

## TROUBLES FONCTIONNELS : DE LA DÉFINITION AUX DIFFICULTÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SCHEEN AJ (1)

Le Comité de Gestion de la Revue Médicale de Liège a retenu les «troubles fonctionnels» comme numéro thématique pour l'année 2023. Ce choix se justifie par la forte prévalence de ces motifs de consultation en médecine, touchant tous les systèmes et toutes les spécialités, et par les difficultés diagnostiques et thérapeutiques rencontrées par le corps médical, face à des troubles fonctionnels (1, 2).

### DÉFINITION

Les troubles fonctionnels correspondent à des plaintes qui miment des maladies, à des symptômes et syndromes que n'explique pas une lésion ou une maladie décrite à ce jour. Le terme «troubles fonctionnels» est actuellement retenu précisément pour souligner l'absence de fondement «organique» (fût-ce au niveau moléculaire) à ces signes et symptômes. Ce terme ne doit pas être considéré comme synonyme de psychogène car, dans de nombreux cas, aucune pathologie psychiatrique n'est associée et le simple caractère «alésionnel» ne suffit pas pour retenir un substrat psychopathologique. De façon plus explicite, non organique n'est pas synonyme de psychogène (Tableau I). D'un point de vue psychologique, on pourrait parler d'un phénomène de conversion (par analogie à la conversion hystérique décrite par Charcot),

**Tableau I. Divers termes souvent utilisés dans le jargon médical pour caractériser un «trouble fonctionnel»**

Psychogène
Névrotique
Somatoforme
Non organique
Conversif
Dissociatif
Inexpliqué
<i>Sine materia</i>

(1) Professeur ordinaire honoraire, ULiège, Rédacteur en Chef de la Revue Médicale de Liège, Belgique.

à savoir la traduction au niveau somatique d'un état émotionnel au sens large, entraînant des modifications du langage corporel. Si ce trouble fonctionnel se répète au long cours, voire indéfiniment, il peut évoluer vers une affection psychosomatique, voire se compliquer d'une maladie psychiatrique. La crainte légitime dans le chef du médecin est de méconnaître une maladie organique qu'il pourrait ou aurait dû authentifier et traiter de façon appropriée. Par ailleurs, il n'y a pas de doute que certains troubles étiquetés de fonctionnels sont, en fait, l'expression d'une pathologie organique encore méconnue (3, 4).

La symptomatologie des troubles fonctionnels peut être, mais certainement pas toujours, protéiforme, avec des plaintes souvent diverses. La luxuriance sémiologique est d'ailleurs un élément d'orientation diagnostique (Tableau II).

À titre d'exemple, ces plaintes peuvent correspondre :

1) à une hyperexcitabilité :

- cardiaque (palpitations, oppression précordiale),
- pulmonaire (dyspnée au repos, hyperventilation),
- nerveuse (système nerveux autonome : sudations excessives, sécheresse de bouche; système nerveux périphérique : dysesthésies, parésie; système nerveux central : troubles de la marche, mouvements anormaux divers, «crises»),
- gastro-intestinale (douleur abdominale, alternance diarrhée/constipation, ballonnement, régurgitation, nausées, dyspepsie),
- musculosquelettique (douleurs articulaires, myalgies).

2) à des symptômes généraux :

- fatigue excessive,
- troubles de concentration,
- difficulté de mémorisation,
- céphalées,
- sensations vertigineuses.

Ces troubles peuvent être objectifs (observables par l'examineur) ou subjectifs (par exemple des douleurs). Comme discuté dans un article du Lancet en 1999, tous ces symptômes, apparemment très disparates, partagent une série de similitudes, ce qui doit conduire à les intégrer dans une dimension conceptuelle unique (5).

**Tableau II. Liste des troubles fonctionnels discutés dans ce numéro, classés par système**

Systèmes impliqués	Troubles fonctionnels
Cardiovasculaire	Éréthisme cardiaque (palpitations) Labilité tensionnelle
Respiratoire	Dyspnée <i>sine materia</i> Syndrome d'hyperventilation
Digestif	Côlon irritable Dyspepsie
Neurologique (périphérique et autonome)	Troubles de la marche Mouvements anormaux Pseudo-crises Céphalées Hypersudation
Ostéo-articulaire et musculaire	Lombalgie Algoneurodystrophie Fibromyalgie
Uro-gynécologique	Vessie hyperactive Dyspareunie
Oto-rhino-laryngologique	Acouphènes Vertiges Globus pharyngé
Cutané	Prurit <i>sine materia</i>
Métabolique / nutritionnel	Hypoglycémie réactionnelle Anorexie mentale
Psychologique	Hypochondrie Conversion hystérique Troubles anxieux Troubles du sommeil
Général	Fatigue chronique (post-infectieuse) «COVID long»

Le patient est handicapé par ces symptômes qui altèrent la qualité de vie au quotidien et entraînent une véritable souffrance. Par ailleurs, cette dernière contribue, le plus souvent, à exacerber la symptomatologie avec, dans certains cas, l'instauration d'un véritable cercle vicieux. C'est sans doute le cas dans de très nombreuses affections douloureuses chroniques qui comportent habituellement des composantes fonctionnelles.

