

# LA MÉDECINE CLINIQUE

---

## L' ACTE MÉDICAL

La médecine clinique est la réponse professionnelle à l'appel d'un individu qui se déclare malade ou qui redoute de le devenir.

Le recours à la médecine suppose que l'on considère, la maladie, la souffrance et la mort prématurée comme inacceptable.

La médecine est de fait un combat contre l'ordre naturel . Elle rejette la croyance en une nature idyllique idéalement auto régulée ou l'initiative humaine serait source de désastre.

Ayant la prétention de lutter contre l'ordre naturel, l'intervention médicale doit faire la preuve que son résultat est bénéfique par rapport à une évolution naturelle des troubles.

Le consentement aux soins est le préalable obligé de tout acte médical et la décision partagée avec un patient autonome est la règle. La décision de recourir à un acte médical appartient dans la majorité des cas à celui qui estime que ce qu'il éprouve ou que ce qui l'inquiète est du ressort du médecin. Cette décision implique qu'au delà des sensations et de leurs déterminismes biologiques soit élaboré un jugement transformant la sensation éprouvée ou la modification corporelle perçue en un symptôme relevant d'une intervention médicale.

La maladie au sens de perception d'être malade, désignée par le terme anglais illness peut être le fait d'une sensation de malaise mal défini, d'un état affectif pénible, d'une perception de sensations somatiques telle qu'une douleur, une fatigue ,une dyspnée, de la prise de conscience d'une différence pénalisante par rapport à un état antérieur ou par rapport aux autres, de la constatation d'une rupture de ce qui est perçu comme la normalité structurelle ou fonctionnelle du corps faisant redouter une souffrance ou la mort ou entravant l'aspiration au plaisir. Cette perception de la maladie s'oppose au sentiment de bien être, d'équilibre, de plénitude des fonctions corporelles, d'oubli du corps, sentiments qui n'excluent pas la conscience de la maladie possible.

Le jugement du malade dont dépend la relation médicale clinique est fortement influencé par des données culturelles et sociales et le recours au médecin peut faire l'objet d'arbitrages avec d'autres ressources d'un sujet confronté à la souffrance et à la mort de type philosophique, magique ou religieux. Des phénomènes peuvent être ou non médicalisés selon les époques et le type des sociétés et seuls certains symptômes donnent aux yeux de la société le droit de se déclarer malade le terme anglais de sickness recouvrant cette signification sociale de la maladie. Même perçu comme d'ordre médical un symptôme n'entraîne une relation clinique que dans une minorité de cas, la majorité des symptômes étant gérés par attente de leur résolution spontanée ou leur disparition ou atténuation par automédication.

Au XXI<sup>e</sup> siècle dans les sociétés occidentales certains tendent à rendre la médecine garante d'une santé qu'ils assimilent non seulement au sentiment de bien-être physique , mais selon la définition qu'en a donné l'OMS à un parfait état de bien-être physique moral et social proche du bonheur en lui donnant un rôle qu'elle ne peut assumer bien que la médecine clinique soit devenue efficace au prix d'une plus grande complexité et d'une plus grande dangerosité.

Les patients attendent que les décisions prises dans le cadre de la rencontre médecin-malade quelles soient d'ordre techniques ou qu'elles ne mettent en œuvre qu'un processus psychologique de réassurance soient les plus pertinentes possibles. Il s'agit d'un pacte de confiance reposant sur la compétence elle-même liée à l'acquisition de connaissances scientifiques et humaines à la fois spécifiques et générale et d'aptitudes à la fois dans l'ordre technique et dans l'ordre de la communication.

*Partie volontairement effacée – disponible uniquement dans l'ouvrage intégral.*

# CONNAISSANCES SÉMIOLOGIQUES

Parmi les expériences psychologiques ou les modifications corporelles seul un petit nombre incite à avoir recours à une consultation médicale. Il s'agit de tout ce qui aboutit à la perception d'être ou de pouvoir devenir malade. Il peut s'agir de sensations appelées éprouvées d'une grande banalité qui peuvent prendre du fait de leur caractère inhabituel, de leur intensité, de leur durée un caractère alarmant et être source de craintes et/ou de souffrances conduisant à la consultation médicale, de modifications corporelles structurelles ou fonctionnelles perçues comme le signal d'un désordre qui menace l'intégrité de l'organisme ou comme un sentiment d'être différent.

A côté des symptômes et signes cliniques le clinicien prend en compte dans sa démarche diagnostique et dans la gestion des pathologies de très nombreux signes obtenus grâce à la mise en œuvre de différentes techniques venant en complément de la clinique.

Dans cette partie nous développons les connaissances permettant à partir d'un symptôme ou d'un signe clinique ou para clinique de conduire une démarche diagnostique et de permettre l'accès aux connaissances nosologiques.

*Partie volontairement effacée – disponible uniquement dans l'ouvrage intégral.*

## ANALYSE SÉMIOLOGIQUE D'UNE SENSATION DE FATIGUE

Le sentiment de fatigue ou asthénie est un éprouvé universel, motif fréquent de consultation. Comme tout éprouvé il s'agit d'une sensation ou d'un sentiment passé au filtre de nos états émotifs et de notre cognition. Toute activité physique ou psychosensorielle trop prolongée ou trop intense est responsable d'une fatigue réversible par le repos correspondant à un phénomène physiologique mais ce type de fatigue peut être considéré comme anormal par rapport à une norme supposée ou à un état antérieur.

Le sentiment de fatigue définit comme le sentiment de ne plus avoir les moyens de sa volonté sans en percevoir clairement la raison peut coïncider ou non avec le phénomène de fatigue définit sur des bases physiologiques de baisse du pouvoir fonctionnel d'un système pour une incitation constante.

Les patients expriment ce sentiment par un vocabulaire varié. La lassitude comporte une idée de démission, de sentiment d'usure et de perte du désir. L'épuisement renvoie à la perte de nos réserves énergétiques, l'accablement correspond au sentiment d'être dépassé par des charges trop lourdes à porter.

La prévalence des pathologies expliquant le sentiment de fatigue est variable selon qu'elle est établie à partir de consultations de soins primaires ou de consultations de centres de référence.

Les causes de fatigues peuvent être classées en causes organiques, en causes psychiques, en causes physiologiques, en causes mixtes et en causes indéterminées.

Le plus souvent la fatigue bien que mise en avant par le patient n'est qu'un élément d'une symptomatologie comportant des signes de plus grande valeur diagnostique et, la diversité des pathologies pouvant en rendre compte donne une place essentielle à la clinique.

### LES FATIGUES SOMATIQUES

Si les fatigues psychogènes sont les plus fréquentes, les étiologies organiques doivent rester au premier plan des préoccupations du médecin en raison des conséquences graves des erreurs diagnostiques.

