier du « trouble psychosomatique »
- 5) A différencier aussi de : Trouble factice
- 6) Traitement médicamenteux
- 7) Psychothérapie
- 8) Conclusion

Introduction :

L'expression corporelle des troubles psychiques constitue un des premiers motifs de consultation en médecine générale.

Troubles psychiatriques qui se présentent comme des troubles physiques/somatiques Symptômes physiques + détresse + impact majeur sur le fonctionnement du sujet .

Aucune anomalie identifiable lésionnelle n'est retrouvée (= fonctionnel et pas lésionnel)

MAIS attention, il peut y avoir association d'un trouble somatique « classique » et d'un trouble somatoforme... (ex. crises épileptiques « vraies » et crises psychogènes non épileptiques sans activité EEG)

Physiopathologie commune :

Attention excessive portée aux sensations viscérales et somatiques (=focalisation)

Attribution à ces sensations d'une signification menaçante pour la sante (=catastrophisme) = patients persuadés d'avoir une maladie grave.

Facteurs de risques : facteurs de stress, troubles de perso, anxiété, difficultés à différencier état émotionnel et sensations corporelles...

Facteurs sociaux obtention du statut de malade, forme de dépendance

Troubles à symptomatologie somatique et apparentés :

- 1) Trouble à symptomatologie somatique (= syndrome somatique fonctionnel, 5 à 7%)
- 2) Crainte excessive d'avoir une maladie (= hypochondrie, 3 à 8%)
- 3) Trouble de conversion (= trouble neurologique fonctionnelle, 5% en neuro)

1) Trouble à symptomatologie somatique (= syndrome somatique fonctionnel)

◇ Peut se décliner pour tous les organes en fonction des symptômes

Pensées anxieuses : anticipation des conséquences, catastrophisme

Emotions anxieuses : soucis, préoccupations et inquiétudes sur la santé

Comportements : consultations répétées

◇ Symptômes physiques mésinterprétés comme relevant exclusivement d'une maladie non psychiatrique potentiellement grave...

2) Crainte excessive d'avoir une maladie (= hypochondrie)

Anticipation de l'apparition d'une maladie grave Sans signe ou symptôme physique

3) Trouble de conversion (= trouble neurologique fonctionnelle)

Déficit moteur ou sensoriel suggérant la présence d'un trouble neurologique Mais incompatible avec la systématisation de système nerveux.

A différencier du « trouble psychosomatique »

= trouble médical objectivable mais dont la dimension psychologique est un facteur de risque, ou aggrave l'évolution Ex. : stress et maladie coronaire, asthme, ulcère gastro-duodéal

A différencier aussi de : Trouble factice = production intentionnelle de symptômes ou signes physiques ou psychologiques dans le but de jouer le rôle du malade (Münchhausen). Motivation inconsciente.

Traitement médicamenteux :

ISRS modestement efficaces dans les syndromes fonctionnels intestinaux et la crainte excessive d'avoir une maladie

IRSNA pour les troubles à symptomatologie somatique avec douleur prédominante

Psychothérapie :

Limiter les investigations somatiques (examens complémentaires) à celles qui sont nécessaires au bilan initial, afin de ne pas pérenniser le trouble

Reconnaître les symptômes comme véritables, le trouble comme non volontaire

Proposer un diagnostic positif: « trouble fonctionnel » pour éviter errance diagnostique et sentiment de rejet

Conclusion :

Tous ces tableaux postulent que la souffrance psychique se manifeste par le corps (ou est à l'origine d'une exacerbation des plaintes somatiques), qu'une pathologie organique soit diagnostiquée ou non.