

# Profil psychiatrique des personnes reçues en consultation de liaison pour des troubles à symptomatologie somatique et neurologique fonctionnelle au CHU de Lille



N. de Casanove<sup>3</sup>, C.L. Charrel<sup>2,4</sup>, S. Brenek<sup>1,2</sup>, S. Duhem<sup>1,2</sup>, C. Vincent<sup>2,3</sup>, M. Horn<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CHU de Lille

<sup>2</sup> F2RSM Psy - fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, Saint-André-lez-Lille

<sup>3</sup> EPSM Lille-Métropole, Armentières

<sup>4</sup> Centre de psychothérapie Les Marronniers, Bully-les-Mines

## Contexte

La prévalence du trouble à symptomatologie somatique (TSS) serait de 5 à 7 % en population générale (1). Le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (TSNF) est apparenté au TSS. Le développement et l'épidémiologie de ces troubles sont mal connus. Certains facteurs de risques, comme les psychotraumatismes (2) ou l'alexithymie (3), semblent jouer un rôle. Des comorbidités psychiatriques peuvent aggraver le retentissement fonctionnel (4). Peu de données épidémiologiques françaises sur les TSS et TSNF sont publiées à ce jour.

L'objectif de notre étude est de décrire la prévalence de facteurs de risque et comorbidités psychiatriques dans une population souffrant de TSS et TSNF.

## Méthode

Dans une étude transversale descriptive, nous avons analysé les réponses à des autoquestionnaires de dépistage chez 70 patients reçus pour TSS ou TSNF en consultation de liaison psychiatrique au CHU de Lille de septembre 2020 à mars 2022. Une analyse de corrélation entre le score Somatic Symptom Disorder (SSD12) et les facteurs de risques et comorbidités psychiatriques a été réalisée en supplément.

## Résultats

L'échantillon comprend 40 femmes et 30 hommes. L'âge moyen est de 41,2 ans.

Concernant la sévérité des symptômes, le score SSD12 moyen est de 28,7 et le score PHQ15 est élevé dans 90,3 % des cas.

On retrouve une proportion de 73 % de troubles de la personnalité (score PDQ4), 71 % de traumatismes dans l'enfance (score CTQ), 48 % de troubles anxieux et 30 % de troubles dépressifs (score HAD), 22 à 38 % de troubles dissociatifs (score DES, SDQ, CDS) et 35 % d'alexithymie (score TAS20).

Le score SSD12 montre une corrélation significative positive avec les scores HAD dépression et anxiété, PDQ4, CDS, DES, TAS et PHQ15.

Spécialité qui adresse en consultation, n (%)	
Neurologie	51 (72.9)
Médecine interne	8 (11.4)
Infectiologie	2 (2.9)
Psychiatrie	2 (2.9)
Centre de la douleur	1 (1.4)
Chirurgie digestive	1 (1.4)
Gastro-entérologie	1 (1.4)
Médecine physique et réadaptation	1 (1.4)
Urologie	1 (1.4)
NA	2 (2.9)
Symptômes somatiques prédominants, n (%)	
Douleurs	29 (41.4)
Troubles digestifs	2 (2.9)
Asthénie/fatigabilité	2 (2.9)
Symptômes neurologiques prédominants, n (%)	
Troubles moteurs	16 (22.9)
Troubles sensitifs	12 (17.1)
Troubles de la marche	7 (10.0)
Vertiges	3 (4.3)
Troubles urinaires	2 (2.9)
Troubles de déglutition	2 (2.9)
Lipothymie/perte de connaissance	2 (2.9)
Troubles visuels	1 (1.4)
Dysarthrie	1 (1.4)
Symptômes prédominants non spécifiés, n (%)	
Présentation polymorphe ou symptômes non spécifiés	7 (10.0)
Diagnostic DSM-5, n (%)	
Trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle	42 (60.0)
Trouble à symptomatologie somatique	38 (54.3)
Coexistence	13 (18.6)
NA	3 (4.3)

Tableau : présentation clinique

(NA : donnée non disponible ; plusieurs symptômes prédominants peuvent être renseignés pour un individu)