De nombreuses hypothèses physiopathologiques ont été proposées pour expliquer, au moins, certains troubles fonctionnels, leur donnant même un substratum mécanistique. Elles font appel à des processus neuroendocriniens, neuroimmunologiques, neurométaboliques et neuroperceptifs, dont la plupart sont associés ou favorisés par un état de stress (2, 4).

Parmi les personnes qui consultent un médecin, on estime qu'environ 50 % n'ont pas de lésions anatomiques objectivées (ou objectivables) correspondant à la plainte exprimée. Cette situation est frustrante à la fois pour le

médecin et pour le patient : d'une part, le médecin qui ne trouve rien n'est pas reconnu comme soignant, ce qui peut parfois l'amener à être moins empathique et même à rejeter le patient qui consulte et qui n'est pas considéré comme un «vrai malade»; d'autre part, la personne à qui on ne trouve rien n'est pas reconnue comme malade et a le sentiment d'être incomprise, et parfois même d'être méprisée, ce qui génère un sentiment pénible d'abandon. Dans ces conditions, la relation médecin-malade peut devenir difficile, voire tendue, aboutissant même à une rupture du dialogue singulier (3, 6). Le patient insatisfait change alors de médecin et sombre souvent dans le nomadisme («zapping») médical : certaines personnes vont même jusqu'à consulter plusieurs médecins simultanément cherchant «ce qui leur convient le mieux» par rapport à leurs plaintes (2).

Il convient cependant d'être clair : ces patients sont des malades, de vrais malades, pas des simulateurs.

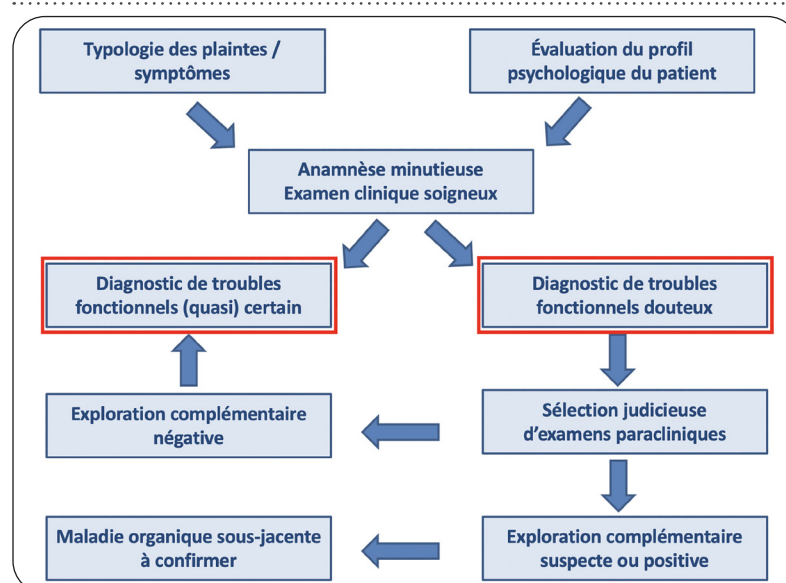
## APPROCHES DIAGNOSTIQUES

Les troubles fonctionnels représentent *a priori* un diagnostic d'exclusion. En effet, on ne peut parler de troubles fonctionnels que lorsque les diagnostics alternatifs cliniquement pertinents ont été éliminés. Une difficulté majeure réside dans le fait que le spectre des troubles somatiques fonctionnels se recoupe fortement avec celui des troubles somatiques organiques sur le plan phénoménologique (2). Il est donc conseillé d'adopter d'emblée une approche «à double voie», c'est-à-dire de garder à l'esprit à la fois les étiopathologies organique et fonctionnelle face à tout symptôme somatique (2). La démarche diagnostique doit donc, impérativement, exclure une pathologie organique sous-jacente susceptible d'être responsable de la ou des plainte(s) formulée(s) (Figure 1). La première question qui se pose est celle de savoir s'il faut recourir à des examens complémentaires ou si une simple anamnèse minutieuse, complétée par un examen clinique soigneux et complet, peut suffire à exclure une maladie organique et à poser le diagnostic de troubles fonctionnels (7). Tout dépend, bien entendu, des caractéristiques de la plainte exprimée ou, plus souvent, du panel de plaintes rapporté par le patient. Schématiquement, plus les plaintes sont nombreuses, protéiformes et disparates, *a fortiori* si elles sont toutes individuellement compatibles avec un trouble fonctionnel, plus une maladie organique précise paraît pouvoir être exclue. Par ailleurs,