Les caractères sémiologiques différenciateurs entre fatigue organique et psychique sont le plus souvent fragiles. Schématiquement une fatigue à prédominance vespérale, ne s'accompagnant pas ou peu de modification de l'état mental, à prédominance de fatigabilité musculaire, liée à l'effort, constante d'un jour à l'autre, améliorée par le repos est plus probablement organique alors qu'une fatigue à prédominance matinale, d'une grande variabilité d'un jour à l'autre, non influencée ou aggravée par le repos, disparaissant lors de certaines activités est plus probablement psychique.

Quelque que soit les données recueillies lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique la possibilité d'observer une pathologie organique révélée par une fatigue isolée justifie de pratiquer si le sentiment de fatigue ne disparaît pas spontanément un bilan biologique comprenant consensuellement : un hémogramme, une VS, une CRP, une créatininémie, une glycémie, un ionogramme plasmatique avec calcémie, un dosage de TSH, une ferritinémie, une étude du sédiment urinaire. D'autres investigations biologiques ou radiologiques seront pratiqués en fonction de signes d'orientation associés au sentiment de fatigue et dans les formes chronique un test d'effort sera pratiqué pour évaluer la corrélation entre l'éprouvé et les tests objectifs de performance physique.

On peut ainsi attribuer dans près de 40% des cas une fatigue à une pathologie organique chez des patients dont le diagnostic n'apparaît pas évident lors d'une première consultation .Il peut s'agir :

-de pathologies infectieuses qui sont souvent évoquées en première intention dans la mesure ou la plupart des maladies infectieuses aiguës sont asthéniantes et plus particulièrement les infections virales à virus grippal, à virus EBV, CMV et HIV et à virus des hépatites. Les signes associés à la fatigue orientent habituellement le diagnostic .Parmi les infections bactériennes intracellulaires la brucellose et la maladie de Lyme sont les micro organismes les plus souvent en cause.Le lien entre la fatigue et ses infections existe lorsqu'il existe des éléments sérologiques de chronicité mais est plus discutable lorsque la fatigue persiste après un traitement adapté et dans un certain nombre de cas de fatigues chroniques post infectieuses le rôle des croyances apparaît important.

-de pathologies toxiques et médicamenteuses qui faute d'un interrogatoire rigoureux peuvent être non diagnostiquées. Il s'agit principalement des intoxications à l'oxyde de carbone, des intoxications alcooliques chroniques, des syndromes de sevrage ,des effets secondaires médicamenteux de nombreuses classes thérapeutiques devant conduire à une interruption des traitements non indispensables.Les intoxications liées à des toxiques industriels ou à des toxiques de l'environnement ou à une exposition à des particules ou à des ondes sont peu fréquemment en cause mais peuvent être à l'origine de comportement sinistrosiques.

-de pathologies cancéreuses ou la fatigue a souvent le caractère d'une faiblesse musculaire et d'une fatigabilité. La production de cytokines proinflammatoires serait l'un de mécanismes possibles mais des facteurs nutritionnels, thérapeutiques et psychologiques peuvent également être en cause Malgré la fréquence de la fatigue associée aux cancers l'asthénie isolée est rarement le symptôme initial d'un cancer occulte.

-de pathologies systémiques et dysimmunitaires dans lesquelles la fatigue est souvent rapportée le plus souvent associée à l'activité de la maladie Dans les fatigues chroniques invalidantes des anomalies variées ont été rapportées notamment une diminution des lymphocytes NK et une augmentation des lymphocytes cytotoxiques mais la recherche de ces anomalies n'est pas justifiée en clinique.

-de pathologies endocriniennes qui comportent fréquemment dans leur symptomatologie une fatigue aussi bien liée à un excès qu'à une insuffisance hormonale. L'insuffisance surrénalienne peut donner lieu à des retards diagnostiques importants. L'hypercorticisme peut donner des tableaux trompeurs du fait d'un état dépressif associé. L'insuffisance hypophysaire est de diagnostic difficile dans ses aspects dissociés.

-de pathologies métaboliques et nutritionnelles qui entraînent souvent une fatigue décrite dans des carences nutritionnelles globales ou sélectives, en particulier en vitamines et en oligoéléments et chez les patients obèses.

-de pathologies neuromusculaires qui en dehors de la sensation de fatigue peuvent être pauci symptomatiques. Les fatigues liées à une pathologie du nerf périphérique, de la jonction neuromusculaire ou du muscle se présentent sous forme de faiblesse musculaire généralisée ou d'intolérance à l'exercice.La fatigue est également rapportée dans des pathologies neurologiques centrales (sclérose en plaque, maladie de Parkinson) et peut être le symptôme inaugural d'une tumeur frontale ou préfrontale. Les fatigues liées à des troubles du sommeil sont le plus souvent associées ou confondues avec la somnolence. Dans les fatigues chroniques invalidantes inexpliquée les anomalies objectives du sommeil sont en général mal corrélées à l'importance de la fatigue.

-de pathologies hépatiques qui sont responsables d'une fatigue de mécanisme mal élucidé.

-de pathologies cardiovasculaires et respiratoires qui peuvent s'accompagner à un stade plus ou moins avancé d'une fatigue. L'hypertension artérielle pulmonaire donne souvent lieu à des retards diagnostiques la dyspnée d'effort initiale étant souvent présenté au médecin comme une fatigue. Des troubles du rythme non ressentis sous forme de palpitations peuvent également se présenter sous forme de fatigue.

### **LES FATIGUES PHYSIOLOGIQUES**

La fatigue physiologique liée à un déséquilibre entre l'effort et le repos n'est pas forcément perçue comme telle par le patient et serait à l'origine de 3% des consultations pour fatigue. Elle peut être liée à un surmenage professionnel, familial ou de loisir, à des efforts physiques intenses, à des conditions climatiques exceptionnelles, au décalage horaire, à un sommeil insuffisant.

Elle n'est pas toujours facilement séparable d'une fatigue psychologique s'accompagnant fréquemment de phénomènes anxieux particulièrement en cas de syndrome d'épuisement (burn out) ou de surinvestissement névrotique dans le travail (workaholism)

La fatigue sportive source de plaisir devrait échapper au médecin mais elle peut être à l'origine de demande de consultations au nom des performances et d'une confrontation à nos limites qui devient source de souffrance.

### **LES FATIGUES PSYCHOPATHOLOGIQUES**

Les fatigues liées à des troubles psychopathologiques ont une prévalence importante et l'on doit dès la première consultation sur les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique déterminer la probabilité diagnostique d'un tel trouble.

Les causes psychiatriques de fatigue sont dominées par la dépression majeure et les troubles anxieux qui sont retrouvés plus fréquemment chez les patients consultant pour fatigue que chez les patients consultant pour d'autres symptômes. Un trouble de type trouble de somatisation ou troubles somatoformes est retenu dans 2 à 7% des cas et dans la longue liste des symptômes éprouvés par ces patients la fatigue tient une place importante. Elle peut être conceptualisée comme la traduction somatique d'une souffrance affective liée à une frustration, ou à un désir interdit. Un trouble psychotique peut également être en cause.

