



## LES LOMBALGIES PSYCHOGENES

Docteur Guy DUCLOUX  
Médecine Interne Bordeaux

Ne plus parler de névrose, d'hystérie, de pithiatisme, de psychogène  
MAIS: SYMPTOMES NON EXPLIQUES OU MAL EXPLIQUES MEDICALEMENT

### **P**ROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

- ▶ Consultations médicales répétées
- ▶ Nomadisme
- ▶ Explorations multiples inutiles
- ▶ Polymédicamentés, dépendance, iatrogénie
- ▶ Arrêts maladies prolongés

3/4 des lombalgiques guérissent en moins de 3 mois  
5% s'arrêtent de travailler plus de 6 mois  
Les recherches montrent que *divers facteurs psychosociaux* interviennent dans le déclenchement et l'évolution de l'affection lombaire

#### **Antécédents des lombalgies :**

Événements de vie stressants  
Avoir un bas niveau de formation professionnelle  
C'est la satisfaction au travail qui module l'apparition des plaintes lombaires

#### **Environnement familial :**

Incapacité à exprimer la colère  
Soutien insuffisant  
Manque de définition claire du rôle de chacun  
Faible affirmation de soi  
Si le conjoint fait preuve de sollicitude, le lombalgique exprime la douleur de façon indirecte (non verbale : grimace, cris); une étude a montré qu'il était alexithymique : difficultés à identifier les émotions et à les verbaliser

#### **Style de vie :**

Niveau éducatif faible  
Capacités intellectuelles faibles  
Revenus modestes  
Difficultés à exprimer les émotions  
Contacts sociaux limités  
Problèmes familiaux divorce, instance de divorce  
Abus de drogue d'alcool, de tabac, d'anxiolytique, de sédatif: antérieure à la survenue de la douleur  
Image de soi auto-dépréciative  
Attentes négatives sur leur capacité à accomplir des activités physiques.  
Tendance à généraliser de façon injustifiée

La dépression des sujets lombalgiques qu'elle soit cause ou effet constitue un bon indicateur de la douleur

Lieu de contrôle externe et une tendance à percevoir les événements comme incontrôlables : s'impliquent peu dans le traitement, dramatisent plus

#### **États émotionnels dysfonctionnels :**

L'intensité de la douleur est liée à l'anxiété état  
Utilisation d'adjectifs sensoriels : cuisante, déchirante plus marquée quand l'anxiété état est plus élevée (spécifique à la douleur)

Anxiété trait : peu d'effet

Cette anxiété état est en fait de l'hypochondrie d'où l'évitement : réduction progressive des activités et risque d'atrophie musculaire «quand je ne bouge pas j'ai moins mal et il ne m'arrive pas de mauvaise chose»

La peur de la douleur crée une hypervigilance à la douleur : retentissement défavorable sur la qualité de vie

#### **Rôle du soutien social perçu :**

Score de soutien social faible  
Si le conjoint le considère comme invalide, s'il montre une sollicitude excessive : maintien du comportement douloureux  
Si soutien absent : maintien du comportement douloureux  
Si informations : rôle protecteur, si pas d'explication: rôle aggravant

#### **Impact favorable du contrôle perçu :**

Une douleur évaluée comme un défi à relever, le sentiment de pouvoir la contrôler sont corrélés négativement avec la douleur  
On augmente le contrôle perçu en permettant au sujet de participer activement aux soins: traitement à la demande, TENS à la demande, le moins possible, messenger entre les médecins, activité en dépit de la douleur

### LOMBALGIES NON EXPLIQUÉES PAR UNE AFFECTION MÉDICALE

#### *Sans trouble de l'humeur*

#### **1. Les symptômes sont produits intentionnellement (RARE)**

- ▶ avec mobiles externes : SIMULATION : demande de certificat, contexte medico légal, assurance
- ▶ sans mobiles externes : TROUBLE FACTICE

#### **2. Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement (ex NEVROSES ACTUELLES, rôle des événements stressants de la vie)**

- ▶ Les plaintes sont anciennes, associées à des signes digestifs, sexuels, pseudo-neurologique et d'autres douleurs: TROUBLE SOMATISATION prévalence 2%, chronique et fluctuant, parfois rémission spontanée complète
- ▶ Les plaintes sont moins anciennes, mais au moins 6 mois, avec d'autres signes mais moins nombreux : TROUBLE SOMA TOFORME INDIFFERENCIE, souvent l'évolution montre qu'il s'agit d'une affection médicale ou d'un trouble mental (humeur, psychose)
- ▶ La lombalgie s'accompagne d'un pseudo déficit neurologique : motricité, sensibilité: TROUBLE CONVERSION( ex HYSTERIE) 10%des symptômes des patients hospitalisés, attention si après 50 ans et / ou si le déficit dure plus de 2 semaines
- ▶ La lombalgie est isolée: TROUBLE DOULOUREUX prévalence 10%

