



Un œdème qui résiste... quand faire appel au psychiatre

Dr med Michèle Depairon, Dr med Maria Iakova, Dr med Jean Savoy
14^{ème} Congrès de la SAfW – R, le 3 juin 2021, Beaulieu, Lausanne

suva

 **crr sion**
clinique romande de réadaptation

Les orateurs remercient la SAfW de son invitation et déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts

Anamnèse

H 53 ans portugais, parlant mal le français

78kg, 1m73

09/2015: fracture radius distal G post trauma

06/2016: ablation du matériel d'ostéosynthèse et cure du canal carpien

En incapacité totale depuis l'accident pour un syndrome douloureux régional complexe (CRPS)



Examen clinique

Lymphœdème 2^e de la main et de l'avant-bras G entraînant une subluxation épaule G 2^e au LO avec perte de motricité

Doigts G œdématiés douloureux en flexum avec perte de préhension

Troubles trophiques des ongles

Asymétrie de sudation

Douleur spontanée péjorée par l'effort

Evolution

Evolution défavorable malgré des succès ttt de courte durée

Douleurs spontanées importantes nécessitant antalgie continue par Oxycontin +/- Oxynorm et Dafalgan

Impotence fonctionnelle multifactorielle (douleur, subluxation/épaule, atrophie musc., algoneurodystrophie)





Quel est votre diagnostic ?

1^{er} séjour CRR du 10 au 12.2016

Syndrome douloureux régional complexe de la main gauche (SDRC, Algodystrophie)

- affection rare qui touche préférentiellement une extrémité (main, pied).
- après traumatisme ou un accident vasculaire cérébral.
- entité syndromique dont le diagnostic repose sur des critères précis, dits de Budapest,
- excluant toute atteinte expliquant mieux les symptômes.
- évolution longue mais pronostic favorable dans environ 75 % des cas (≤ 1 an).

Syndrome douloureux régional complexe de la main gauche (SDRC, Algodystrophie)

SDRC: syndrome douloureux régional complexe. ↓: diminution; mvts: mouvements.



Troubles sensoriels

douleur
hyperalgie
allodynie



Troubles vasomoteurs

température
dyscoloration



Troubles sudomoteur/œdème

œdème
sudation



Troubles moteur/trophique

faiblesse,
↓ mobilité,
posture, mvts
anormaux



ongles, pilosité, peau, os

1^{er} séjour CRR du 10 au 12.2016

Syndrome douloureux régional complexe de la main gauche (SDRC, Algodystrophie)

27.10.2016 - Rx standard des deux mains : déminéralisation du carpe et des doigts longs

03.11.2016 - Scintigraphie osseuse : hypercaptation aux 3 temps du poignet et de la main gauches compatible avec une algodystrophie du membre supérieur gauche

18.11.2016 - IRM de la main gauche : œdème sous-cutané diffus de la main gauche sur le versant dorsal. Pas d'anomalie de signal osseux.

ENMG du 07.11.2016 retrouve la persistance de signes d'une neuropathie médiane gauche focale au carpe démyélinisante de degré léger, essentiellement sensitive, mise sur le compte de l'œdème.

1^{er} séjour CRR du 10 au 12.2016



1^{er} séjour CRR du 10 au 12.2016

Sur le plan psychiatrique:

-notion de quelques consultations pour symptômes anxieux au Portugal; médication par antidépresseur reprise depuis juin 2016

-le suivi par la psychologue s'est centré sur l'algodystrophie (éducation thérapeutique) et sur la nécessité de l'intégration du membre supérieur gauche et de son positionnement en hauteur

-dans les observations, on note qu'il maintient son bras en bas; ni les explications médicales, ni la prise en charge pluridisciplinaire n'ont permis d'inverser cet état de fait

-pas de diagnostic psychiatrique spécifique retenu mais on note une discordance entre l'importance du retentissement fonctionnel annoncé par le patient et l'indifférence qu'il montre par rapport aux propositions thérapeutiques

1^{er} séjour CRR du 10 au 12.2016

Traitement

Antalgie: Dafalgan, Tramal retard. Dans le cadre du SDRC, une

Corticothérapie systémique (SDRC) en posologie dégressive

Supplémentation vitamino-calcique (Cortisone)

Biphosphonates Ø (état dentaire précaire)

1^{er} séjour CRR du 10 au 12.2016

Evolution subjective et objective non significative

Participation moyenne du patient aux thérapies

Difficultés à intégrer les consignes et recommandations des thérapeutes quant à l'utilisation de son membre supérieur gauche ou le port du gant compressif.

