

NEURO- PSYCHIATRIE

CONGRÈS HYBRIDE / HYBRIDE CONGRES

Les troubles fonctionnels en neurologie

Professor Adrian Ivanoiu

UCLouvain



Quel est le diagnostic ?

Vidéo

Tous ces patients souffrent de :

Functional neurological disorder (FND) = **Trouble fonctionnel neurologique (TFN)**

Symptômes :

- Qui ne suivent pas les règles dictées par l'anatomie et la physiologie du système nerveux, qui sont changeants, inconsistants et incohérents
- Pour lesquels aucune pathologie organique pertinente n'a pu être trouvée

Troubles neurologiques fonctionnels

Troubles neurologiques fonctionnels
(± 30% des sdr. fonctionnels)



Syndromes fonctionnels

Box 2 Functional somatic syndromes by medical speciality

- Cardiology – non-cardiac chest pain, benign palpitation
- Gastroenterology – irritable bowel syndrome, non-ulcer dyspepsia
- Rheumatology – fibromyalgia, repetitive strain injury
- Immunology – multiple chemical sensitivity
- General medicine – chronic fatigue syndrome
- ENT – globus syndrome
- Neurology – conversion disorders, non-epileptic attacks, chronic benign headache
- Gynaecology – chronic pelvic pain
- Paediatrics – non-specific abdominal pain

Psychogenic non epileptic seizures (PNES)

Functional movement disorder

Stroke mimics

Multiple sclerosis “masquerades”

Mais aussi :

perte sensorielles, vertiges, douleurs, troubles cognitifs (amnésie, « démence ») ...

=> 15 à 30 % des patients consultant en neurologie !

(parfois associés à une « vraie » pathologie neurologique)

Est-ce un phénomène nouveau ?

NON

Égypte ancienne - *Le papyrus gynécologique de Kahun (1850–1700 BC)*

... des nombreuses maladies aux yeux, aux dents, aux articulations, au cou et à la tête sont provoquées par « l'utérus baladeur »

Grèce (Ecole hippocratique) : *L'utérus comme source de troubles diverses : perte de voix, douleurs au cou, palpitations cardiaques, étourdissements, vomissements et transpiration, une « crise des sens », serrement des dents, stridor, contraction convulsive des extrémités (ou faiblesse), troubles respiratoires et d'étouffement (hysterike pnix = globus hystericus = suffocation hystérique => à l'origine du concept d'**Hystérie**)*

L'âge de raison (*Thomas Willis & Thomas Sydenham – environs 1650*)
L'hystérie n'est pas une maladie utérine mais une maladie du système nerveux.

=> « **PROTEUS** » : *la maladie qui simule presque toutes les maladies !*

Hystérie et neurologie

Jean-Martin Charcot (1825-1893) : Leçons de mardi à la Salpêtrière

Au XIX-ème : les premiers « neurologues » étaient très intéressés par les manifestations « hystériques » (ex. Charcot, Babinski, Gowers)

Hystérie = trouble cérébral neurodégénératif, selon JM Charcot



L'Hystérie au XXème : éclatement et sortie de « mode »

Le grand éclatement :

Somatisation - Paul Briquet (1796-1881) : symptômes somatiques médicalement inexplicables

Dissociation - Pierre Janet (1859-1947) : clivage des processus mentaux (ex. personnalités multiples, amnésie psychogène ou « fugue »)

Conversion - Sigmund Freud (1856-1939) : tentative explicative dans le cadre de la psychanalyse (les idées ou les souvenirs trop désagréables pour la conscience consciente sont refoulés dans l'inconscient et "convertis" en symptômes physiques pour résoudre des conflits psychologiques insupportables)

L'Hystérie au XXème : éclatement et sortie de « mode »

1900 – 2016 : « L'âge des ténèbres »

=> Pratiquement rien sur le sujet dans les manuels de neurologie

=> Les patients « fonctionnels » continuent de hanter les services de neurologie mais la gestion de « l'hystérie » n'était tout simplement pas considérée comme étant du domaine du neurologue