#### **3. Préoccupation par l'idée d'avoir une maladie grave**

- ▶ Non délirant : HYPOCHONDRIE prévalence 5%
- ▶ Délirant : TROUBLE PSYCHOTIQUE prévalence 0.03% , si contexte médico légal : NEVROSE DE RENTE, syndrome de BRIS SET (délirant)

#### **4. Autres cas : TROUBLE SOMATOFORME NON SPECIFIE**

#### *Avec trouble de l'humeur*

#### **1. En rapport avec une affection médicale générale** 10% des troubles psychiatriques sont expliqués par une pathologie médicale sous jacente

- ▶ Neurologique: parkinson, huntington, A VC, carence en B12, SEP(famille: 13 fois plus de dépression bipolaire dans la famille que dans la population générale), Alhzheimer : 40% des sujets atteints
- ▶ Endocrinienne: thyroïde, parathyroïde, surrénale 60% des sujets atteints
- ▶ Auto-immune: LED
- ▶ Virus: hépatites, MN/, VIH
- ▶ Carcinome du pancreas

#### **2. En rapport avec les effets physiologiques d'une substance**

- ▶ Antidépresseurs
- ▶ L DOPA
- ▶ Corticoïde
- ▶ Alpha méthyl dopa ( HT A)
- ▶ Pilule
- ▶ Cocaïne
- ▶ Opiacés
- ▶ Alcool
- ▶ Amphétamine
- ▶ Sédatifs hypnotiques
- ▶ Anxiolytiques
- ▶ Analgésiques: indocid
- ▶ Anticholinergiques
- ▶ Anticonvulsivants
- ▶ Antihypertenseurs
- ▶ Digitalique
- ▶ Anti ulcéreux : cimétidine ranétidine( azantac)
- ▶ Relaxants musculaires
- ▶ Interféron
- ▶ Sulfamides: bactrim
- ▶ Toxiques: métaux lourds (plomb, chasseur), le CO, insecticides organophosphorés

#### SUSPICION SI :

Contordar l'ce avec le début du traitement (si iatrogène)  
Premier épisode tardif  
Absence d'antécédent psychiatrique personnel ou familial  
Pas de facteur psychologique déclenchant apparent  
Fluctuation rapide de l'humeur

#### DIFFICILE SI :

Décompensation d'un état antérieur psychiatrique (trouble dépressif)

#### **3. Sinon:**

- ▶ Au moins 2 semaines d'humeur déprimée avec perte d'intérêt et symptômes associés, sans deuil : EPISODE DEPRESSIF MAJEUR
- ▶ Humeur expansive, irritable au moins une semaine et épisode dépressif majeur : EPISODE MIXTE
- ▶ A déjà eu un épisode maniaque ou un épisode mixte, sans symptômes psychotiques en dehors des épisodes maniaques: TROUBLE BIPOLAIRE 1 prévalence 1%
- ▶ A déjà eu un épisode maniaque ou un épisode mixte avec symptômes psychotiques en dehors des épisodes maniaques: TROUBLE SCHIZO AFFECTIF prévalence 0.5%
- ▶ A déjà eu un épisode hypomaniaque et au moins un épisode dépressif majeur : TROUBLE BIPOLAIRE 2 prévalence 0.5%
- ▶ Symptômes hypomaniaques et période d'humeur déprimée depuis au moins 2 ans : TROUBLE CYCLOTHYMIQUE prévalence 0.4%
- ▶ A déjà eu un épisode dépressif majeur, sans symptômes psychotiques en dehors des épisodes

dépressifs majeurs: TROUBLE DEPRESSIF MAJEUR prévalence 5% pour les femmes, 2% pour les hommes

▶ A déjà eu un épisode dépressif majeur avec symptômes psychotiques en dehors des épisodes dépressifs majeurs: TROUBLE SCHIZO AFFECTIF prévalence 0.5%

▶ Au moins un jour sur deux pendant au moins 2 ans d'humeur déprimée avec des symptômes associés : TROUBLE DYSTHYMIQUE prévalence 3%

▶ Humeur déprimée en réponse à un facteur de stress, qui ne répond pas aux critères ci-dessus: TROUBLE DE L' ADAPTATION prévalence 10%, début dans les 3 mois qui suivent le facteur de stress et ne dure pas plus de 6 mois

Suite à un stress traumatique extrême

Prévalence aux USA: 8%

En cas de stress extrême: 30 à 50 % des sujets exposés

#### PRISE EN CHARGE :

Rôle du psychiatre : surtout si risque suicidaire

Comment le savoir : interroger, écouter

- TROUBLES DE L'HUMEUR SEVERES

Trouble dépressif : TCC ou antidépresseur?