Diminution de l'œdème uniquement pdt la période de port d'une attelle AB plâtrée circulaire.

Œdème à la sortie > œdème à l'admission, exclusion du MSG

Poursuite physio-/ergothérapie ambu

CRR- CHUV

Il bénéficie de 3 séjours dans le service d'angiologie au CHUV entre 2017 et 2018 au sein de l'unité de lymphologie

1^e consultation: 10.02.2017

1^{er} séjour hosp: 21.08.17 au 01.09.17

2^e séjour hosp: 22.01.18 au 26.01.18

3^e séjour hosp: 19.02.18 au 16.03.18

La situation s' améliore pendant les hospitalisations et se péjore après les sorties.

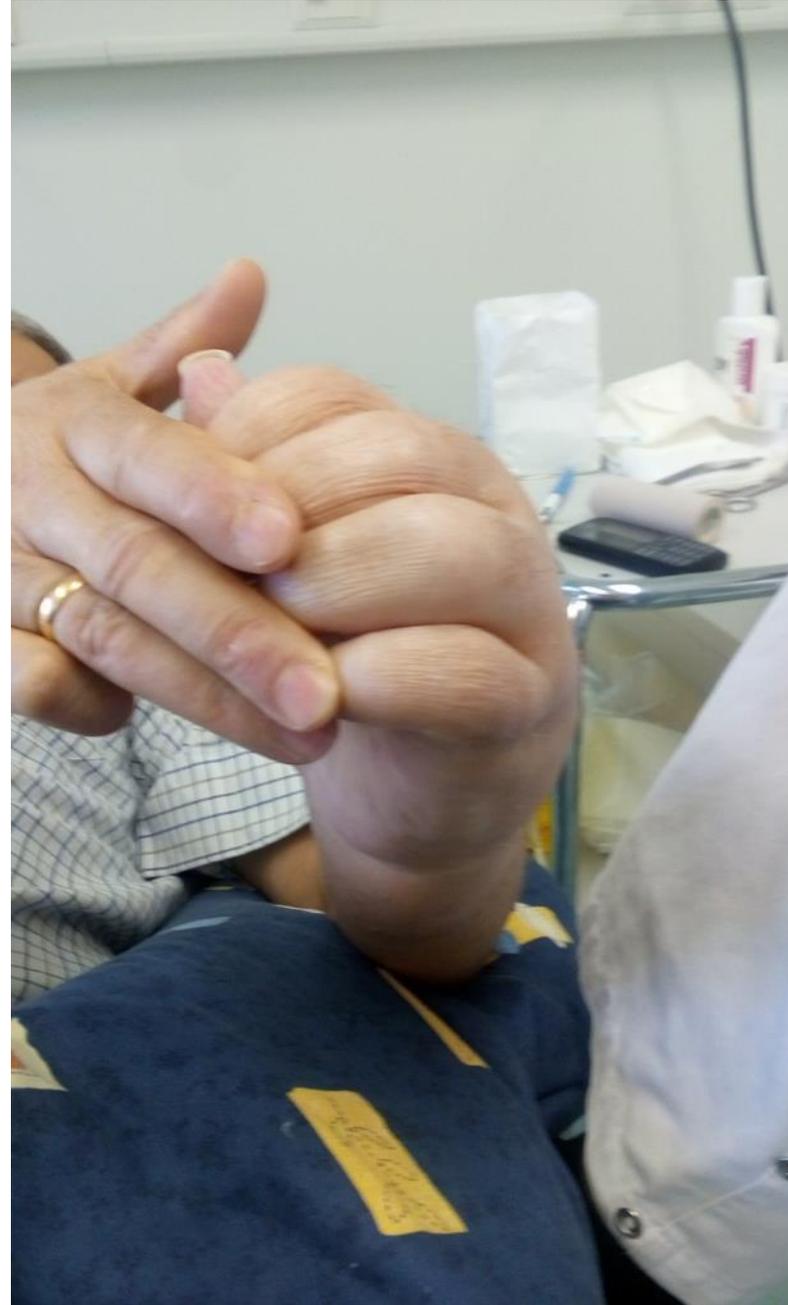
	21.08.17	01.09.17	22.01.18	26.01.18	19.02.18	16.03.18
(cm)	MSG	MSG	MSG	MSG	MSG	MSG
racine	35	33	33	34	33	32
coude +15	31	31	30	29	30.5	29.5
coude +10	31	29	30	28.5	31.5	29.5
Coude +5			27.5	26.5	32.5	28
coude	27	25.5	26	25.5	32.5	27
coude -5	28	27.5	28.5	26.5	34	28
coude -10	30	26	28	25.5	32	27
coude -15	30.5	24	26	22.5	29	24.5
poignet	28	20	22	18.5	27.5	20.5
Dos main	37.5	23.5	25	20.5	28	21.5

