

Douleurs fonctionnelles : comment les repérer, comment les traiter ?

SOFOMECC, Centre Hospitalier de Carcassonne
Jeudi 17 mars 2011

Dominique Blet, Consultations de la douleur, Centre Hospitalier, Carcassonne.
dblet@wanadoo.fr

Lorsque l'on évoque les douleurs fonctionnelles, on pense souvent à la fibromyalgie. On l'appelle aussi syndrome polyalgique diffus ou encore syndrome de fatigue chronique.

Ce diagnostic n'est affirmé avec une relative certitude qu'une fois que l'on a pu éliminer un certain nombre d'autres diagnostics au prix d'exams parfois nombreux. Ce qui, avouons le, introduit un décalage entre, précisément ce qui est à trouver, et les moyens que l'on met en œuvre.

La douleur fonctionnelle n'est pas celle qui impose le moins d'exams, bien au contraire !

Comme me le rappelait un ami psychiatre, en médecine, il n'y a pas de diagnostic positif, il n'y a finalement que des diagnostics différentiels. C'est en éliminant ce que la maladie n'est pas que l'on affirme ce qu'elle est. La maladie fonctionnelle est bien au cœur de la démarche médicale.

La douleur fonctionnelle répond à un diagnostic d'élimination, tableau le plus inconfortable qui soit puisqu'il n'est jamais totalement certain. Qui peut affirmer que l'on ne découvrira pas, un jour, quelque chose quelque part dans le corps qui ne fasse dire au patient : « je vous l'avais bien dit et vous êtes passé à côté ». C'est pourquoi, la prise en charge d'un patient pour lequel le diagnostic de douleur fonctionnelle a été posé est par force une prise en charge pluridisciplinaire. Non pour diluer la responsabilité, mais par nécessité. On comptera :

- En premier, le médecin traitant qui reçoit la plainte initiale et celles qui lui succèdent.
- Puis le spécialiste d'organe chargé de vérifier l'absence d'organicité par des explorations spécifiques, puis d'arrêter tant le diagnostic que les explorations.
- Enfin, le psychothérapeute qui, quelque soit le diagnostic, peut rencontrer, écouter et entendre le patient sur une autre scène. Parce qu'elle est ailleurs, la scène où travaille le psychothérapeute, elle ne contredit pas d'éventuelles démarches diagnostiques complémentaires.

Ceci étant posé, l'animateur de ce jour pourrait me remercier et nous passerions à la communication suivante si les choses ne se compliquaient pas un peu... avec le temps.

Et ceci pour trois raisons au moins :

- 1- Lorsque la prise en charge s'étale sur des mois et a fortiori des années, d'autres pathologies peuvent surgir qui viennent réinterroger les praticiens sur l'exactitude de leur diagnostic initial, en particulier en cancérologie. Le signe nouveau était-il déjà là que je n'ai pas vu, ou bien est-il radicalement nouveau et sans lien avec le diagnostic initial ?
- 2- Les connaissances scientifiques évoluent ce qui m'incite à revenir vers la fibromyalgie. En 2009, Serge Marchand à l'occasion du congrès « Douleur et santé mentale », résumait les travaux qui ont pu mettre en évidence un dysfonctionnement des CIDN dans cette affection. Ceux de Julien et al. en 2005 qui mettaient en lumière des dysfonctions du système nerveux central, dont un déficit des mécanismes endogènes de contrôle de la douleur (les CIDN sont déficitaires chez les patients fibromyalgiques) Ces travaux supportent la proposition de Besson et al. en 2007 que la fibromyalgie serait une douleur d'origine centrale. Ces travaux n'excluent pas la certitude que la composante psychologique joue un rôle dans le syndrome

de la fibromyalgie, (comme c'est d'ailleurs le cas dans la majorité des douleurs chroniques). Les travaux de Goffaux et al. en 2009 montrent « une discordance entre l'activité spinale et corticale qui laisse présager une condition d'hyperalgésie neurogénique avec une hyperactivité spinale et une incapacité du système inhibiteur descendant à bloquer cette hyperactivité. ». Ce qui a pu faire dire que la fibromyalgie serait une allodynie généralisée. Serge Marchand a pu mettre en évidence avec ses collaborateurs de l'Université de Sherbrooke qu'il y a deux types de patients fibromyalgiques, ceux avec dépression associée (ceux donc pour lesquels les antidépresseurs apportent un bénéfice mais sur le syndrome dépressif seulement) et ceux sans dépression. Autrement dit, et pour résumer cette digression, l'arsenal de bilans pratiqués pour éliminer une étiologie organique au syndrome polyalgique diffus, explore tout, sauf ce qui précisément dysfonctionne ! Mauvaise médecine ? Pas tant que ça dans la mesure où la sanction thérapeutique ne serait pas nécessairement différente, et que, ce qui n'est pas moins certain et peut déboucher sur une aide réelle pour ces patients douloureux chroniques c'est à coup sûr, et sur une autre scène, leur histoire. Elle nous revient le plus souvent comme un stéréotype : une enfance malmenée, une adaptation où l'on repère une hyperactivité suivie de la chute dans la douleur, la fatigue et l'incapacité fonctionnelle. Et pour cela, il suffit de les écouter.

