

fournissent aisément une réponse étiologique à ce syndrome douloureux.

Un syndrome douloureux épigastrique fréquemment rencontré et de pronostic beaucoup moins grave est fourni par le zona thoraco-abdominal dont les douleurs peuvent précéder l'apparition de l'éruption caractéristique. On y pense immédiatement lorsque la douleur prend le caractère d'une douleur en hémi-cinture, ce qui est fréquemment le cas.

Cette description de douleurs épigastriques de type radiculaire n'est pas une vue de l'esprit et signalons d'ailleurs que, parfois, les crampes épigastriques radicales peuvent être rythmées par les repas.

Deux autres affections à la base d'erreurs de diagnostic se situent également au niveau radiculo-médullaire : il s'agit de la porphyrie et du tabes. On y range aussi la syringomyélie qui peut provoquer un tableau douloureux épigastrique comparable à celui du tabes. La porphyrie aiguë intermittente s'exprime souvent au début par une symptomatologie purement abdominale, et ce n'est que dans le décours où lors d'autres périodes de l'affection que peuvent apparaître les signes neurologiques caractéristiques. C'est dire si, particulièrement dans cette affection, rare il est vrai, les causes d'erreurs sont fréquentes, et si souvent les malades sont opérés en présence d'un syndrome abdominal aigu qui fait craindre une perforation. Cependant, certains symptômes sont suffisamment caractéristiques pour éviter cet écueil. Il s'agit ordinairement de sujets jeunes, avec une proportion féminine plus importante. Les douleurs sont extrêmement vives, à type de crampes ou de coliques, et sont caractérisées par cette brusquerie citée plus haut et par de la variabilité. Il peut exister des vomissements, parfois même sanglants, mais l'examen abdominal est négatif le plus souvent. Enfin, les urines du patient ont une coloration fort anormale, de type rouge brun foncé. Devant un syndrome abdominal aigu, il faut toujours vérifier ce fait. Il s'agit malheureusement d'un syndrome infidèle car la coloration peut apparaître tardivement. On conseille de laisser reposer les urines, de les chauffer et de les acidifier. L'aide du laboratoire est alors primordiale si on soupçonne une porphyrie. Si les symptômes abdominaux peuvent ouvrir la scène dans la porphyrie

aiguë intermittente, les symptômes neurologiques surviendront : il s'agit, le plus souvent, d'une symptomatologie de polynévrite ou de polyradiculonévrite et, malheureusement, souvent d'une paralysie de type ascendant qui peut, si on n'y prend garde, être extrêmement dangereuse.

Il n'est pas besoin d'épiloguer longuement au sujet du tabes, d'autant plus que cette affection est rare de nos jours, mais on rencontre encore de temps à autre un malade qui présente des crises douloureuses épigastriques d'origine tabétique. En ce qui concerne les symptômes subjectifs, cette maladie est presque toujours douloureuse, mais il s'agit souvent de douleurs fulgurantes entreprenant les membres. Le caractère fulgurant des douleurs, leur nature vagabonde, l'existence de douleurs couplées, c'est-à-dire touchant deux points différents, la répétition fréquente aux mêmes endroits, sont des symptômes fortement évocateurs que viennent bientôt confirmer les signes cliniques objectifs.

Mais il faut insister à ce moment sur l'aspect parfois confidentiel de ces signes neurologiques objectifs qui peuvent être réduits à un signe d'Argyll-Robertson, à une aréflexie ostéo-tendineuse rotulienne ou simplement à un petit trouble de la sensibilité profonde ou complexe et parfois simplement à l'absence de douleurs au pincement des tendons d'Achille. L'existence de syphilis tronquées par des traitements antibiotiques peut donner naissance à des tabes discrets et ignorés. Cette affection doit donc toujours être envisagée.

Les crises gastriques du tabes présentent aussi ce caractère fulgurant et intense. Elles sont parfois couplées ou précédées, dans le passé proche ou lointain, de crises douloureuses au niveau des membres. Elles sont souvent déclenchées par les mouvements respiratoires, comme les douleurs des membres sont souvent déclenchées par les excitations périphériques; elles ont, comme les douleurs des membres, une prédominance nocturne assez caractéristique.

Disons enfin pour être complet que le caractère fulgurant d'une douleur n'est pas pathognomonique du tabes, mais qu'il existe dans tous les cas une hyperexcitabilité des neurones sensitifs périphériques.