Mesure des
circonférences

Volumétrie du MSG

(mL)	21.08.17	01.09.17	22.01.18	26.01.18	19.02.18	16.03.18
MSG	5218	3806	4546	3818	5628	4420







Gant AE cl 3 + manchon AG cl 2 superposé





Avis spécialisés dans le cadre d'un CRPS

- Rhumato: capsulite rétractile à mettre dans le cadre du Sudeck
- Radiologique: pseudo arthrose ? Ad CT scan
- Rééducation fonctionnelle: impotence fonctionnelle invalidante. Vasopressine ?
- Neuro-rééducation: hypoesthésie des 3 troncs. Ad ENMG sp. Perfusion d'Ig IV ?

Les examens complémentaires restent difficiles voire impossibles à réaliser entièrement compte tenu de l'œdème et la rétraction articulaire

2^{ème} séjour CRR 05-06.2018

Dg *Sous-utilisation et œdème persistant du membre supérieur gauche*

A l'entrée, douleurs fluctuantes de tout le MSG, au repos et qui augmentent à la moindre mobilisation, jusqu'à 8/10 sur l'échelle EVA.

Objectivement, exclusion totale du MSG.

2^{ème} séjour CRR 05-06.2018



2^{ème} séjour CRR 05-06.2018

Observation médicale surprenante : manœuvres délétères entretenant l'oedème (mauvaise utilisation des bandages).



2^{ème} séjour CRR 05-06.2018



Séparer somatique et psychique? Difficile...



Séparer somatique et psychique? Difficile...ou même impossible et inutile

Complex regional pain syndrome and functional neurological disorders: time for reconciliation

Popkirov, S., Hoeritzauer, I., Colvin, L., Carson, A. J., & Stone, J. (2019). Complex regional pain syndrome and functional neurological disorders: time for reconciliation. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 90(5), 608-614. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2018-318298>