Les troubles psychopathologiques diagnostiqués ne peuvent être qu'une comorbidité masquant ou modifiant l'expression d'une autre pathologie. Leur recherche et le fait de les envisager comme cause probable de la fatigue est souvent dans les fatigues chroniques invalidantes à l'origine de conflits d'attribution entre les causes privilégiées par le médecin et celles privilégiées par le malade aboutissant à une perte de confiance et il est rare que le traitement chez ces malades d'un trouble anxieux ou dépressif les soulagent durablement.

### **LES FATIGUES INEXPLIQUÉES**

Un certain nombre de patients présentent une fatigue chronique sans cause évidente, d'une durée supérieure à 6 mois qu'ils considèrent comme invalidantes. Ils peuvent être classés par un système de critère dans un cadre nosologique appelé syndrome de fatigue chronique. Ce cadre nosologique se veut neutre par rapport aux différentes hypothèses physiopathologiques explicatives qu'elles soient organiques ou psychogènes mais il est essentiellement utilisé par des médecins favorisant les explications organiques.

*Partie volontairement effacée – disponible uniquement dans l'ouvrage intégral.*

# LES CONNAISSANCES NOSOLOGIQUES

Les cadres nosologiques sont des outils conceptuels utilisés dans la prise de décision médicale . Bien qu'aucune hiérarchie introduite dans un système de classification ne soit satisfaisante il est habituel de regrouper les différents cadres nosologiques en fonction des organes et/ou des tissus et/ ou des appareils préférentiellement concernés en désignant sous le nom d'appareil l'ensemble des organes et/ou tissus participant à une fonction de l'organisme. Certaines pathologies peuvent concerner l'ensemble de l'organisme et justifient un regroupement différent c'est en particulier le cas de certaines pathologies génétiques, des pathologies du tissu vasculaire et du tissu de soutien de certaines pathologies oncologiques, de troubles des fonctions immunitaires. Il peut être également utile de réunir des connaissances en fonction des agents étiologiques responsable de la pathologie.

*Partie volontairement effacée – disponible uniquement dans l'ouvrage intégral.*

## MALADIES VASCULAIRES ET CARDIAQUES

### L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ESSENTIELLE

Sous le terme d'hypertension artérielle essentielle (HTA) on désigne une pression artérielle systémique supérieure à 140/90 mm hg en dehors d'une pathologie causale identifiable. L'élévation de la tension artérielle peut porter sur les valeurs diastoliques et systoliques.

#### **Épidémiologie**

Les études épidémiologiques ont montré que l'âge, l'obésité, la consommation d'alcool ,le diabète sont des facteurs de risque de l' HTA.

La prévalence de l' HTA systolique isolée augmente avec l'âge affectant 50% des sujets de plus de 60 ans. Dans l'étude de Framingham 90% des participants ayant une tension normale à 55 ans développe une HTA.

#### **Présentation clinique**

Il est rare qu'une HTA puisse être suspectée sur des symptômes ou des signes cliniques. Dans l'immense majorité des cas l' HTA essentielle est asymptomatique. Elle peut exceptionnellement être responsable de céphalées et encore plus rarement d'une encéphalopathie

#### **Diagnostic**

Le diagnostic d' HTA repose sur la mesure clinique de la pression artérielle qui sert d'unique référence pour les données épidémiologiques et thérapeutiques.

Le caractère variable de la pression artérielle a conduit à proposer à coté de la mesure clinique classique , l'automesure et la mesure ambulatoire pendant 24 heures.

Ce type de mesure permet de diagnostiquer un effet blouse blanche correspondant à une élévation de la pression artérielle liée à la réaction d'alarme créée par l'environnement médical et l'hypertension masquée correspondant à des chiffres élevés de pression artérielle dans la vie courante alors que les chiffres sont normaux au cabinet médical .

L'évaluation diagnostique doit également comporté une recherche d'une cause identifiable d' HTA (cf) et une évaluation de l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire et des atteintes des organes cibles.

#### **Histoire naturelle - Facteurs pronostics - Évolution sous traitement**

Dès 1925 les rapports des sociétés d'actuaire ont établi un lien entre la mort prématurée chez l'homme et des valeurs élevés de pression sanguine. L' HTA contribue de façon importante à la mortalité et à la morbidité cardio et cérébro vasculaire et c'est cette forte contribution qui fait considérer l'HTA comme un concept nosologique pertinent indépendamment de ses causes et de ses mécanismes.

Dans les études de population il n'y a pas de valeur seuil de pression artérielle au dessous duquel l'incidence des évènements cardiovasculaires cesse de décliner et de ce fait on peut penser que la pression artérielle

diastolique optimale devrait se situer autour de 70 mmHg, chiffres les plus bas observés dans les populations de pays industrialisés.

De nombreux organes sont sensibles aux effets délétères de l'HTA et le risque de survenue de ces événements qui s'observe dans toutes les tranches d'âge est potentialisé par la présence d'autres facteurs de risque cardiovasculaire.

- LHTA est un facteur de risque des AVC qui peuvent être en relation avec des lésions d'athérosclérose des gros vaisseaux responsables de lésions ischémiques ou avec des altérations des petits vaisseaux responsables de lésions lacunaires ou d'hémorragies intracérébrales en relation avec des micro anévrysmes souvent localisés dans les tissus hémisphériques profonds.

-L'HTA chez le sujet âgé est étroitement corrélée à l'altération des fonctions cognitives et à la survenue de démences. Le lien épidémiologique concerne à la fois les démences vasculaires et les démences de type Alzheimer. Le risque de survenue d'une démence dans les quatre ans suivant un infarctus cérébral est multiplié par 5.5.

-L'HTA est responsable d'une atteinte rétinienne étroitement liée au retentissement cérébral et concernant 6 à 10% des hypertendus. Le rétrécissement généralisé des artéioles rétiniennes liée à un épaississement intimal, à une hyperplasie de la media, à une dégénérescence hyaline et à une sclérose est la conséquence de pression sanguine chroniquement élevée. Ce rétrécissement généralisé s'accompagne de modifications de la jonction veino artérielle. D'autres complications de la vascularisation rétinienne peuvent s'observer tel que des macro anévrysmes ou des occlusions de branche veineuse. Les stades exsudatifs correspondent à une rupture de la barrière sang-rétine avec micro anévrysmes, hémorragies, exsudats. Ces lésions tardives sont semblables à celle observées dans le diabète. Elles témoignent de la sévérité de l'hypertension et augmente le risque d'AVC et de décès. L'œdème du disque optique est en relation avec l'hypertension maligne.