Collaboration avec un psychiatre ou un psychologue

Penser aux dépressions iatrogènes ou secondaires à une maladie

Trouble bipolaire: collaboration avec un psychiatre

- TROUBLE DE L' ADAPTATION :

Contact suivi, écoute, pas de traitement, guérison en 6 mois

- STRESS POST TRAUMATIQUE :

Contact suivi, écoute, guérison en 2 ans

- TROUBLE SOMATOFORME :

Prendre un historique complet

Empathique

Relation de collaboration

*Rassurer :*

Demander ce qui le soucite le plus. Un examen clinique physique attentif est particulièrement rassurant. Une explication détaillée des examens complémentaires : ce qu'ils montrent et ce qu'ils éliminent est également rassurant

Il faut dire que la présence d'une maladie est très peu probable

Si le patient demande de façon répétée à être rassuré sur le même point, il est certainement hypochondriaque la TCC est indiquée

*Expliquer :*

Il n'est jamais utile de dire que le problème est simplement psychologique : antipathique

Il est nuisible d'être sympathique : adhérer à l'idée que le patient a une maladie : arrêt de travail, fauteuil roulant, ...

Expliquer le modèle multifactoriel : Expliquer le modèle de Salkovski (1989) pour l'hypochondrie:

une image, une information, une maladie d'un proche, va être perçue comme menaçante. Il va focaliser son attention sur une partie du corps, va être hypervigilant sur les sensations corporelles, va rechercher une réassurance, va vérifier.

Entretien clinique :

Historique du problème, détails cognitifs, comportementaux, émotionnels, le degré du handicap: social, professionnel, loisir, croyances concernant l'origine et l'évolution du problème

Ne pas donner de prédiction précise (le médecin n'est pas devin) mais donner un pronostic favorable.

Expliquer le conditionnement opérant à la famille et l'entourage : ignorer les comportements excessifs (grimaces, cris, expressions verbales excessives)

Expliquer le conditionnement vicariant au patient : rechercher un modèle

Expliquer le conditionnement pavlovien : une activité à déclencher la douleur, évite toute activité depuis : reprise d'activité progressive, en respectant la règle de la non douleur.

*Conseiller :*

Plan d'action

Ce que le patient peut modifier: augmenter son activité pour diminuer le sentiment d'incapacité et améliorer l'estime de soi, réduire progressivement les médicaments, groupe de discussion et de soutien, relaxation, gestion du stress jeu de rôle (pour explorer les jeux que le douloureux joue avec les autres et les soignants)

Ce que le médecin peut faire (non divin : la douleur va diminuer mais non disparaître)

En cas de stress : résoudre le problème social si possible (assistance sociale), résoudre le problème professionnel (médecin du travail, COTOREP) relaxation, écoute empathique, problème de stress perçu plus que de stress réel

Prendre en charge le patient, ne pas l'abandonner Ecrire au médecin traitant, tout le monde doit être impliqué, en particulier le patient, sa famille, le médecin traitant, le médecin

Conseil

Conseiller les groupes de patients, informer ces groupes, corriger les distorsions cognitives

*Stratégies cognitives:*

Techniques de diversion : fixer son attention sur un élément externe (information, jeu, ...) fixer son attention sur un élément interne (calcul mental) Repérer les cognitions erronées : «tout irait bien si je n'avais pas mal», «puisque la douleur persiste, c'est que l'on me cache quelque chose de grave» : hypochondriaque

*4 questions :*

• Préciser «tout irait bien» : trop général

## La revue de Mésothérapie

---

- Quelles sont les preuves en faveur de ce que vous pensez ? (faits et hypothèse sur les faits sont différents)
- Y a-t-il d'autres manières d'expliquer les faits? (imaginer d'autres manières d'interpréter les faits)
- Si ce que vous pensez est vrai, est-ce grave? (amener à dédramatiser)

But : rendre les croyances moins impératives, mais ne pas abandonner les croyances

Éviter que le généraliste ne devienne démoralisé en ressentant un sentiment d'impuissance :

Programmer des rendez-vous chez le spécialiste, toujours le même et le généraliste, toujours le même

Le patient = intermédiaire actif

Les soins sont partagés, synergiques (plan d'action cohérent)

C'est un problème très actuel : nécessité d'un *réseau de soins coordonné* :

Un médecin traitant, un médecin spécialiste interniste, un médecin du travail, un médecin conseil impliqué dans le projet, une assistante sociale, un kinésithérapeute formé aux techniques de relaxation, un patient impliqué, un soutien familial

C'est un problème de *clinicien humaniste* plus que de psychiatre

En ce qui concerne le traitement : PRIMUM NON NOCERE, soit le moins de traitement chimique possible, mais surtout une *prise en charge empathique* (et non sympathique)