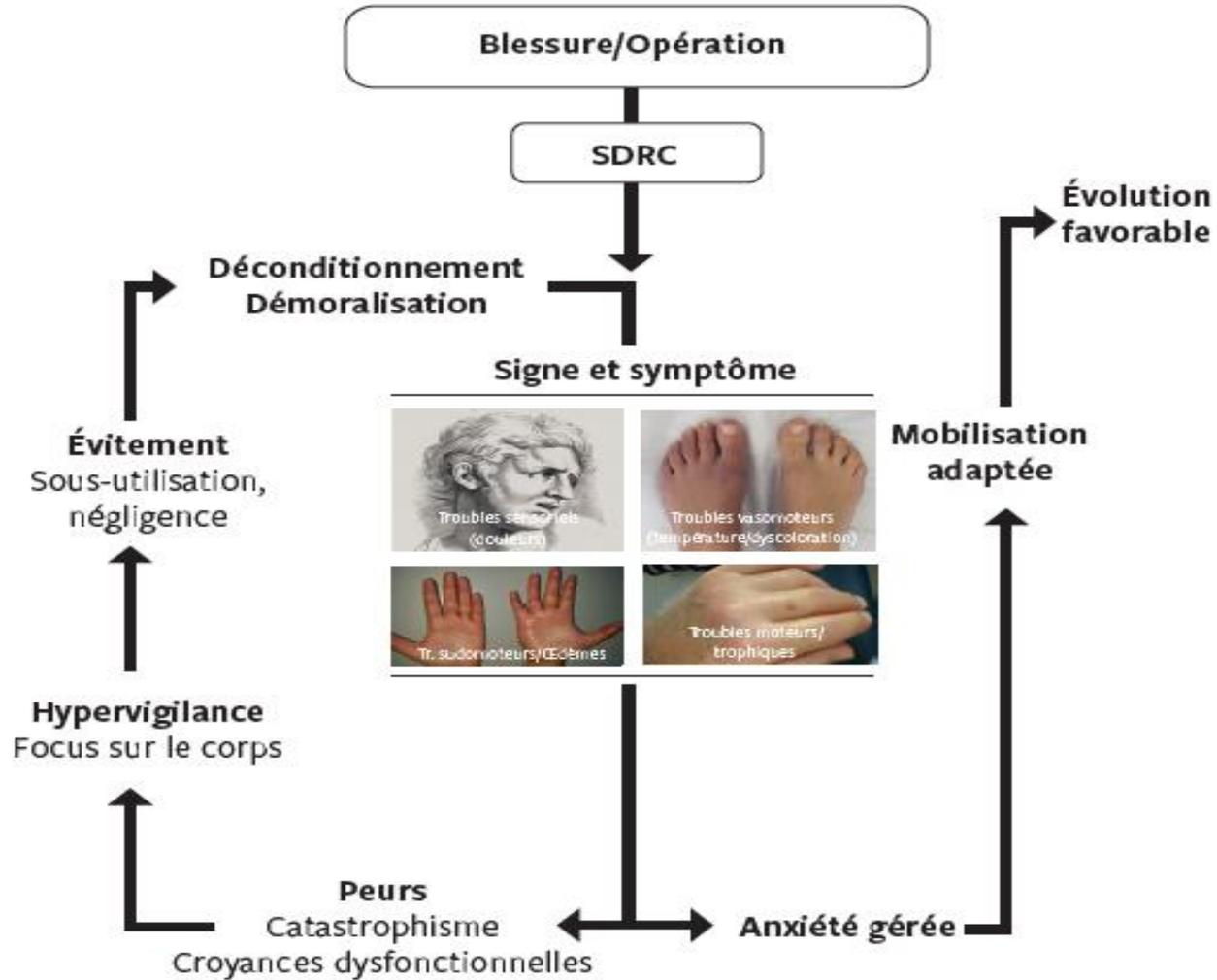
«...le clivage conventionnel entre les troubles "organiques" et "non organiques" n'est plus tenable face à ce que nous savons du cerveau et du corps...(ce qui)...ouvre une nouvelle possibilité :

*- celle d'avoir un **trouble du fonctionnement du système nerveux qui amène à des symptômes physiques et qui peut exister indépendamment de la comorbidité psychiatrique mais dans lequel les facteurs cognitifs et comportementaux sont toujours pertinents** »*

FIG 5

Modélisation des aspects psychologiques et comportementaux dans le SDRC

(Inspiré du modèle Peur-Évitement de JW Vlaeyen).
SDRC: Syndrome douloureux régional complexe .



Le syndrome douloureux régional complexe
Rev Med Suisse 2016 ; 12 : xx

François Luthi
Pierre-Alain Buchard
Antonio Cardenas
Christine Favre
Michel Fédou
Marlène Foli
Jean Savoy
Jean-Luc Turlan
Michel Konzelmann

DRÔLES DE MAINS, DRÔLES DE PIEDS

Konzelmann M*, Savoy J °, Luthi F*.

* Services de réadaptation de l'appareil locomoteur et de °psychosomatique
Clinique romande de réadaptation suvacare SION, Suisse.

TABLEAUX CLINIQUES: DD du CRPS



OEDEMES



LESIONS CUTANÉES



TROUBLES DE LA POSTURE



DOULEUR



TROUBLE FACTICE



TROUBLE CONVERSIF



TROUBLE SOMATOFORME

SIMULATION

LE TROUBLE FACTICE

Comment le-la patient-e présente ses problèmes

Explications très médicales, extraordinaires

Difficultés psychiques fortement récusées mais histoire compliquée, romancée

Objectivement (= observable)

Plaintes physiques visibles, évolution traînante, inhabituelle

Influence sur le fonctionnement global

Modérée

Particularités-Indices

Plutôt jeunes, antécédents médicaux, carences affectives, contact précoce avec le milieu médical

DD psychiatrique de l'œdème qui résiste...

LE TROUBLE FACTICE

Fréquence	0.5 à 2% des admissions en hôpital général
Présentation	Plaintes physiques visibles Problématique fonctionnelle plus marquée que la douleur (souvent modeste)
Fonction des symptômes	<u>Production consciente</u> , <u>motivation inconsciente</u> Profit psychologique des soins, du rôle de malade. Recherche d'attention, dépendance, faible support social, parfois défi envers le monde médical. Association fréquente (40-70%) avec un trouble de la personnalité ou abus de substances ou trouble alimentaire,...
Exemples	Münchausen, plaies chroniques, anémie provoquée, oedèmes persistants,...

