

Mardi 19.6.2018

Hôpital cantonal de Genève

### **Syndrome somatoforme douloureux persistant - Quelles approches en 2018?**

Pre Anne-F. Allaz

C'est du réchauffé...un colloque de juin auquel je n'ai pu assister ...Grâce à la revue Médicale de la Suisse Romande je peux le réécouter...

Un syndrome douloureux somatoforme persistant c'est des douleurs persistantes non expliquées par un trouble physique, accompagnées de détresse et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble (ICD-10, OMS, 1992).

On est dans un chapitre de la psychiatrie et beaucoup de patients (et de médecins) n'y trouvent pas leur compte... il est fort probable que dans le prochain ICD11, on parle plutôt de « bodily distress syndrome » (syndrome de détresse corporelle) ou « de trouble fonctionnel somatique »...

Pour qu'il y ait trouble somatique fonctionnel il faut...

- des facteurs prédisposants
- des facteurs précipitants
- des facteurs chronicisants

Les neurosciences aident un peu à comprendre... on parle de matrice somato-affective de la douleur (association corps et émotions), de sensibilisation centrale (abaissement des seuils douloureux), de déséquilibre entre les afférences et les circuits inhibiteurs de la douleur, de plasticité neuronale (possibilité de réversibilité).

Très souvent il s'agit d'expression somatique de troubles affectifs (p.ex. dépression).

20-35% de nos consultations seraient des douloureux inexpliqués, dont 5-30% se chronicisent et 3-5% sont sévères.

On sait tous que les enfants se plaignent souvent de douleurs abdominales et/ou de céphalées quand ils sont dans la détresse, et on pense que les personnes âgées sont parfois incapables de « lire » leur humeur, leurs thymie, ... (alexithymie) et ont tendance à augmenter la somatisation (dépressions atypiques).

20-35% des patients viennent avec des symptômes inexpliqués en médecine interne...

Le catastrophisme, c'est l'amplification, et la fixation sur la sensation douloureuse... les anticipations négatives (je n'y arriverais jamais) , les représentations et les croyances pessimistes...

Le catastrophisme est plus souvent cause d'incapacité que l'intensité douloureuse elle-même...

Les événements traumatiques peuvent être aussi souvent prédisposants que précipitants...

Ils peuvent entraîner un effroi, une sidération de la psyché...

Il peut y avoir des antécédents de maltraitance... certains ont surinvestis leur corps sain et après le traumatisme surinvestissent le corps douloureux...

Les troubles de l'attachement peuvent entraîner des états anxieux, une très grande sensibilité au rejet... attention par exemple en envoyant un patient chez un spécialiste... il peut se sentir une fois de plus lâché, abandonné...

### Les 5 piliers des approches thérapeutiques

- Médicaments : antalgie, antidépresseurs (entretiens de prescription avant ), prescriptions d'opioïdes prudentes (attention aux risques de dépendances).
- Thérapies physiques : physio, Tai Chi, Yoga, Acupuncture, Tens (stimulation électrique transcutanée)... mais surtout projet de réhabilitation...
- Psychothérapies : thérapie cognitivo-comportementales, thérapie psychodynamique, hypnose (grand mouvement aux HUGs), Méditation de pleine conscience (Mindfulness), une lettre du psychiatre de liaison peut aider le médecin de 1<sup>er</sup> recours.
- Renforcement des ressources des patients (y a t-il une chose qui vous fait plaisir?), auto-hypnose.
- Relation et alliance thérapeutique, écoute légitimante (je comprends que vous ayez mal...).

Le médecin doit aussi comprendre sa propre implication émotionnelle... Même si le patient vous met en échec, se rappeler que le patient tient à vous ...

Avant la consultation, si c'est en fin de journée, préparez-vous, allez boire un café

...et essayez d'en parler à l'occasion avec les autres soignants... psy... physio... etc...

Bon courage...