Dans le cadre des affections neurologiques

pouvant simuler un syndrome digestif, il faut encore signaler, mais ce sont des cas plus exceptionnels, l'encéphalite, qui au début peut se réduire à des algies radiculaires assez vives avec même parfois une certaine contracture abdominale, les lésions expansives intra-crâniennes, encore que la symptomatologie digestive soit le plus souvent réduite à des vomissements matinaux, explosifs, sans nausée, survenant souvent aux changements de position, la migraine où l'on décrit des crises solaires, et enfin et surtout certaines crises comitiales avec aura épigastrique, parfois réduites à cette aura épigastrique, ce qui est de nature à égarer le diagnostic. Dans ce cas, le mode d'expression sous forme de salves rythmiques, l'apparition de phénomènes comitiaux caractéristiques, peuvent orienter rapidement le médecin.

Il nous reste à citer les polynévrites (par intoxications alcoolique, arsénicale, au thal-

lium ou au plomb) qui déclenchent des douleurs abdominales; mais il s'agit le plus souvent de coliques et non d'un syndrome douloureux épigastrique, sujet de ce colloque. L'existence de déficit neurologique net dans ces cas, la notion d'intoxication et les phénomènes cutanés ou muqueux associés n'entraînent ordinairement pas d'erreur de diagnostic.

En résumé, certaines affections neurologiques peuvent prendre le masque parfois fort typique du syndrome douloureux épigastrique. Il faut insister une fois de plus sur l'anamnèse fouillée portant non seulement sur les antécédents personnels et héréditaires du patient, mais aussi sur le mode d'expression de la douleur accusée par le malade. Il faut surtout insister sur la nécessité d'un examen clinique qui ne doit pas se limiter à l'abdomen mais s'étendre aux appareils ostéo-articulaires et à l'examen neurologique.

Les douleurs épigastriques d'origine neuropsychique

par M. TIMSIT

Assistant à l'Université de Liège. Département de Psychologie médicale et de Médecine psychosomatique (Prof. M. Dongier)

On a laissé pour la fin le chapitre des douleurs épigastriques d'origine neuropsychique : il s'agit effectivement d'un domaine dont les limites sont imprécises. Ces manifestations cliniques ne se laissent enfermer dans aucune description, à l'inverse de celles dont on vient de passer la revue, et qui n'ont pu manquer de nous frapper par la précision de leur tableau et la rigueur de leur approche clinique.

Pour l'essentiel, les manifestations douloureuses que nous abordons maintenant se caractérisent par l'absence de lésion, *in situ* ou à distance, qu'il est possible d'objectiver par une série d'examen complémentaires et en particulier par les examens radiographiques. Les gastro-entérologues les regroupent dans le cadre des « dyspepsies fonctionnelles ». En fait, psychiatres et psychosomaticiens reconnaissent aussi une origine neuropsychique à d'autres affections que ces dyspepsies fonctionnelles, en particulier à l'ulcus gastro-duodénal et à certaines gastrites hypersthéniques ou hyposthéniques. Néanmoins, ces affections seront exclues du cadre de cet exposé.

L'intérêt de l'étude de ces dyspepsies fonctionnelles réside surtout dans le fait qu'elles s'observent chez un nombre non négligeable de patients qui consultent, aussi bien chez les omnipraticiens que chez les spécialistes de gastro-entérologie. L'atypicité, comme l'absence de spécificité de la symptomatologie, conduit bien souvent le thérapeute à deux sortes d'attitudes qui ne manquent pas de contrarier l'évolution de cette affection :

— tantôt, effectivement, l'on est amené à multiplier l'examen paraclinique à la recherche d'une hypothétique lésion, et il n'est pas rare que nous voyions à nos consultations de polyclinique de ces patients qui sont nantis d'un volumineux dossier radiologique constitué pendant des années;

— tantôt la persistance de certains préjugés organicistes tend à les faire considérer comme de « faux malades », précisément parce qu'ils ne sont porteurs d'aucune lésion — « faux malades » non justiciables par conséquent d'un traitement valable, cohérent, soit médical, soit

chirurgical. Dans bien des cas, cela ne manque point d'aboutir à une attitude de rejet.

Dans ces conditions, cet exposé aura une visée essentiellement pratique : nous essayerons de répondre à ces deux questions.

I) Est-il possible de reconnaître de façon suffisamment précoce l'origine neuropsychique de ces manifestations douloureuses épigastriques ?

II) Quelle attitude cette découverte implique-t-elle chez le praticien ?