Le terme «factice» est souvent utilisé au sens large

Factitious Hand Disorders: Review of 29 Years of Multidisciplinary Care

E. A. O'Connor, MD, B. K. Grunert, PhD, H. S. Matloub, MD, M. P. Eldridge, MD

Conclusions Treatment of factitious hand disorders remains frustrating and costly due to failure or recurrence after traditional approaches. This review is a large-scale examination of the factitious hand disorder population that demonstrates the unique pathology involved in each of the 4 categories. There is a specific association between the category of hand disorder and the underlying pathology and prognosis. (*J Hand Surg* 2013;38A:1590–1598. Copyright © 2013 by the American Society for Surgery of the Hand. All rights reserved.)

<p>Troubles «factices» (au sens large) de la main</p>	<p>Profil psychologique, DD trouble psychiatrique plus spécifique</p>
<p>Oedèmes</p>	<p>méfiant, en colère/ trouble factice</p>
<p>Plaies auto-entretenu</p>	<p>SHAFT syndrome (sad, hostile, angry, frustrated, and tenacious)/ trouble factice</p>
<p>Dystonies, postures dysfonctionnelles (par ex clenched fist)</p>	<p>«belle indifférence»/ trouble de conversion</p>
<p>SDRC avec composante psy-</p>	<p>mauvaise compliance (sous-utilisation), trouble factice, syndrome douloureux somatoforme</p>

LE TROUBLE DE CONVERSION (ou trouble neurologique fonctionnel)



Comment le-la patient-e présente ses problèmes	Fonction altérée, passagère, intermittente, douleurs fluctuantes
Objectivement (= observable)	Possible œdème Trouble de la sensibilité ou motricité d'allure neurologique mais incohérent
Influence sur le fonctionnement global	Modérée
Particularités-Indices	L'altération de la fonction est souvent au centre, prépondérante par rapport à la lésion ou à la douleur

DD psychiatrique de l'œdème qui résiste...

LE TROUBLE DE CONVERSION (ou trouble neurologique fonctionnel)

Fréquence	?
Présentation	Production inconsciente, involontaire
Fonction des symptômes	Réponse à un stress ou conflit
Remarques	La fonction est souvent au centre. Le trouble de conversion est souvent associé à un trouble de personnalité (dépendante, histrionique,...)

DRÔLES DE MAINS, DRÔLES DE PIEDS

Konzelmann M*, Savoy J°, Luthi F*.

* Services de réadaptation de l'appareil locomoteur et de psychosomatique
Clinique romande de réadaptation suvacare SION, Suisse.

TABLEAUX CLINIQUES: DD du CRPS



OEDEME

- Dos main ou pied
- Limite nette
- Pas ou peu inflammatoire



LESIONS CUTANÉES

- Aspect inhabituel
- Tendance à la récurrence sans explication logique
- Explications du patient extraordinaires
- Aspects variés: ulcérations, brûlures, bulles, plaies, etc...



TROUBLES DE LA POSTURE

- Souvent d'allure neurologique
- Peu ou pas douloureux
- Réductible passivement puis retour rapide à la posture



DOULEUR

- Au premier plan
- Intensité forte
- Détresse émotionnelle +++
- Faible concordance avec la clinique



TROUBLE FACTICE

- Production consciente
- Profit du rôle de malade
- Caractère volontaire incertain (compulsif)
- Trouble de la personnalité associé
- Très difficile à prouver

Œdèmes divers: bleu de Charcot, blanc de Sydenham...
Lésions cutanées diverses



TROUBLE CONVERTIF

- Production inconsciente involontaire
- Allure neurologique
- Parfois trouble de la personnalité associé (histrionique par exemple)
- Relative indifférence
- Clenched fist syndrome (1980)
- Pied varus équin
- Postures diverses des doigts: surtout D4 et D5



TROUBLE SOMATOFORME

- Douleur intense et envahissante qui se greffe sur une lésion objective
- Contexte de conflits émotionnels et contexte psychosocial délétère
- Inconscient et involontaire

SIMULATION

- **HORS DU CHAMP MEDICAL**
- Consciente et volontaire
- Avantage financier
- Rare en soins
- Très difficile à prouver
- Pas de trouble de la personnalité
- **Œdème de Secrétan (1901)**
- **Lésions cutanées**

Notre patient: 2^{ème} séjour CRR 05-06.2018

Du point de vue psychiatrique:

«Les différentes observations médicales, des soignants et des thérapeutes ont permis de retenir une **autolimitation majeure** du membre supérieur ainsi que de probables **manoeuvres délétères** entretenant l'oedème (mauvaise utilisation des bandages).