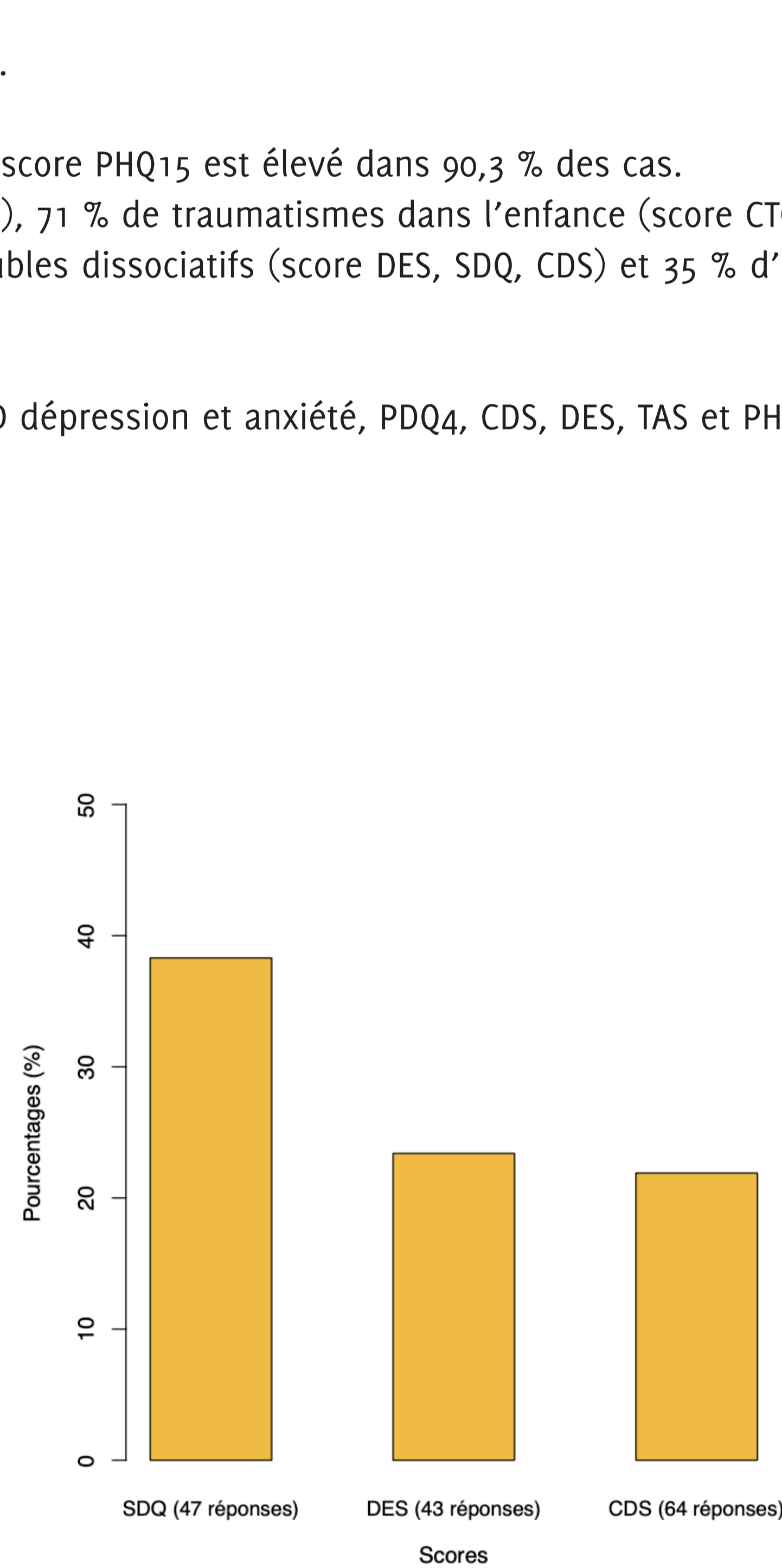


Figure 2 - scores pathologiques des troubles dissociatifs

Dimensions de la dissociation explorées :  
-SDQ : dissociation somatoforme  
-CDS : dépersonnalisation  
-DES : dépersonnalisation/déréalisation, amnésie et fragmentation de l'identité, absorption dans une activité imaginative