I. — Problème diagnostique

Il serait vain de prétendre le poser à partir des caractères que revêtent les symptômes eux-mêmes : l'on pourrait même être amené à dire que leur atypicité, comme l'absence de périodicité, devrait constituer de bons signes de présomption en faveur de cette origine neuropsychique. En réalité, toutes les descriptions possibles se rencontrent, plus ou moins imagées, plus ou moins luxuriantes, en fonction du niveau ou de la structure de la personnalité du patient. L'hystérique, suivant la très heureuse expression de Sommer, « constate » sa maladie sans inquiétude véritable, et se montre indifférent à l'étiquette nosographique que l'on appliquera à son état. L'obsessionnel se lance dans une analyse minutieuse, effectuant un véritable travail de dissection et ne nous épargnant aucun détail. Le sujet fruste, comme ces nombreux travailleurs d'origine étrangère, compensera le caractère évasif de ses descriptions par une richesse d'expressions mimiques et gestuelles.

C'est bien au-delà du symptôme proprement dit et des seules caractéristiques de la douleur qu'il faut aller chercher la clef du diagnostic. Cela suppose, de la part du thérapeute, une attitude qui dépasse le plan de la simple médecine d'organes pour atteindre celui de l'individu envisagé dans sa totalité psychosomatique. La seule démarche qui parvient à définir le symptôme est celle qui consiste à *l'intégrer dans un ensemble structurant dont il pourra tirer sa signification*. Il est important de le souligner, parce que, à défaut d'opérer cette mutation, on est bien souvent conduit à des errances diagnostiques.

Dans cette perspective, plusieurs éventua-

lités peuvent se présenter, qui constituent autant d'itinéraires que nous essayerons de parcourir brièvement.

1) Première éventualité

Un interrogatoire précis permet de constater que cette douleur épigastrique est, en fait, un signe parmi d'autres, et s'accompagne d'un cortège fonctionnel plus ou moins riche de troubles et de désordres que l'on a successivement définis comme « sympathiques, neurovégétatifs, psychosomatiques »... Il s'agit d'une approche que l'on pourrait qualifier de « spatiale ». On a tôt fait de constater que l'on est en présence :

A) soit *d'une névrose d'angoisse*; qu'il s'agisse de phénomènes critiques ou permanents, les manifestations douloureuses épigastriques y revêtent souvent la forme de spasmes accompagnés de douleurs lancinantes ou constrictives et n'expriment rien d'autre que la *somatization de l'angoisse*; elles sont constamment associées aux autres éléments somatiques des crises d'angoisse (respiratoires, cardio-vasculaires, digestifs, urinaires, neuro-musculaires et sensitivo-sensoriels) comme à ces éléments psychiques dont les aspects fondamentaux se résument dans une amplification péjorative, l'attente d'un danger et le désarroi; au-delà de ces manifestations critiques, un interrogatoire minutieux permet de retrouver l'état permanent d'anxiété avec ses troubles du sommeil, l'instabilité, l'irritabilité, l'asthénie parfois, les troubles sexuels; à un degré de plus, l'investigation met sur la voie des facteurs étiopathogéniques en faisant apparaître bien souvent l'importance des troubles de la fonction sexuelle et la forte charge d'agressivité en réaction contre des situations « stressantes » et leur interférence avec des facteurs de prédisposition (constitution anxieuse et hyperémotive);

B) soit *d'une dépression de type « neurasthénique »*; il s'agit de ces patients qui sont « à l'écoute de leur selle et de la couleur de leur langue »; on comprend aisément que, chez eux, la dépression ait entraîné une régression affective à un stade archaïque du développement de la personnalité où la bouche comme aussi l'anus étaient une zone érogène prévalente; la bouche, organe richement investi par le nourrisson, joue encore, inconsciemment, un

rôle essentiel pour permettre à ces déprimés d'assouvir leur besoin d'amour (récupération affective orale); l'intégration des manifestations somatiques digestives en découle, et quand elle est installée depuis de nombreuses années, elle implique de tels bénéfices secondaires que pour rien au monde ils ne consentiraient à y renoncer.

Sans doute est-ce dans ce cadre qu'il faudrait ranger ces épigastralgies rencontrés avec une telle fréquence chez les travailleurs étrangers, dont on peut considérer qu'ils ont été incapables de soutenir, après leur transplantation, l'effort d'adaptation que rendait nécessaire la modification radicale de leur mode de vie et de penser.

M. S... Angelo, 39 ans, nous est adressé pour « une mise au point de son cas et une évaluation de capacité de travail ». Originaire d'un village sicilien, jamais scolarisé, il vient pour la première fois en Belgique en 1951, à l'âge de 24 ans, et s'y emploie comme mineur de fond. 4 ans plus tard, il retourne chercher femme dans son propre village. C'est en 1957 qu'il présente ses premiers troubles : après un séjour dans une clinique de la ville, il part se reposer en Italie mais il doit être hospitalisé à 3 reprises au Centre psychiatrique de Palerme. De retour en Belgique en 1962, il reprend son travail, mais à la fin de l'année 1965, il est victime d'un accident du travail (plaie du cuir chevelu qui nécessite la pose d'agrafes sans autres complications).