En entretiens conjoints (rééducateur et psychiatre), nous avons explicité ces deux problématiques au patient et proposé une prise en charge très différente, à savoir l'abandon de tout bandage et une mobilisation active et passive maximale, avec le soutien des différents professionnels. La régression de l'oedème ainsi que la récupération fonctionnelle du membre ont été rapides.

Du point de vue psychique, nous ne retenons pas de signes ou symptômes spécifiques orientant vers une psychopathologie dépressive ou anxieuse, ni vers un trouble de la personnalité manifeste. Cependant, dans les hypothèses diagnostiques, un trouble factice (comportements délétères concernant son bras, dont les motifs restent souvent obscurs, d'ordre psychologique "interne") ou un comportement à visée de bénéfices concrets ne sont pas exclus et seront à reconsidérer selon l'évolution dans un délai de quelques mois».

Attitude, prise en charge des troubles factices: confronter ?



1. maintenir le lien, par une confrontation douce et ouverte
2. éviter la iatrogénicité en limitant les investigations et la surenchère thérapeutique
3. élargir l'approche en prenant en compte toutes les dimensions de la situation personnelle: approche interdisciplinaire (somatique, psy-) coordonnée et soutenante
4. prendre le temps pour permettre l'expression de la souffrance par des mots plutôt que par des lésions auto-infligées

Notre patient: 2^{ème} séjour CRR 05-06.2018

Du point de vue psychiatrique:

*«Les différentes observations médicales, des soignants et des thérapeutes ont permis de retenir une autolimitation majeure du membre supérieur ainsi que de probables **manoeuvres délétères** entretenant l'oedème (mauvaise utilisation des bandages).*

*En **entretiens conjoints** (rééducateur et psychiatre), nous avons explicité ces deux problématiques au patient et proposé une prise en charge très différente, à savoir l'abandon de tout bandage et une mobilisation active et passive maximale, avec le soutien des différents professionnels. La régression de l'oedème ainsi que la récupération fonctionnelle du membre ont été rapides.*

Du point de vue psychique, nous ne retenons pas de signes ou symptômes spécifiques orientant vers une psychopathologie dépressive ou anxieuse, ni vers un trouble de la personnalité manifeste. Cependant, dans les hypothèses diagnostiques, un trouble factice (comportements délétères concernant son bras, dont les motifs restent souvent obscurs, d'ordre psychologique "interne") ou un comportement à visée de bénéfices concrets ne sont pas exclus et seront à reconsidérer selon l'évolution dans un délai de quelques mois».