La raison :

L'adoption généralisée de la méthode anatomo-clinique en neurologie (symptômes = lésion)

La montée de la psychanalyse et de la « thérapie par la parole » en psychiatrie

doi:10.1093/brain/awaa037

BRAIN 2020; 143; 1278–1284 | 1278

BRAIN
A JOURNAL OF NEUROLOGY

DORSAL COLUMN

Grey Matter

The Arc de Siècle: functional neurological disorder during the 'forgotten' years of the 20th century

Max Fend,¹  Louise Williams,² Alan J. Carson¹ and  Jon Stone¹

¹ Centre for Clinical Brain Sciences, Chancellors Building, University of Edinburgh, EH16 4TJ, UK

² Lothian Health Services Archive, Centre for Research Collections, Edinburgh University Library, The University of Edinburgh, George Square, Edinburgh, EH8 9LJ, UK

L'Hystérie au XXème : éclatement et sortie de « mode »

Le problème :

Les psychiatres NON PLUS ne considèrent l'hystérie comme faisant partie de leur domaine !!

Ex. 'there was no point referring to psychiatry', as it was 'extremely common' for them to be sent back, psychiatric pathology excluded. Charles Warlow, 2020

=> Symptômes somatiques & neurologiques : pas dans leur champ d'expertise

=> Avec le déclin de la psychanalyse, quelle prise en charge proposer ?

=> Les patients « fonctionnels » tombent souvent dans la « faille » entre les deux spécialités !

L'Hystérie dans le DSM-V

=> **symptômes somatiques** et troubles associés

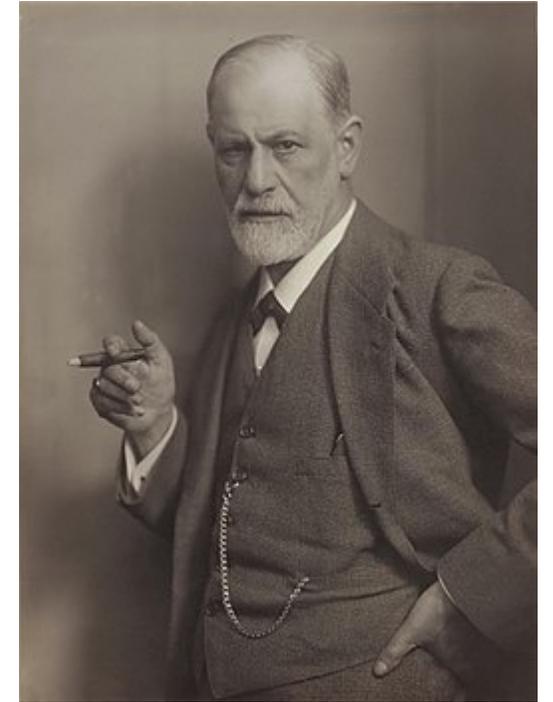
=> **troubles neurologiques fonctionnels (FNFS)** : symptômes médicalement inexplicables, nécessitant des preuves cliniques objectives d'une incohérence interne à l'examen neurologique ou d'une incongruité avec la présentation neurologique connue de la maladie

=> **troubles dissociatifs** : troubles de l'intégration de la conscience, de la mémoire, de l'identité, de l'émotion, de la perception, de la représentation corporelle, de la motricité et du comportement

Plusieurs désordres ?

Le cas classique d'Anna O. présentait une double personnalité et des épisodes d'amnésie, de paralysie, d'aphonie, de surdité, de diplopie, d'hallucinations visuelles de serpents, de troubles de la mémoire et de perte de capacité à parler sa langue maternelle.

Une étude portant sur des patients présentant des pseudo-convulsions a révélé des antécédents de comorbidité à vie avec : trouble somatoforme dans 98%, troubles dissociatifs dans 93%, trouble de la personnalité borderline chez 62 %



Sigmund Freud
(1856-1939)

Un fond commun ?