-L'HTA est liée souvent par une relation de causalité à diverses manifestations cardiaques parmi lesquelles l'hypertrophie ventriculaire gauche qui prédit de façon indépendante un mauvais pronostic, l'insuffisance cardiaque congestive, les dysrythmies cardiaques et particulièrement la fibrillation auriculaire et la pathologie cardiaque ischémique.

-L'HTA induit une néphroangiosclérose caractérisée par une glomérulosclérose dont l'hypertension intra glomérulaire paraît être le déterminant essentiel et qui peut conduire à une insuffisance rénale terminale.

L'HTA évolue pendant des années sous une forme asymptomatique favorisant la survenue de ces complications mais son histoire naturelle peut être modifiée de façon très importante par la prise en charge thérapeutique.

Bien qu'aucune modification du style de vie prise isolément n'ait démontré son efficacité dans des essais cliniques les études épidémiologiques suggèrent qu'une réduction modeste des chiffres tensionnels sur une grande population peut diminuer la morbi-mortalité cardiovasculaire.

La clarté de la démonstration des bénéfices du traitement médicamenteux de l'HTA est proportionnelle à l'importance de celle-ci. La plupart des essais ont été conduits chez des hypertendus de moins de 70 ans sélectionnés sur des valeurs élevées d'hypertension diastolique.

Une méta-analyse montre qu'une baisse de pression artérielle systolique de 10 mmHg et diastolique de 5 mmHg sous traitement est associée à une réduction de 22% (IC à 95% :17-27) des événements coronariens et de 41% (IC95% :33-48) des AVC cliniques. Des essais conduits spécifiquement chez les sujets âgés montrent également une diminution de la morbi mortalité cardio et cérébrovasculaire grâce au traitement pharmacologique de l'HTA à prédominance systolique.

Les études observationnelles suggèrent un effet protecteur du traitement de l'hypertension sur les capacités cognitives et plusieurs études contrôlées randomisées confirment une diminution significative du risque de démence du traitement versus placebo. Les patients hypertendus traités conservent cependant un risque de maladie cardiovasculaire plus élevé que les sujets sans hypertension probablement en raison d'autres facteurs de risque associés. Il a également été constatée que les valeurs basses de tension diastolique s'accompagnent d'une augmentation des décès et des infarctus du myocarde avec un doublement de l'odd ratio au dessous de 70mmHg illustrant le phénomène appelé courbe en J. Un risque augmenté de pathologie cancéreuse est également observé probablement lié à des facteurs de risque communs.

### **Physiopathologie - Traitement-Prévention**

La pression sanguine est déterminée par trois variables, le volume intravasculaire fonctionnel, le débit cardiaque et le tonus vasculaire. Toute élévation de la pression artérielle reflète un trouble de la relation entre le débit cardiaque et les résistances périphériques. Dans ce processus peuvent schématiquement intervenir des consommations élevées de sodium conduisant à l'augmentation des volumes liquidiens intravasculaires et du débit cardiaque et à une augmentation des résistances périphériques, une anomalie rénale de l'élimination de

sel, des anomalies cellulaires au niveau de la paroi vasculaire, des anomalies hormonales du système rénine-angiotensine ou une anomalie du système nerveux sympathique.

Il faut en fait considérer l'hypertension essentielle comme un cadre nosologique hétérogène pouvant relever de mécanismes physiopathologiques différents.

Il est probable que des facteurs génétiques sont impliqués dans la réabsorption rénale du sodium et dans la régulation du tonus vasculaire. Sur cette prédisposition des facteurs d'environnement et en particulier les modalités alimentaires occidentales contribuent à générer un excès de sodium et un déficit potassique et une augmentation des résistances vasculaires périphériques.

Chez les sujets jeunes qui développent une hypertension diastolique il existe une augmentation des résistances périphériques et une activité sympathique élevée.

Chez les sujets âgés avec HTA systolique le défaut de compliance est au premier plan. La paroi artérielle réagit à l'augmentation de pression en augmentant sa masse et donc son épaisseur par un phénomène de remodelage de la paroi artérielle dans lequel intervient les cellules musculaires lisses et les cellules endothéliales.

L'augmentation du collagène artériel est en relation avec le développement de la rigidité des gros troncs artériels. Ceci se traduit par des modifications de la distension des artères appelé compliance artérielle et à côté du phénomène de remodelage l'HTA favorise l'athérosclérose.

-Le seul critère d'efficacité pertinent pour les traitements de l'HTA est la réduction de la morbidité et de la mortalité liée à l'élévation des chiffres tensionnels.

Par consensus d'expert les objectifs cibles sont en cas d'hypertension artérielle essentielle non compliquée l'obtention d'une tension de 140mmHg/90mmHg et en cas de diabète ou de néphropathie une tension de 130mm/80 sans effets secondaires des traitements.

L'approche thérapeutique fait appel à la fois à des modifications du style de vie et à une approche pharmacologique.

Les recommandations concernant le style de vie font partie des consensus d'experts. Elles incluent le contrôle du poids avec réduction de l'apport calorique, l'exercice, la restriction sodée, l'augmentation de la ration potassique et calcique, la modération de la consommation d'alcool. Les études DASH ont par ailleurs montrées qu'une alimentation plus riche en fruits et légumes que l'alimentation américaine classique réduit la pression systolique et diastolique.

Le traitement pharmacologique comporte les traitements permettant une diminution des chiffres tensionnels et les traitements susceptibles de réduire le risque cardiovasculaire.

Les traitements antihypertenseurs (cf) sont dans la majorité des cas les seuls à permettre d'atteindre les valeurs cibles de pression artérielle. Peu d'essais thérapeutiques ont montré la supériorité d'un médicament sur un autre. Le bénéfice du traitement est corrélé à la réduction de la tension artérielle plus qu'à une action spécifique d'une classe thérapeutique. Cependant certaines données suggèrent que les différentes molécules ne protègent pas de la même façon de toutes les complications.

En association au traitement hypotenseur des traitements non hypotenseurs sont justifiés chez de nombreux patients présentant des facteurs de risques de pathologies cardio et cérébrovasculaires. L'adjonction d'Aspirine à 75mg est conseillée chez les hypertendus diabétiques à la suite de l'étude HOT et celle d'une statine est conseillée à la suite de l'étude ASCOT.

-Les experts recommandent de n'instaurer un traitement pharmacologique que si l'hypertension est constatée à plusieurs reprises sur une durée de 3 à 6 mois au cours de laquelle des conseils concernant les modifications du mode de vie sont donnés. Les recommandations concernent aussi bien l'hypertension systolo-diastolique que l'hypertension systolique et sont valables quel que soit l'âge. Cependant chez les sujets âgés fragiles la mise en œuvre du traitement doit être progressive. Une surveillance du ionogramme et de la créatinine est recommandée dans les 7 jours suivant l'introduction du traitement et au minimum tous les 6 mois.