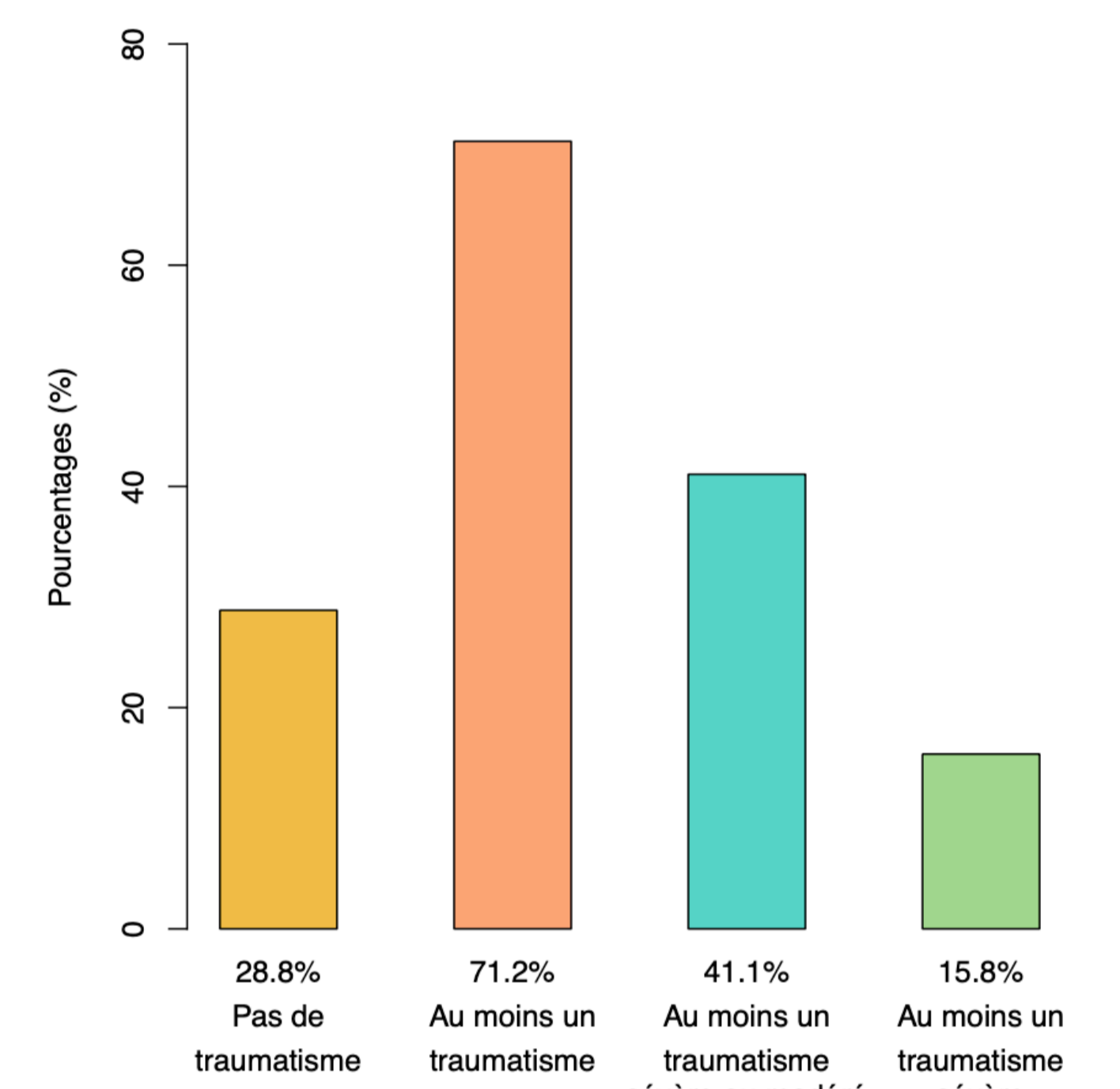


Figure 1 - sévérité globale des traumatismes précoces retrouvés au Childhood Trauma Questionnaire