“The major symptoms of hysteria... involve both mind and body”

Somatisation, conversion et dissociation => intimement mêlées sous l'étiquette commune d'hystérie depuis près de quatre millénaires.

Fond commun : la **personnalité borderline**

prépondérance féminine, antécédents de négligence et d'abus dans l'enfance, symptômes multiples et divers sans « substrat », d'évolution chronique, style dramatique & théâtral, suggestibilité et hypnotisabilité, instabilité émotionnelle, difficultés de régulation affective ; impulsivité; idées et tentatives suicidaires, troubles marqués et persistants de l'identité

Hystérie et neurosciences

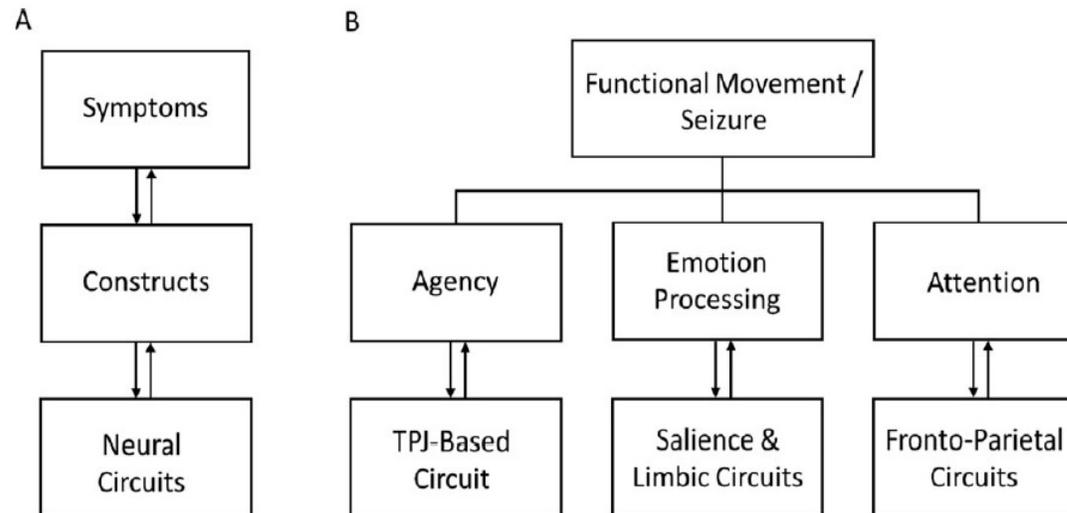
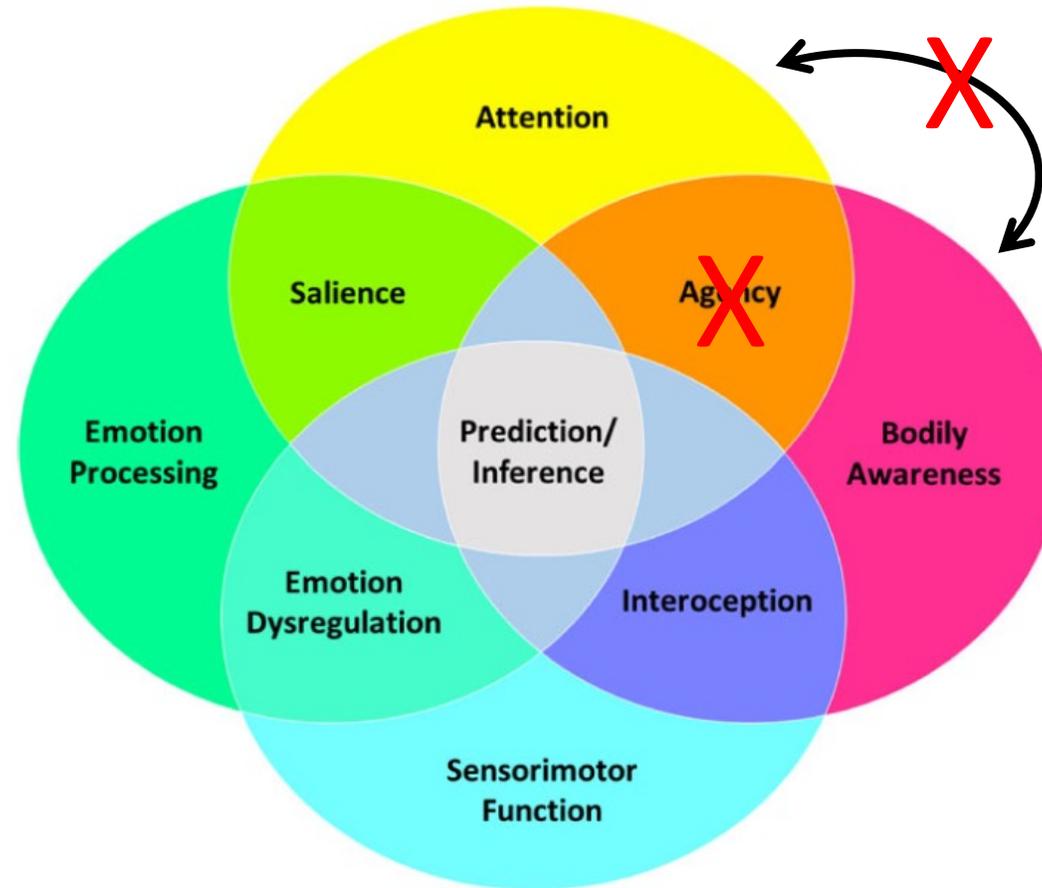