Si les résultats de l'étude ALLHAT sont considérés par de nombreux experts comme un argument de prescription en première intention dans la majorité des cas d'un diurétique thiazidique les effets potentiellement néfastes des thiazidiques sur d'autres facteurs de risques de pathologie cardiovasculaire font préconiser par d'autres experts la prescription des inhibiteurs de l'enzyme de conversion qui ont des avantages théoriques qui semblent corroborer par l'étude ANBP2 conduite avec l'Enalapril.

Pour certains experts les comorbidités doivent influencer la prescription de première intention. Si l'HTA s'accompagne d'une insuffisance cardiaque un IEC ou un bloqueur des récepteurs sont privilégiés. Si l'HTA s'accompagne d'une insuffisance coronarienne l'association d'un bêtabloquant à un IEC est conseillé. Si l'HTA s'accompagne d'une pathologie rénale un IEC ou un bloqueur des récepteurs sont indiqués. Si l'HTA

s'accompagne d'une obésité ou de facteurs de risque de diabète les diurétiques ne doivent pas être utilisés en première intention.

L'évaluation de l'efficacité du traitement de première intention doit être effectuée 1 mois après le début du traitement et l'importance du choix du traitement de première ligne peut être relativisée dans la mesure où moins de 50% des patients atteignent les chiffres cibles avec un seul hypotenseur et nécessite deux ou trois médicaments qui peuvent éventuellement être combinés dans le même comprimé.

Pour des tensions artérielles supérieures à 20/10mmHg l'utilisation initiale de combinaisons de traitement antihypertenseur est recommandée. Les données de l'étude ACCELERATE et de l'étude ACCOMPLISH ont montré qu'on pouvait ainsi atteindre plus rapidement les cibles thérapeutiques qu'avec une monothérapie.

La résistance de l'hypertension au traitement se définit comme une TA ne s'abaissant pas au dessous de 150/100mmHg constatée à 3 visites consécutives chez des patients traités par trithérapie comprenant un diurétique thiazidique. Il s'agit d'une situation hétérogène recouvrant des situations diverses correspondant soit à une résistance apparente soit à une résistance vraie.

-Les résistances apparentes sont les plus fréquentes. Elles peuvent être liées à une mauvaise maîtrise de la prise de tension ne respectant pas les recommandations, à une mauvaise observance, à des dosages inadéquats ou des combinaisons de médicaments inappropriés, à une hypertension secondaire non diagnostiquée initialement.

-Les résistances vraies à un traitement bien conduit sont rares. L'introduction d'une spironolactone (25 à 50mg/jour) peut être efficace. Les antagonistes des récepteurs A endothéliaux ou une dénervation rénale sympathique peuvent être efficace chez certains patients résistants

La réduction de l'apport sodé et l'augmentation de la ration potassique dans la population générale est préconisée ce qui pose le problème des préparations de l'industrie alimentaire dont la teneur en sodium peut être plus élevée et la teneur en potassium plus basse que celle d'aliments naturels.

Le traitement d'un patient au stade pré hypertensif pourrait être bénéfique sur les dommages des organes cibles mais les recommandations préconisent de se limiter au traitement non pharmacologique.

***Pour en savoir plus et identifier les sources de connaissances***

Kiedon S. Updated national and international hypertension guidelines: a review of current recommendations  
Drugs 2014 nov 74(17) 2033-51

*Partie volontairement effacée – disponible uniquement dans l'ouvrage intégral.*

# CONNAISSANCES DES OUTILS THÉRAPEUTIQUES

Quelque soient les opinions défavorables et les craintes concernant les diverses thérapeutiques et particulièrement le médicament, les progrès incrémentaux ou majeurs des prises en charge thérapeutiques participent de façon importante à une espérance de vie jamais connue dans l'histoire de l'humanité.

Les agents thérapeutiques utilisables sont variés. Il peut s'agir de médicaments, de l'utilisation de forces physiques, de l'utilisation de la relation humaine et de la parole.

L'utilisation des médicaments terme sous lequel on désigne les agents biologiques et chimiques sensés avoir un effet thérapeutique est d'une très grande fréquence. Les médicaments peuvent être issus de plantes, de minéraux, de divers êtres vivants, ou être créés par synthèse chimique ou techniques biologiques. Lorsque leur création utilise les processus de synthèse du vivant dans le cadre de l'ingénierie enzymatique ou de l'ingénierie moléculaire, les agents thérapeutiques sont désignés sous le nom de biothérapie (anticorps monoclonaux créés par la technique des hybridomes, protéines de fusion, protéines créées à partir du clonage ou synthèse artificielle d'un ADN)

L'utilisation de moyens physiques permettant de modifier la structure corporelle est dominée par les techniques chirurgicales et radiothérapeutiques.

L'utilisation de la parole est l'accompagnement obligatoire de tout acte médical et peut avoir par elle-même un effet thérapeutique. La parole peut être également utilisée de façon plus technique dans le cadre des psychothérapies.

Certains moyens thérapeutiques sont utilisés de façon empirique d'autres ont été soumis à des processus d'évaluation permettant de mieux connaître les bénéfices et les risques de leur utilisation.

*Partie volontairement effacée – disponible uniquement dans l'ouvrage intégral.*

## LES THÉRAPEUTIQUES NON CONVENTIONNELLES OU ALTERNATIVES

Sous le nom de thérapeutiques non conventionnelles ou de thérapeutiques alternatives on désigne des thérapeutiques hétérogènes qui n'ont pas fait la preuve scientifique de leur activité et de leur sécurité et qui ne sont pas en conformité avec les standards de la communauté médicale mais qui sont utilisées par des médecins ou des non médecins souvent à la satisfaction des patients.

Ces approches sont également qualifiées de médecines complémentaires, de médecine douces ou de médecine traditionnelles et les études sociologiques et anthropologiques montrent que leur usage est généralisé.

Bien que les praticiens de certaines de ces méthodes les qualifient de discipline le schisme entre médecine conventionnelle et non conventionnelle apparaît moins absolu et souvent question de degré, la seule différence fondamentale étant que la médecine conventionnelle est plus rigoureuse et plus autocritique grâce à la méthodologie scientifique.

Si pour une minorité le choix d'utiliser ces thérapeutiques alternatives témoigne d'un rejet d'une médecine scientifique de nombreux patients et certains médecins adoptent ce que l'on peut appeler un pluralisme médical associant différentes actions thérapeutiques alternatives à une médecine fondée sur les preuves scientifiques.

Ces pratiques ne sont pas toute vue comme déviante, frauduleuse et charlatanesque même si elles prospèrent souvent sur la vulnérabilité des patients.

Elles nous rappellent le pouvoir thérapeutique de l'écoute, de la parole et des croyances et elles peuvent lorsque l'histoire naturelle d'une pathologie est spontanément favorable ou lorsque l'évaluation bénéfique risque n'est pas favorable éviter des prescriptions néfastes de médicaments potentiellement dangereux.