- 3- Si dans le meilleur des cas, le patient douloureux chronique accepte d'entreprendre une psychothérapie, des bouleversements peuvent apparaître dans son économie psychobiologique qui produisent leur lot de nouveaux symptômes.

Deux situations cliniques vont illustrer cette affirmation.

Michel était quasiment hospitalisé une semaine par mois lorsque nous avons commencé la prise en charge. Les plaintes douloureuses étaient variées et conduisaient à des explorations le plus souvent digestives qui demeuraient systématiquement négatives. Après trois années de suivi régulier et une absence d'hospitalisation, il a dû être hospitalisé en urgence pour une bronchopathie sévère. Il s'en est suivi un arrêt du tabac et cette phrase magnifique : « j'ai eu enfin une vraie maladie ».

Laetitia est adressée par son dentiste pour une douleur de la molaire supérieure droite sans anomalie aucune. Après quelques entretiens en face à face, un doute s'installe en moi quant à l'existence d'une hypothétique composante neuropathique bien que l'échelle DN4 ne soit pas en faveur. Elle reçoit 50mg par jour de prégabaline. Elle revient trois semaines plus tard, satisfaite entre autre d'avoir recouvrer un sommeil satisfaisant, sans douleur. Mais la douleur diurne persiste. Dans le même temps, elle prend conscience que depuis trente ans, elle est au service des autres, sans retour, ni remerciements. Elle n'accepte plus cet état de fait. Trois semaines encore et l'amélioration se confirme mais s'accompagne d'angoisses. Elle ne sait pas comment dire pour refuser, comment leur dire qu'ils abusent...

La douleur condense un ensemble complexe dont il faut distinguer :

- La lésion.
- La perception et la sensation
- La plainte et le comportement associé
- La réponse de l'entourage

On devrait parler d'un véritable écosystème qui englobe le sujet souffrant, son entourage et l'offre de soins qui lui est présentée. Car la réponse offerte au plaignant modifie la perception douloureuse puisqu'on a pu vérifier que celle-ci est d'autant plus importante que le médecin est convaincu de la gravité de la lésion et de son caractère douloureux.

Il s'agit non seulement d'un écosystème mais aussi d'un écho-système.

Certes, la participation de chacune des trois composantes est variable d'un sujet à l'autre.

Dans le cadre de la douleur fonctionnelle où l'organicité manque, la part de la plainte et de la réponse qu'elle reçoit deviennent prépondérantes.

- Plainte en soi lorsque la douleur ressentie concentre une souffrance indicible en elle-même, comme pour Laetitia. L'écoute du sujet, sous couvert de consultation de la douleur, lui permet d'être entendu et surtout, de s'entendre lui-même. C'est aussi le cas de Me D. rencontrée dans une maison de retraite où elle a été « placée » par sa famille alors qu'elle est encore valide et qu'elle ne le souhaite pas. Cela s'est fait « dans son dos », c'est aussi dans son dos qu'elle a mal et qu'aucun traitement, y compris opioïde, ne la soulage.
- Plainte qui puise son origine dans le discours ambiant comme dans l'hypochondrie délirante où la douleur ressentie est l'effet du discours de l'Autre. Le sujet plaignant s'est saisi du discours pour le faire sien à défaut de parler *de lui-même*. Le traitement en est confié au psychiatre. Il faut remarquer que la plainte hypochondriaque a pu se délocaliser du ventre vers la périphérie et l'axe rachidien puisque l'arthrose et le mal de dos sont devenus les « maux du siècle ».
- Plainte douloureuse associée à un trouble mental. La douleur physique vient pondérer, quasiment diluer la souffrance morale qui pourrait, sinon, ravager la personne. Une coopération algologue-psychiatre est nécessaire, pour que ni l'un, ni l'autre, ne soient dupes du caractère palliatif de chacun des traitements.

Pour conclure.

On sait depuis peu que le cortex cingulaire antérieur est celui où l'on repère une activité en IRM fonctionnelle correspondant aux émotions associées soit à de la douleur, soit à un vécu de perte ou d'abandon. Dès lors, on comprend mieux que la souffrance associée aux vécus d'abandon de la petite enfance puisse se résoudre en plainte douloureuse faute d'avoir accès aux vécus originaires, et pour cause, puisqu'ils ont lieu avant l'apparition du langage.

La prise en charge sera donc à la fois somatique (antalgiques) et psychothérapeutique, au minimum par l'écoute du médecin traitant.