Figure 1. (A) Illustration of the relationship between symptoms, constructs and neural circuits underlying functional neurological disorder (FND). Symptoms can be understood as mapping onto alterations of different constructs, which are generated by neural circuit abnormalities. (B) Examples of how different symptoms or observable manifestations of FND can be understood as arising from one or a combination of specific abnormal constructs. For example, paroxysmal movements can be perceived as involuntary by an individual with FND due to a dysfunction of the construct of agency, which is driven by abnormalities of a TPJ-based circuit. Abbreviation: TPJ, temporo-parietal junction.

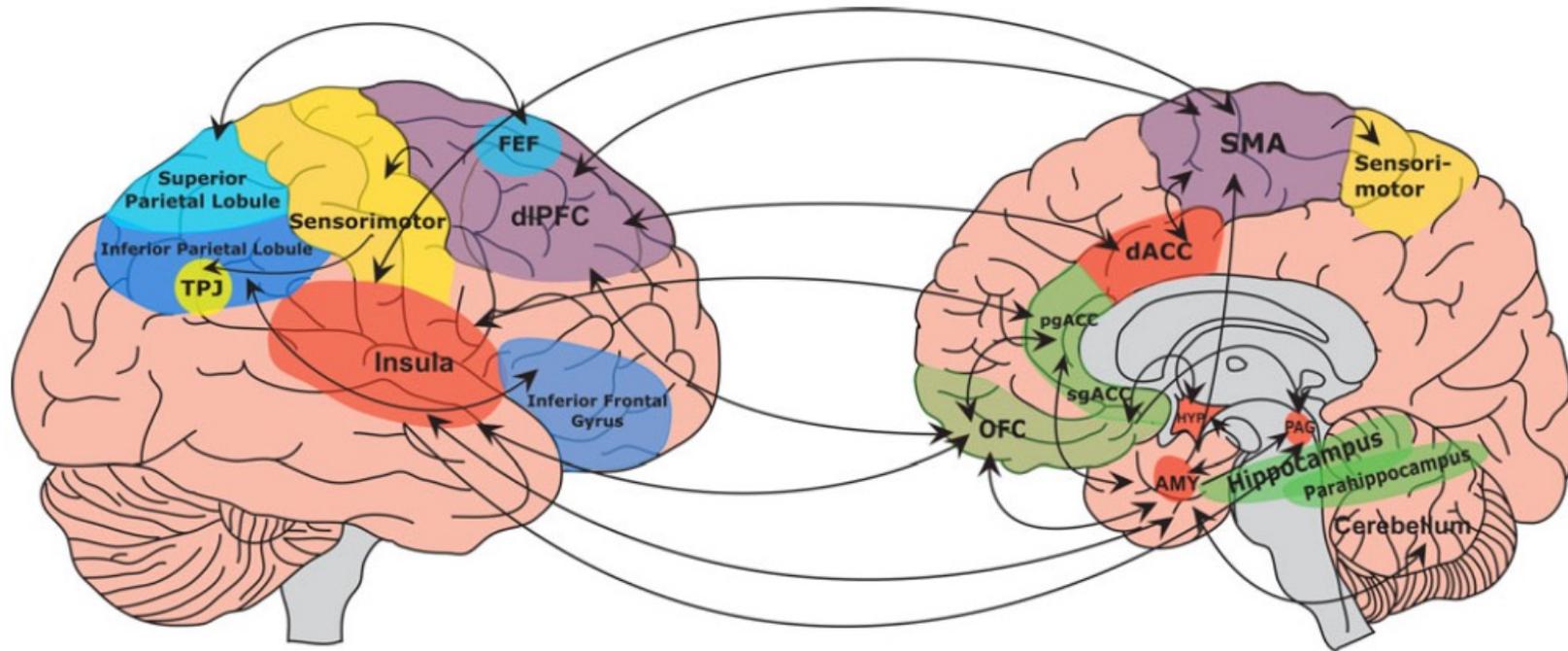
Hystérie et neurosciences



Exemple : lésions du lobe pariétal non-dominant (droit) provoquent une hémiparésie gauche

Figure 2. Abnormalities of several constructs (and their associated neural circuits) can interact in different ways to produce symptoms and observable signs of functional neurological disorder.

Hystérie et neurosciences



- Sensorimotor & TPJ networks: deficits in motor execution and feedforward signaling leading to impaired self-agency
- Salience network: altered homeostatic balance, interoception, multimodal integration and emotional/self-awareness
- Limbic network: impaired emotion regulation, fear extinction, value-based viscerosomatic processing
- Dorsal attention network: altered goal-directed attentional mechanisms
- Ventral attention network: altered stimulus-driven attentional mechanisms
- Cognitive control and motor planning networks: motor planning deficits

Que disent les études de neuroimagerie ?

PAS NOMBREUSES !