On note alors une recrudescence des symptômes et son asthénie devient telle qu'elle le fait renoncer à toute activité professionnelle. Lorsque nous sommes appelé à l'examiner, la symptomatologie diffère peu de celle qui avait été relevée au début de l'affection. Les plaintes somatiques sont nombreuses mais l'angoisse hypocondriaque est polarisée d'une part à la tête — il souffre de céphalées quotidiennes au niveau du vertex —, et d'autre part à l'estomac — il se contente de désigner le creux épigastrique en donnant de son mal une description très sommaire (« j'ai mal là »).

Cet état dépressif de décours ancien, comportant une composante hypocondriaque prévalente à polarisation digestive, peut être considéré comme une modalité réactionnelle à des conditions d'existence nouvelles particulièrement contraignantes. Il est possible que la mort du frère aîné qui le précédaît immédiatement dans la fratrie, survenue quand il était encore enfant, ait favorisé cette propension à une conversion somatique, et que l'accident du travail n'ait représenté qu'un prétexte privilégié à une exacerbation de la symptomatologie préexistante.

2) Deuxième éventualité

Plus rarement, on sera effectivement en présence de manifestations monosymptomatiques : les douleurs épigastriques résument l'affection. C'est à ce niveau que l'anamnèse prendra toute sa valeur (approche « temporelle »).

Dans bien des cas, elle nous permettra de

découvrir que ces manifestations digestives sont *pourvues d'un sens*. On constatera par exemple qu'elles ne surviennent que d'une façon élective, en présence d'une personne particulière (supérieur hiérarchique...), dans un lieu déterminé (en traversant une grande place...), ou encore dans certaines situations qui possèdent un caractère spécifique et dont l'entretien précise qu'elles sont en relation étroite avec des situations traumatiques antérieures. L'on est tenté de penser, dans ce cas, que ces manifestations gastriques constituent autant d'équivalents « phobiques ». L'étude de la personnalité met alors sur la voie d'une structure névrotique de type hystérophobique ou obsessionnel.

Mme C... Josiane, 32 ans, consulte pour une asthénie intense qui a succédé à des douleurs épigastriques. Sans horaire bien défini, ces épigastralgies ont fait l'objet pendant 1 an d'un traitement continu dispensé par un gastro-entérologue, mais les différentes investigations radiologiques pratiquées n'ont jamais permis de les rapporter à une étiologie organique précise. En fait, la patiente accuse également depuis peu des céphalées qui s'accompagnent d'une tension musculaire au niveau de la nuque et s'exacerbent parfois en menant le type migraineux. Elle se plaint d'un manque d'allant, d'un « dégoût de faire ce qu'elle fait », et elle n'a plus le courage de se distraire. Au volant de sa voiture, il lui arrive d'avoir l'impression de ne plus être sûre d'elle-même et d'éprouver des sortes de vertiges, un flou perceptif pénible, que l'on peut sans doute interpréter comme étant des états de dépersonnalisation.

Il s'agit donc d'un état dépressif avec plaintes somatiques (épigastralgies) sur une structure de personnalité où dominent les traits de la série obsessionnelle. Mais l'anamnèse permet de retrouver la notion d'une situation familiale pathogène : il s'agit d'un conflit aigu entre sa fille unique qui présente des troubles caractériels, et son mari qui est lui-même en traitement depuis de nombreuses années pour une névrose obsessionnelle. L'une est jalouse de l'attention qu'elle peut porter à son mari, l'autre, des soins qu'elle donne à sa fille. Elle ne sait comment « les contenter tous les deux », et elle a le sentiment que « tout cela lui reste sur l'estomac ».

M. B..., 48 ans, chef du personnel d'une importante usine de la région, a présenté 3 ans plus tôt des précordialgies à la marche, puis 6 mois après des épigastralgies et enfin des troubles urinaires. On nous l'adresse après que toutes les investigations pratiquées par les différents spécialistes qu'il avait consultés pour ces malaises successifs se soient révélées négatives — ECG, radiographies gastro-duodénales, etc... L'on découvre effectivement chez lui l'existence d'une névrose d'angoisse qui s'objective par des manifestations de 2 ordres :

- d'une part, par des manifestations somatiques polymorphes (palpitations, oppression thoracique, précordialgies, troubles dyspeptiques, épigastralgies, lombalgies, etc...),
- d'autre part, par des manifestations phobiques qui

revêtent l'aspect de « vertiges », et tendent à s'inscrire dans le cadre d'une agoraphobie.