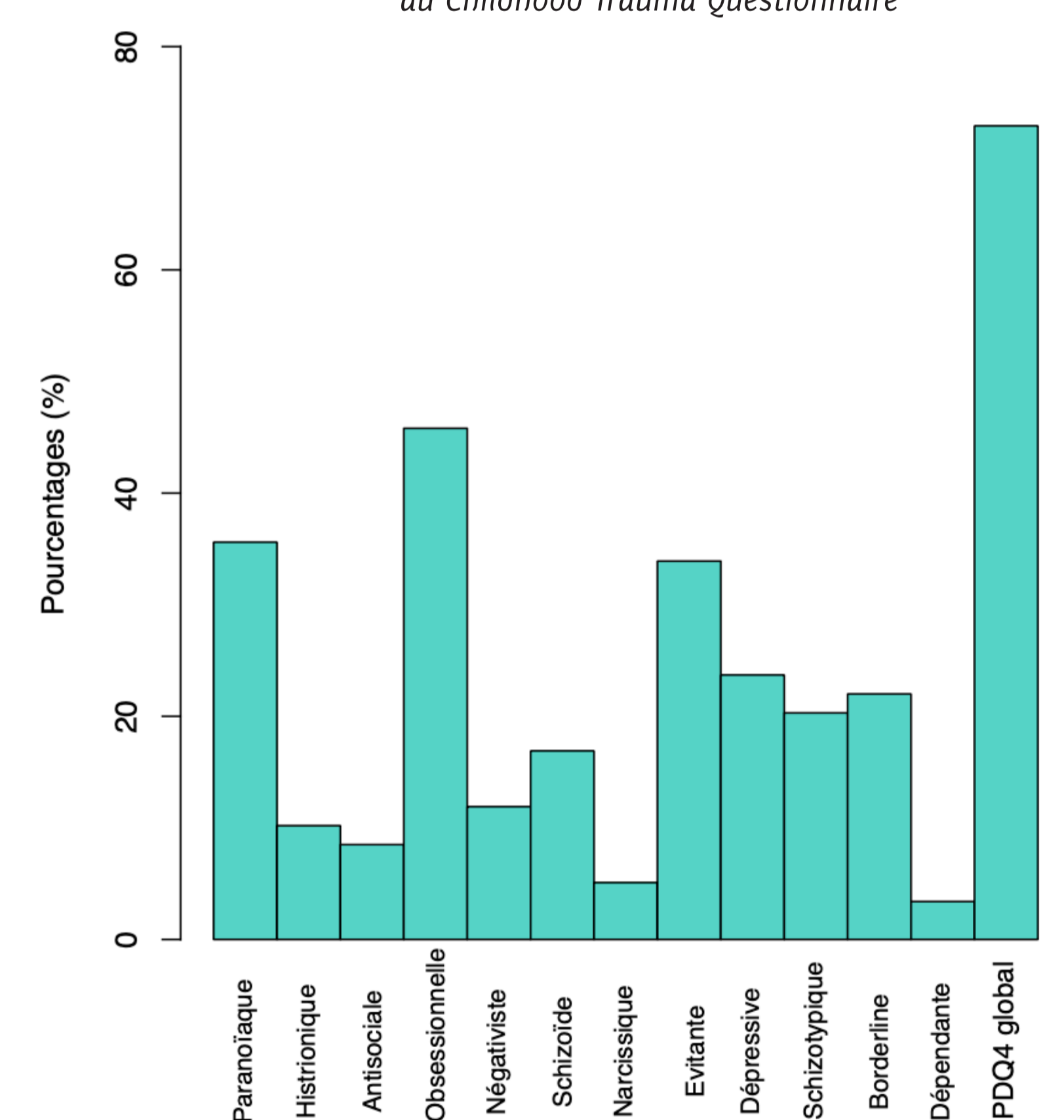


Figure 3 - personnalités pathologiques retrouvées au Personality Disorder Questionnaire

## Discussion - Conclusion

Les troubles dissociatifs, anxieux, dépressifs et troubles de la personnalité sont fréquents parmi des patients consultant en psychiatrie de liaison pour des TSS ou TSNF. L'alexithymie et les traumatismes dans l'enfance sont des facteurs de risque fréquents dans cette population. Cependant, l'utilisation d'autoquestionnaires limite la fiabilité des diagnostics.

La prise en compte attentive des comorbidités psychiatriques dans les TSS et TSNF permettrait d'agir sur l'ensemble des cibles thérapeutiques disponibles pour obtenir une amélioration globale.

Des données prospectives seraient utiles pour mieux comprendre l'impact des comorbidités psychiatriques sur le pronostic des TSS et TSNF.

## Références bibliographiques

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5e éd. Arlington; 2013.
- Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, et al. Psychological Trauma and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychosom Med. janv 2014;76(1):2-11.
- Tominaga T, Choi H, Nagoshi Y, Wada Y, Fukui K. Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. NDT. déc 2013;55.
- Liao SC, Ma HM, Lin YL, Huang WL. Functioning and quality of life in patients with somatic symptom disorder: The association with comorbid depression. Compr Psychiatry. avr 2019;90:88-94.

Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

211 rue du Général Leclerc - 59350 Saint-André-lez-Lille - France  
Tél 03 20 44 10 34 - directeur : Dr Maxime Bubrovsky

F2RSM PSY [www.f2rsmpsy.fr](http://www.f2rsmpsy.fr)