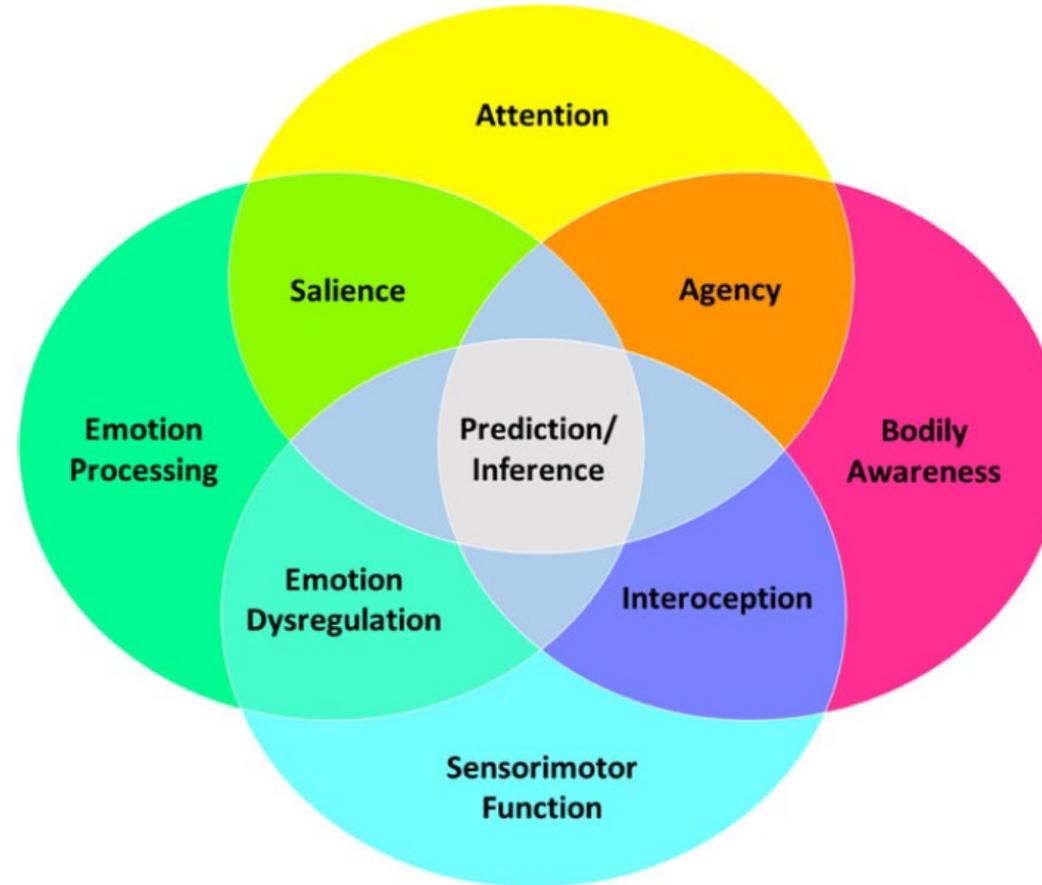
- ⇒ association potentielle avec un dysfonctionnement de l'hémisphère droit (non dominant)
- ⇒ altération de l'organisation des connexions (*diffusion tensor imaging, resting-state fMRI*)
- ⇒ diminution des volumes et de l'épaisseur de la matière grise (*voxel-based morphometry – VBM - & cortical thickness analysis*)

Hystérie : quelle est la cause ?

Developmental factors
(genetic & epigenetic & développ.)



Sex differences



Life experiences



Social & cultural norms



Figure 2. Abnormalities of several constructs (and their associated neural circuits) can interact in different ways to produce symptoms and observable signs of functional neurological disorder.

L'Hystérie : une réponse anti-stress inadaptée ?

Association entre le stress au début de la vie et des changements structurels du cerveau :

=> Modèles animaux de stress chronique : modifications neuroplastiques de certaines zones (mPFC, ACC, HIP, AMG)

=> Etudes humaines (ex. chez les PNES) : réductions de matière grise associées à des antécédents de traumatisme infantile dans certaines régions du cerveau (ACC, OFC, INS, HIP, CD)

? Origine de la « personnalité borderline » ?

Diverses stratégies anti-stress

What do you do when you are not the alpha male ? (and even if you are ...)



Robert Sapolsky
1957-
Neuroendocrinologist



Beyond Fight or Flight :