Les pensées sur lesquelles se développent plusieurs thérapeutiques alternatives sont essentiellement la croyance en une nature innocente parée de multiples vertus dont les bienfaits peuvent être opposés à l'agression technique et la croyance en une santé dépendant de flux énergétiques qu'il convient de réguler pour rétablir ou assurer une bonne santé. Il s'agit souvent d'une pensée holistique englobant les forces spirituelles et la santé physique. Cette approche fait souvent référence aux pensées et médecine des cultures non occidentale ( chinoise, japonaise, indienne, africaine....)  
Ces croyances sont relayées par des livres à succès, par de nombreux articles de presse, des émissions télévisées variées

Le classement des différentes thérapeutiques alternatives est difficile, certaines s'adressent à la population générale d'autres sont plus confidentielles seuls les membres d'une ethnie, d'une religion ou d'une secte y ayant recours. Certaines sont développées depuis de nombreuses années certaines sont d'usage plus récents . Certaines ne sont pratiquées que par quelques individus persuadés de disposer d'un don ou d'une idée bénéfique d'autres sont plus institutionnalisées avec l'enseignement d'un corpus théorique et d'une pratique et parfois une reconnaissance légale de cette pratique mais contrairement à la médecine scientifique les adeptes de ces systèmes considèrent qu'ils reposent sur des bases qui doivent rester inchangées et inébranlables et bien que proclamant pour certains une base scientifique ils bafouent les principes épistémologiques de la science. Certaines paraissent dépourvues de tout risque d'autres peuvent comporter des dangers vitaux .

Le médecin doit porter un œil critique sur les médecines alternatives et savoir ce qu'il peut parfois tolérer mais aussi ce qu'il doit proscrire. Il doit dénoncer les erreurs parfois funestes d'individus persuadés de pouvoir apporter à leur semblable un traitement né d'un don ou d'une idée géniale méconnue. Le médecin doit aussi se rappeler qu'il n'a pas le monopole de la lutte contre la souffrance et que la pensée magique, les aides religieuses ou philosophiques peuvent être de précieux alliés et il doit prendre en considération le fait qu'il n'est pas le seul à prendre en charge la santé du malade et qu'il n'est qu'un acteur dans une trame complexe.

## L'HOMÉOPATHIE

L'homéopathie est née à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle sur des bases scientifiques faibles proposées par Hahnemann Elle a connue un succès important au XIX<sup>e</sup> siècle ou elle s'est opposé à une médecine officielle souvent phraseuse et dogmatique et encore largement impuissante ou néfaste avec quelques succès apparent retentissant comme celui constaté lors de l'épidémie de choléra de Londres en 1854 ou la mortalité s'est révélé trois fois moindre à l'hôpital homéopathique qu'au Middlesex Hospital , ceci étant lié essentiellement au fait que dans l'hôpital homéopathique les patients échappaient à la saignée et aux purgations . Le système de Hahnemann repose sur le principe de similitude et d'activité biologique des hautes dilutions. Une substance qui produit un ensemble de symptômes se rapprochant le plus possible de l'ensemble des symptômes du malade est prescrite en utilisant une très haute dilution , des substances différentes pouvant être prescrites pour le même diagnostic.

L'homéopathie reste un système thérapeutique attractif pour de nombreuses personnes dans le monde entier Les métaanalyses des essais contre placebo (plus de 200) concernant l'homéopathie montre que seul les essais incluant peu de malades et de méthodologie discutable donnent des résultats positifs. Les effets secondaires sont limités, mais il n'est pas forcément anodin de renforcer les comportements maladies et de promouvoir l'idée qu'un pilule est la réponse approprié à des problèmes qui peuvent se résoudre d'eux même ou au contraire de différer une prise en charge efficace d'une autre nature ou de laisser des patients exposés à des risques graves en préconisant des vaccinations homéopathiques inefficaces.

## LA PHYTOTHÉRAPIE

Sous le nom de phytothérapie ou de médecine des plantes on désigne l'utilisation thérapeutique des plantes ou d'extraits de plantes incluant les feuilles, les tiges, les racines et les fleurs. Les produits à base de plantes peuvent contenir une seule plante ou une combinaison de plantes. Certains mélanges en particulier dans les formulations de la médecine chinoise peuvent comporter des produits d'origine animale ou des minéraux.

Si les progrès de la chimie et de la pharmacologie ont permis d'obtenir plus d'efficacité et de sécurité en identifiant les principes actifs d'une plante et en permettant une purification des préparations faisant naître la

digitaline, la morphine, la quinine, l'aspirine. un petit nombre seulement des nombreuses préparations traditionnelles a prouvé son efficacité et certaines se sont révélés dangereuses .

Les plantes les plus utilisées en occident sont la camomille et sabbal serrulata qui auraient des vertus antiinflammatoires, l'ail qui diminuerait le cholestérol et l'HTA, le gingko-biloba qui aurait des effets sur le flux sanguin ,le saw palmeto (permixon®) pour les symptômes de l'hyperplasie bénigne de prostate, echinacea dans le rhume, (blck cohosh pour les symptômes de la ménopause,cranberry pour les infections urinaires ,les flavanoides extraits de plante qui auraient des effets benefiques antioxydatifs et réduirait la permeabilité capillaire

On peut estimer à 8% les effets indésirables en sachant qu'il existe une sous déclaration plus importante que pour les médicaments et les autorités sanitaires ont du intervenir pour interdire de nombreuses plantes dont l'utilisation non contrôlée est dangereuse . Des cas de colites, d'hépatites aiguës graves, de bronchiolites oblitérantes ,d'insuffisances rénales aiguës, d'hémolyse, d'hypersensibilités ont été rapportés avec différentes préparations de plantes .L'absence de contrôle de produits obtenus par des réseaux étrangers sur internet peut conduire à des contaminations toxiques par arsenic, zinc, mercure, arsenic, aluminium, étain et à de fausses identification de plantes.

## LA NATUROPATHIE

La naturopathie utilise un large assortiment de thérapeutique dont les plantes, les suppléments nutritionnels, la diététique, les conseils de style de vie, l'homéopathie , les manipulations.

Les conseils diététiques comportant des interdictions diverses peuvent être très variés et souvent éloignés de ceux admis par la communauté scientifique.Dans certains de ces aspects la naturopathie peut être responsable d'effets indésirables graves.

## L'OSTÉOPATHIE ET LA CHIROPRACTIE

L'ostéopathie est née en 1864 de l'amertume d'un médecin de campagne dans le Kansas formé par compagnonnage qui n'avait pu sauver par les thérapeutiques existantes ses trois enfant d'une méningite et qui a imaginé une pratique alternative, la base de celle ci reposant sur l'idée que la manipulation de la colonne peut améliorer le flux sanguin au niveau d'un organe et permettre à l'organisme de se guérir tout seul.