Notre patient: 2^{ème} séjour CRR 05-06.2018

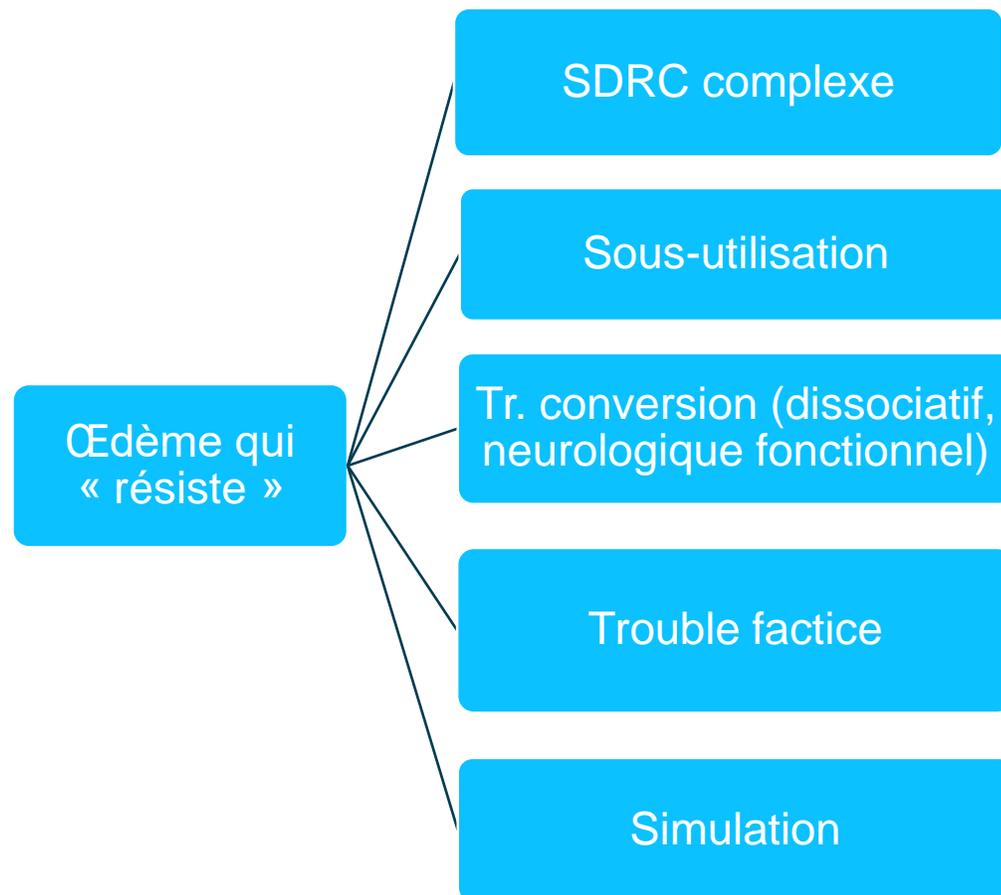
Du point de vue psychiatrique:

«Les différentes observations médicales, des soignants et des thérapeutes ont permis de retenir une autolimitation majeure du membre supérieur ainsi que de probables manoeuvres délétères entretenant l'oedème (mauvaise utilisation des bandages).

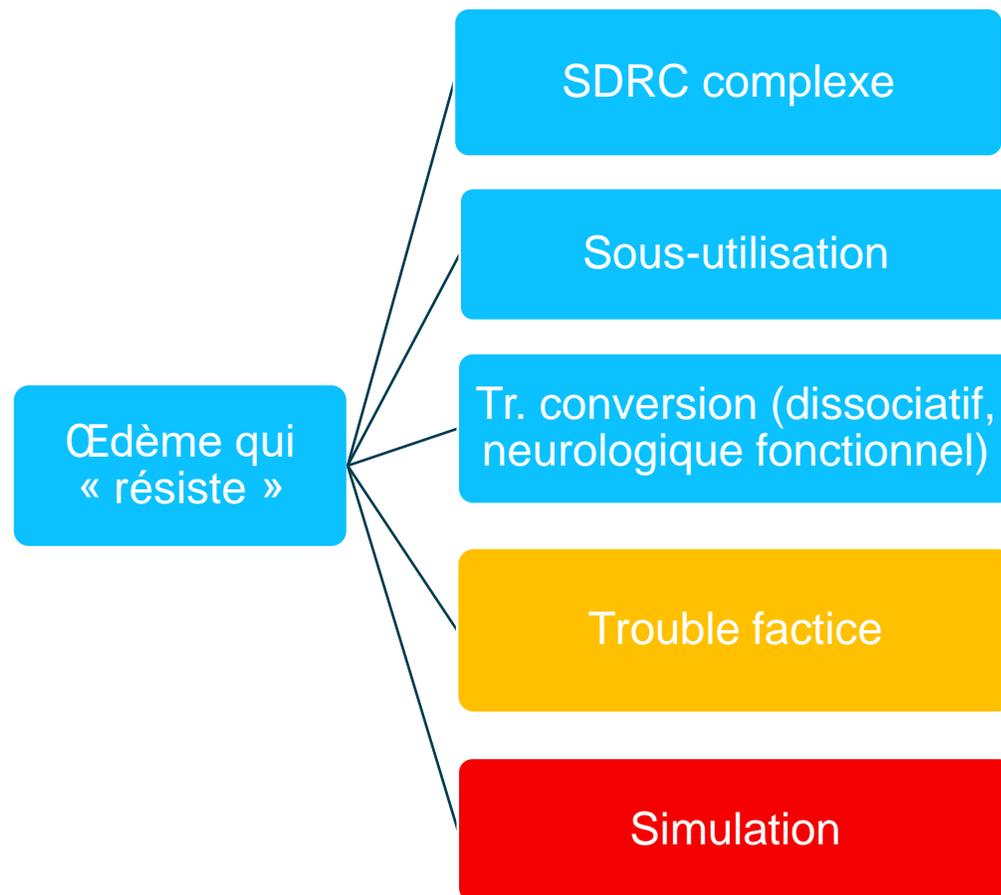
En entretiens conjoints (rééducateur et psychiatre), nous avons explicité ces deux problématiques au patient et proposé une prise en charge très différente, à savoir l'abandon de tout bandage et une mobilisation active et passive maximale, avec le soutien des différents professionnels. La régression de l'oedème ainsi que la récupération fonctionnelle du membre ont été rapides.