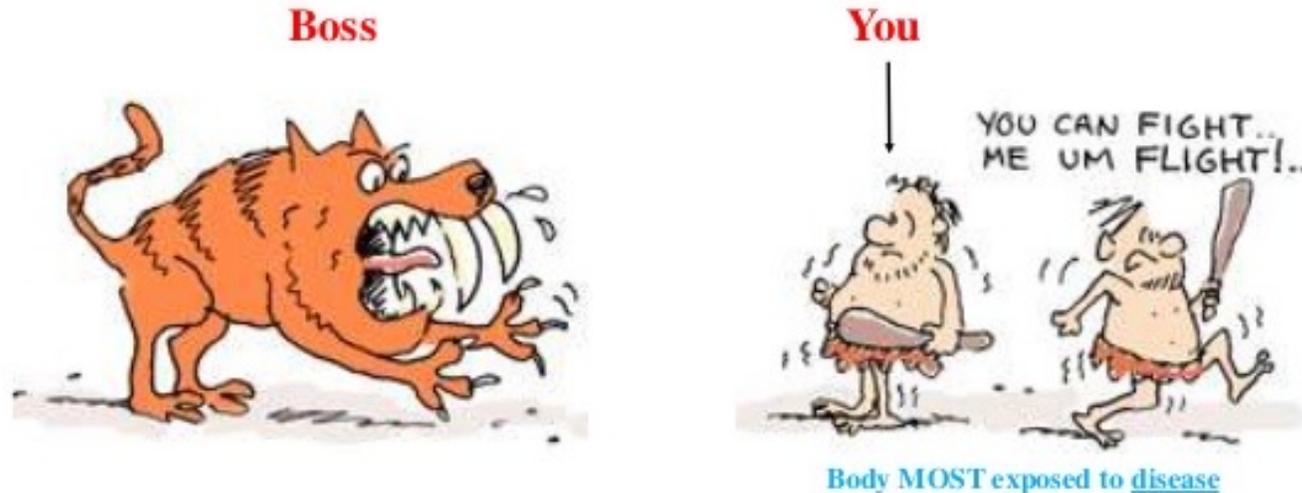
Faints the disease !

The disease elicits caring empathy from the group

Diverses stratégies anti-stress

Pourquoi cela devrait-il être si différent chez nous ?

“Could I see you for a moment in my office, please?”



Cela n'arrive pas qu'aux autres ...

L'hystérie en temps de guerre :

=> Le sexe masculin n'est pas immun

=> Le stress à l'âge adulte peut générer les mêmes symptômes

***20 to 30% of soldiers expressed
“hysteric-like” symptoms***

Reid F. 'His nerves gave way': Shell shock, history and the memory of the First World War in Britain. Endeavour. 2014 Jun 12.



His eyes express the madness of the war: Shell shocked soldier in a trench during the Somme Offensive
<https://jehebternietvoorgekozen.wordpress.com/2017/10/31/shell-shock-een-oorzaak-voor-ptss/>

Functional Neurological Disorder (FND) (formerly hysteria)

Depression

Ex. increases
sensitivity to pain

Pseudo- neurological symptoms

Anxiety

Ex. may increase
health concern

Expectations

Ex. somatic focus
amongst doctors

Context

Ex. litigation

Cultural

Ex. stigma of
mental illness,
language barrier

Quelle attitude thérapeutique ?

NE PAS FAIRE :

Ne jamais dire : « vous n'avez rien »

Ne pas se monter perplexe, anxieux ou incertain

Ne pas donner des conseils ambigus ou contradictoires

Ne pas demander des examens inutiles

“A medicalising doctor and a somatising patient are a bad combination”

FAIRE :

Soyez empathique

Rassurer le patient : vous le prenez au sérieux et vous n'allez pas l'abandonner

Décrire le problème plutôt que d'être obsédé par un diagnostic

Réorienter l'accent : *“c'est grave mais ce n'est pas ce que vous pensez ”*

« Triangler » : vous avez besoin de l'avis de quelqu'un de plus spécialisé que vous (afin d'introduire le psy)

Traiter le symptôme : si la plainte est motrice, prescrire une kinésithérapie

Quelle attitude thérapeutique ?

Pour les patients chroniques, un double suivi :

Par le **neurologue** : plus habitué des symptômes, peut proposer des traitements symptomatiques et physiques (kiné)

Par le **psychiatrie** : plus habitué à gérer les troubles du comportement, la dépression, l'anxiété, le contexte familial et social

N'OUBLIEZ PAS :

Pour le patient, il peut être préférable de perdre la santé que de perdre la face !



THANK YOU