D'autres systèmes de manipulations vertébrale ont été crée au XIX<sup>e</sup> siècle en particulier la chiropractie qui repose sur l'idée que pour rétablir la santé il faut lever les obstructions des nerfs par ajustement spinal.

Ces méthodes peuvent être qualifié d'alternatives par rapport aux manipulations considérées comme une méthode conventionnelle dans le cadre de la pathologie vertébrale dans la mesure ou leurs adeptes définissent leur système en opposition avec la médecine conventionnelle érigeant leur pratique sur le rôle essentiel de la colonne vertébrale et du système nerveux dans l'équilibre de la santé . Il refuse souvent l'utilisation des agents pharmacologiques , prétendent rétablir par leur manipulations un état permettant l'autoguérison de nombreuses pathologies autres que que les pathologies musculo-squelettiques.

## L'ACUPUNCTURE

L'acupuncture repose sur l'insertion de fines aiguilles dans des sites définis destinée à réguler l'énergie et à promouvoir la santé.C'est un élément de la médecine traditionnelle chinoise souvent associée à des plantes.

Elle est basé sur le concept de la pensée traditionnelle du yin et du yang, des cinq éléments ou des huit principes mais elle est aussi pour certains acupuncteurs occidentalisés devenue souvent une simple stimulothérapie utilisée dans le traitement de la douleur obéissant aux lois de la neurophysiologie.

Elle ne peut être considéré comme parfaitement anodine plus du tiers des patients rapportant des effets indésirables mineurs et en particulier une aggravation de la douleur et de façon tout à fait exceptionnelles des complications graves sont rapportés ( pneumothorax )

## LES PSYCHOTHÉRAPIES ALTERNATIVES

Les psychothérapies alternatives qui font l'objet de nombreux best-sellers peuvent avoir des points communs avec les interventions psychologiques conventionnelles mais elles érigent en principe que nos émotions déterminent la survenue d'un cancer ou d'une autre pathologie grave, que notre force mentale est le déterminant de notre santé et qu'il est possible de guérir d'une maladie grave en modifiant nos pensées grâce à des visualisations, des méditations, des affirmations.

## LES THÉRAPEUTIQUES PSEUDOSCIENTIFIQUES

Les interventions thérapeutiques pseudoscientifiques peuvent inclure l'utilisation d'agents pharmacologiques non autorisés par les agences sanitaires ou détournés de leur usage, de méthodes diagnostiques (analyse des cheveux, iridologie) ou d'appareillages médicaux non conventionnels. Elles reposent sur des théories non acceptées par la communauté scientifique et peuvent être confondues avec les conduites thérapeutiques qui n'ont pas démontré scientifiquement leur efficacité mais qui sont acceptées par une partie de la communauté médicale.

### *Pour en savoir plus et identifier les sources de connaissance*

Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy. *Lancet* 2005;366:726-32

# LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS CLINIQUES LES PLUS FRÉQUENTES OU LES PLUS CRITIQUES

La gestion des situations cliniques ne peut se réduire à un livre de recette .Elle nécessite une maîtrise des connaissances sémiologiques , nosologiques et thérapeutiques mais il peut être utile pour la pratique quotidienne de réunir synthétiquement des notions diverses appartenant à différents champs de connaissance aidant à la prise en charge des patients dans des situations particulières .

*Partie volontairement effacée – disponible uniquement dans l'ouvrage intégral.*

## PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

De nombreuses pathologies ont une évolution sur des périodes de temps très prolongées.Elles peuvent entraîner des changements profonds dans la vie des patients avec une diminution de l'espérance de vie et/ou une altération de la qualité de vie .

La révélation du diagnostic confronte le patient à une situation nouvelle qui sollicite des stratégies d'adaptation semblables aux réactions de deuil . Ces ajustements psychologiques sont efficaces chez 70% des patients mais pour 30% d'entre eux cette phase d'ajustement est anormalement prolongée ou est un échec les patients se réfugiant dans le déni ou développant des troubles émotionnels à type d'anxiété ou de dépression . La qualité de l'ajustement est la garantie de la participation active et autonome a la prise en charge de l'affection sans surestimé cette autonomie qui doit être renforcée par une éducation thérapeutique.

Le succès de l'ajustement dépend des traits de personnalité du patient et de ses liens sociaux et impacte directement la qualité de vie qui est fonction de ses possibilités d'adaptation aux contraintes de la surveillance médicale et aux effets indésirables des traitements, de ses possibilités de maintenir son statut fonctionnel ( travail, loisir ) de ses possibilités d'adaptation à un nouveau mode de vie comportant des modifications des habitudes diététiques et d'exercices physiques et qui peut être altéré par la connaissance d'un pronostic défavorable à plus ou moins long terme.

En dehors des aspects psychologiques les pathologies chroniques notamment celles comportant un processus infectieux ou inflammatoire peuvent induire au long cours une constellation de symptômes incluant fatigue, malaise anorexie, anhédonie, incapacité de concentration.

Selon l'âge, le type de symptômes , l'existence ou non d'un handicap la prise en charge d'une pathologie chronique comporte des aspects particuliers.

*Partie volontairement effacée – disponible uniquement dans l'ouvrage intégral.*

## LES SYMPTÔMES SOMATIQUES CHRONIQUES SANS EXPLICATIONS ÉVIDENTES.

La majorité des consultations médicales sont demandées par des patients présentant un symptôme qu'il soumettent à la démarche diagnostique du médecin.

Les consultations aboutissant a une explication claire et précise de la symptomatologie améliorent une majorité des patients cependant dans un tiers des cas la cause d'un symptôme n'est pas évidente ou celle retenue par le médecin ne satisfait pas le patient

Dans une majorité de cas les symptômes sont en relation avec des phénomènes physiopathologiques mineurs et sauf indice particulier il est justifié de proposer une explication rassurante qui est le plus souvent acceptée et permet d'attendre avec sérénité la disparition spontanée de la symptomatologie.

Les facteurs de stress susceptibles d'exacerber et de perpétuer les symptômes somatiques, de diminuer le seuil de demande d'avis médical et d'inciter à conclure plus rapidement qu'une sensation ambiguë est due à une maladie organique potentiellement grave doivent être identifiés.

Lorsque la symptomatologie devient répétitive ou chronique la démarche visant à identifier le processus à l'origine des symptômes devient plus complexe.

-Les causes organiques de présentation trompeuses doivent être formellement écartées mais la démarche diagnostique qui ne peut alors éviter des examens complémentaires fait courir le risque de découvertes incidentales indépendante du symptôme ayant conduit le patient à consulter.