Ces troubles névrotiques s'inscrivent sur une personnalité où dominent les traits de la série obsessionnelle, et sans doute, est-ce à son apparence placide et sereine qu'il doit d'avoir donné le change et fait errer le diagnostic.

II. — Attitude thérapeutique

Nous ne pouvons que l'esquisser, en insistant sur quelques traits qui nous paraissent essentiels. Il convient, en particulier, de ne pas commettre certaines erreurs :

— la première consisterait à se dispenser d'un examen rigoureux et d'un bilan complet chez un malade qui a reçu l'étiquette de « fonctionnel », qu'il s'agisse ou non d'un hystérique dont les antécédents caractéristiques et le style de la relation authentifient la névrose; il arrive parfois que le psychiatre ait la désagréable surprise de découvrir un non moins authentique cancer de l'estomac;

— la seconde résiderait, comme nous le soulignons, au début de cet exposé, en une répétition indéfinie des examens complémentaires et des traitements médicamenteux, à l'exclusion de toute investigation psychosomatique.

Différents auteurs ont insisté sur la valeur du premier contact avec le patient : on a même pu dire que « la manière dont le médecin parvient au diagnostic a déjà une valeur thérapeutique ». Le soin avec lequel sera conduit l'examen qui visera à dépister les éventuels signes d'organicité sera le gage de la confiance que le patient témoignera ultérieurement à son médecin, et l'on sait bien de quel poids l'établissement d'une relation sur la confiance pèse sur l'évolution et l'issue d'une psychothérapie.

La manière de formuler le diagnostic n'a pas une moindre importance : parler d'« hystérie », voire de « simulation » — même consciencieuse —, peut avoir de fâcheuses conséquences, autant que certains commentaires, des propos allusifs ou une mimique condescendante. Il vaut mieux mettre simplement l'accent sur « l'inorganicité » des troubles gastriques, en précisant toutefois qu'ils réalisent une vraie maladie de nature fonctionnelle que l'on pourra rapporter tantôt à un état émotionnel particulier, tantôt à une fragilité de la personnalité (qu'elle s'objective sur un terrain neuro-végétatif ou sur un plan psychologique). Il n'est pas interdit, dans certains cas, d'avancer une explication pathogénique en évoquant un « procédé de défense » ou un éventuel « refuge dans la maladie ».

Le temps nous manque pour traiter enfin la délicate question de l'opportunité d'une consultation psychiatrique. Tous ces épigastriques ne doivent certes pas être dirigés chez le psychiatre, et il est évident que bon nombre d'entre eux voient leurs troubles rétrocéder lorsqu'à la pharmacothérapie, l'omnipraticien ou le spécialiste de gastro-entérologie savent associer une action psychothérapeutique judicieusement conduite, même si elle semble à première vue empirique. Il est des cas, en revanche, où cette approche s'avère inopérante : on est alors bien souvent en présence d'une organisation névrotique sérieuse qui pose l'indication d'un traitement psychiatrique. On comprend aisément que, dans ces cas, omnipraticiens et gastro-entérologues se doivent de tout mettre en œuvre afin que ce traitement n'intervienne pas trop tard.

Conclusions

par L. RUYTERS

Professeur associé à l'Université de Liège. Institut de Médecine

I. En présence d'une douleur épigastrique, il faut toujours aboutir à un diagnostic étiologique, et ne retenir le diagnostic de douleur fonctionnelle d'origine neuropsychique qu'après exclusion de toute autre possibilité.

II. Le diagnostic devra être établi à la faveur d'une orientation progressive : il ne s'agit pas de demander d'emblée et systématiquement une série d'examen techniques, et d'attendre leur réponse pour conclure. Ces divers examens doivent être demandés au fur et à mesure, suivant

la plus grande logique, ce qui permettra de causer au malade le moins de fatigue, et d'entraîner le moins de frais, aussi bien sur le plan individuel que social.

III. Enfin, nous avons vu, notamment dans les exposés du Professeur Grégoire et du Dr. Timsit, que pas mal de cas, considérés comme irrécupérables, sont susceptibles d'être traités, qu'il s'agisse de traitement hormonal ou de psychothérapie, et personnellement, je pense que, dans nos consultations, nous ne faisons pas suffisamment pour tous ces malheureux dyspeptiques qualifiés de névropathes, que nous pourrions certainement améliorer en leur consacrant plus de temps.