*Du point de vue psychique, nous ne retenons pas de signes ou symptômes spécifiques orientant vers une psychopathologie dépressive ou anxieuse, ni vers un trouble de la personnalité manifeste. Cependant, dans les hypothèses diagnostiques, **un trouble factice (comportements délétères concernant son bras, dont les motifs restent souvent obscurs, d'ordre psychologique "interne") ou un comportement à visée de bénéfices concrets ne sont pas exclus et seront à reconsidérer selon l'évolution dans un délai de quelques mois**».*

Le diagnostic reste incertain en fin de séjour...



Le diagnostic reste incertain en fin de séjour...



RESUME

Traitement-Pronostic

	<u>Traitement</u>	<u>Pronostic</u>
<u>Troubles factices</u>	Elargir l'approche thérapeutique (interdisciplinarité)	Réservé
<u>Trouble de conversion (trouble neurologique fonctionnel)</u>	Psychothérapie mais aussi prise en charge interdisciplinaire	Bon pronostic mais possible récurrence
<u>Simulation</u>	Pas dans le champ médical	

Consultation médicale CRR du 3.09.2018

Bonne mobilité active de l'épaule, du coude. Amélioration mobilité poignet et doigts (DPP 0 à 1cm D2-D5)

↓ P MSG de 0,5 à 1 cm par rapport à la sortie de la CRR.

Force de préhension au Jamar au 2ème cran est à 10,3 kg, au Pinch à 4,6 kg.

Le patient utilise à nouveau sa main gauche dans les AVQ, par exemple pour utiliser la fourchette mais si cela reste difficile. Il décrit qu'il a encore tendance à l'oublier et doit se forcer à l'intégrer dans la vie quotidienne. Il est encore limité par des tremblements mais arrive à faire nettement plus d'activités qu'auparavant. La main gonfle moins souvent, il garde une transpiration importante de la main gauche.

Projection dans une reprise d'activité professionnelle mais pas comme maçon.

→ Proposition d'un 3^{ème} séjour

Cs médicale CRR du 3.09.2018



3^{ème} séjour CRR 09-11.2018

Douleur 6-7/10 EVA

ECF (Evaluation des Capacités Fonctionnelles) - La volonté de donner le maximum aux différents tests a été considérée comme incertaine, et le niveau de cohérence - moyen

Le niveau d'effort fourni au cours de l'évaluation a été un niveau d'effort léger à moyen (10-15 kg).

Observation aux ateliers professionnels sur des périodes jusqu'à 2h consécutives:

port de charges < 5 kg; patient douloureux qui n'est pas prêt à s'investir dans un processus de réinsertion professionnelle.

3^{ème} séjour CRR 09-11.2018



Catamnèse

En 11.2018 – selon contact avec son MT, Mr a la main très gonflée et ne peut l'utiliser

Selon données administratives, Mr a réussi à obtenir une rente AI en 2018-19, est reparti vivre au Portugal et la rente a été reconduite lors de la révision en 2021

Merci de votre attention.

Dr med Michèle Depairon
Médecin adjoint agréé

CHUV
Service de maladies
vasculaires

M +41 79 556 27 12
michele.depairon@chuv.ch

Dr med Maria Iakova
Médecin Cheffe de Service
Centre d'évaluation et de
consultations

CRR Sion
Av. Gd-Champsec 90
1951 Sion

T +41 27 603 30 30
Maria.iakova@crr-suva.ch

Dr med Jean Savoy
Médecin Chef de Service de
psychosomatique

CRR Sion
Av. Gd-Champsec 90
1951 Sion

T +41 27 603 30 30
jean.savoy@crr-suva.ch