-Les causes psychopathologiques doivent également être identifiées.. Il s'agit le plus souvent d'un trouble émotionnel que l'on devra étiqueter précisément. Il peut s'agir de manifestations d'une anxiété généralisée, d'attaques de panique, de manifestations somatiques, de syndrome dépressif. Ces troubles émotionnels peuvent être secondaires à des événements stressants récents mais peuvent survenir indépendamment de tels événements ou plusieurs années après ces événements. Rarement des troubles somatiques peuvent être la conséquence d'anomalies de la production mentale de type délirante à thème somatique qui peuvent s'observer dans la mélancolie, la schizophrénie, la psychose paranoïaque.

Lorsque la démarche médicale n'a pas permis de rattacher le symptôme à une pathologie organique ou psychique évidente ou lorsque malgré un traitement de celle-ci la symptomatologie persiste on parle de syndromes fonctionnels somatiques. Il s'agit le plus souvent de douleurs de différentes localisations, de sensations de malaise, de troubles fonctionnels digestifs, de symptômes neurologiques, de sensation de fatigue

Ce type de situation implique lorsque la symptomatologie est chronique une dimension perceptive, cognitive et comportementale. Les patients sont réfractaires aux phénomènes de réassurance basé sur les explications du médecin et réfractaire à l'effet placebo et le médecin doit tenter de déterminer la façon dont le patient vit ses symptômes et à quoi il a tendance à les attribuer. Pour certains patients un symptôme responsable d'une souffrance ne peut être que la conséquence d'une maladie légitime, les causes psychologiques ne l'étant pas et seule l'autorité de la biomédecine peut certifier que sa souffrance est réelle et que sa constitution et son psychisme n'y sont pour rien. A partir de ce conflit d'attribution la souffrance est exacerbée par une suspicion profonde sur la compétence des médecins incapables de déceler une cause et de soulager les symptômes on peut observer des distorsions cognitives qui modifient le vécu dans le sens de l'échec et de la catastrophe avec un sentiment profond d'être victime de son environnement. Du souhait légitime d'explication le patient passe à une exigence d'explication qu'il est impossible de satisfaire.

Dans de nombreux cas la conceptualisation de la somatisation ne repose que sur des hypothèses. Elle est complexe avec possibilité d'interaction entre des dysfonctions biologiques, des processus psychologiques et des attitudes sociales.

Les concepts d'origine psychiatriques sont anciens. Le concept de névrose a été fondée sur la notion d'état morbide qui ne laisse sur le cadavre aucune trace matérielle décelable avec en particulier les descriptions de Briquet qui sont reprises dans les critères diagnostics du trouble somatisation qui représente la forme la plus chronique et la plus invalidante de somatisation. La psychogenèse de ce type de trouble qui peut être envisagée en tant qu'étiologie ou en temps que processus physiopathologique n'exclue pas l'existence de facteurs organiques mais explique la modulation de l'expression clinique des symptômes et leur vécu.

La psychiatrie a par ailleurs largement utilisé depuis Freud le concept de pensée inconsciente, qui n'a pas de base scientifique, la pensée inconsciente étant par définition inaccessible. Il n'est cependant pas interdit de postuler que la cause de certains de nos états émotionnels réside dans le champ de la non perception et que des mécanismes dits de défense peuvent empêcher l'intrusion de pensées douloureuses dans le champ de la perception. Dans cette hypothèse le symptôme somatique détourne l'attention du sujet de conflits insurmontables permettant d'échapper à des situations qui paraissent sans solution.

Les praticiens spécialistes de pathologies somatiques ont tendance à formuler des hypothèses favorisant les dysfonctionnements biologiques et utilisent dans la prise en charge des cadres nosologiques variées reposant sur le symptôme prédominant (syndrome de fatigue chronique, syndrome polyalgique diffus, syndrome dyspeptique, syndrome du colon irritable)

Ces cadres nosologiques pour certains de leurs promoteurs se veulent vierges de toute contamination psychologique, on labellise la souffrance en faisant appel au biologiste et les technologies d'imagerie

fonctionnelle cérébrale ont été appelé au service des hypothèses organiques, les symptômes laissant une trace neurofonctionnelle étant accepté comme vrai alors que les liens sont bidirectionnels et que des modifications s'observent dans les états émotionnels.

Des cadres nosologiques ont été créés en fonction d'hypothèses impliquant l'environnement avec possibilité de phénomène de groupe (syndrome de la guerre du golfe, syndrome d'hypersensibilité chimique multiple syndrome des bâtiments malsains )

L'étude exhaustive de la symptomatologie montrent que malgré des étiquettes nosologiques différentes ces patients ont de nombreux symptômes communs incluant le plus souvent une sensibilité généralisée à la douleur, des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, des troubles digestifs.

La prise en charge de ses situations est encore peu satisfaisante et beaucoup altèrent la qualité de vie plus que certaines maladies organiques chroniques.

Outre la démarche diagnostique visant à éliminer une pathologie organique et un trouble psychiatrique évident, l'efficacité de la prise en charge nécessite une analyse de différents traits comportementaux, des croyances concernant les maladies liées à l'éducation et aux coutumes, de la situation sociale et des récriminations à l'égard de tiers responsables. On comprendra ainsi des fragilités liées à la personnalité et des conflits d'attribution sans pouvoir toujours les éviter. Le médecin se heurte souvent à un auto diagnostic élaboré reposant sur une conception pathogénique rigide et réfutant l'implication du psychisme alors même que l'on peut constater une comorbidité psychiatrique et une détresse psychologique et l'intervention et le discours médical peut exacerber le sens de la victimisation ou au contraire aider le patient à supporter sa souffrance

Les buts que se fixe le médecin doivent être réalistes. Des visites brèves et régulières chez le médecin de premier recours semblent préférables au recours à des consultations multiples non programmées en réponse à des symptômes multiple.

Certains symptômes peuvent bénéficier de traitement par agents pharmacologiques soit visant le symptôme soit visant le fonctionnement neurologique mais les effets nocebo sont souvent plus important que les effets placebo.

Les thérapies cognitivo-comportementalistes sont de plus en plus souvent mises en œuvre.

La croyance du clinicien concernant la physiopathologie du trouble affecte fortement le traitement qui sera entrepris. L'étiquetage peut conduire à entretenir la symptomatologie en donnant au patient un statut qui justifiera des comportements de renforcement, le malade devant jouer son rôle de malade. Dans ces situations nommer n'est pas toujours apaiser et certaines étiquettes comportent un danger souvent renforcé par des sites internet. L'excès de prise en charge médicale ne peut pas toujours être évité. Certains discours de vérité ne peuvent être entendu, les cadres nosologiques discutables reposant sur des hypothèses fragiles ont souvent les faveurs des médias et de groupe de pressions conduisant les patients à consulter des centres qui se disent de référence en fonction de la causalité qu'ils attribuent aux symptômes.

***Pour en savoir plus et identifier les sources de connaissances***

Peter Henning and all Management of functional somatic syndromes The lancet vol 369 March 17 2007 946-

*Partie volontairement effacée – disponible uniquement dans l'ouvrage intégral.*