argument diagnostique important et contrairement à ce qui est généralement observé dans les pathologies organiques, de nombreux symptômes somatiques fonctionnels sont fluctuants, à savoir qu'ils vont et viennent en fonction de circonstances situationnelles et émotionnelles (2). En général, le stress a tendance à les exacerber. Les troubles fonctionnels ont souvent un début relativement brutal, de sorte qu'un début progressif est un argument qui doit inciter à rechercher une étiologie «organique». Enfin, le diagnostic différentiel doit parfois se faire entre des troubles fonctionnels qui peuvent conduire à des plaintes assez similaires, comme discuté précédemment dans un article tentant de distinguer l'origine de malaises pouvant correspondre à une hypoglycémie réactionnelle, une hypotension (orthostatique), ou encore, une spasmophilie (8).

Outre le type de plaintes, il est sans doute utile de s'intéresser au profil même du patient. Son histoire antérieure peut être très évocatrice à cet égard. Les troubles fonctionnels sont plus souvent, mais non exclusivement, le fait de personnalités anxieuses, hypochondriaques, voire histrioniques. Par ailleurs, ils peuvent constituer le signe initial d'une autre affection psychologique, notamment dépressive. Il convient, cependant, d'être prudent et de ne pas étiqueter automatiquement de troubles fonctionnels des plaintes émanant d'une personne avec un profil psychologique particulier. Tout *a priori* doit, par principe, être rejeté et il faut se garder de stig-

**Figure 1. Algorithme diagnostique devant une plainte compatible avec un trouble fonctionnel**



matiser le patient (2). Ainsi, il convient d'éviter de qualifier systématiquement de «psychogènes», sans distinction ni investigation supplémentaires, les symptômes somatiques pour lesquels il n'y aurait apparemment pas d'explication organique évidente. L'ancienne conception dichotomique de la maladie (somatogène *versus* psychogène) devrait faire place à une conception plus différenciée et intégrée des symptômes, compte tenu de l'intrication des phénomènes et des progrès réalisés récemment dans les processus pathophysiologiques sous-jacents aux troubles fonctionnels (2). Une nouvelle classification des troubles somatotropes fonctionnels allant dans ce sens vient d'ailleurs d'être proposée par l'Euronet-Soma Group (9).

Lorsque le diagnostic clinique reste incertain, il convient de recourir à des examens paracliniques judicieusement sélectionnés (Figure 1). Gérer l'incertitude est souvent difficile pour le médecin, mais vivre l'incertitude l'est sans aucun doute encore plus pour le patient (10). Ce dernier réclame souvent moult examens complémentaires visant à rechercher, coûte que coûte, une lésion organique qui, en fait, n'existe pas. Face à cette exigence, le médecin est souvent tenté d'embrayer en prescrivant de nombreux examens biologiques ou d'imagerie, d'une part, pour satisfaire le patient et apaiser son inquiétude, et d'autre part, pour se rassurer lui-même face à la crainte compréhensible de méconnaître une maladie organique sous-jacente qui passerait inaperçue. Un choix limité d'examens, judicieusement sélectionnés sur des bases rationnelles plutôt qu'émotionnelles, doit être proposé en expliquant bien leur pertinence au patient. Il sera souvent important de préciser d'emblée que si ces examens s'avèrent négatifs, le patient pourra être rassuré et que toute surenchère dans les examens sera non seulement inutile, mais potentiellement néfaste, outre le coût important qui peut y être associé (11).

Il n'empêche que, pour le médecin, poser le diagnostic de troubles fonctionnels reste, dans bien des cas, une épreuve, un véritable dilemme, voire un aveu d'ignorance, de lacune du savoir médical.

Cette problématique difficile des troubles fonctionnels a été exacerbée dans les suites de la récente pandémie COVID-19. La Haute Autorité de Santé en France a publié, en 2021, une fiche spécifiquement consacrée à cette thématique, intitulée «Les troubles somatiques fonctionnels au cours des symptômes prolongés de la COVID-19» (12).

## APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

Dans tous les cas, la personne qui consulte pour un trouble fonctionnel présente une véritable souffrance que tout médecin devrait pouvoir percevoir et tenter de soulager, souvent avec l'aide d'autres soignants médicaux ou paramédicaux. Il s'agit généralement de symptômes répétés, durables et invalidants, entraînant une demande de soins dont le retentissement majeur en termes de qualité de vie contraste avec l'absence d'anomalies cliniques ou paracliniques pouvant les expliquer. Plutôt que prescrire une multitude d'examens complémentaires qui, s'avérant négatifs, contribuent souvent à augmenter la frustration des deux parties, la meilleure solution passe généralement par un dialogue singulier de durée et de qualité suffisantes, fait de compréhension et de réassurance.

Si le patient peut être déçu par l'absence de diagnostic somatique précis, il peut encore l'être davantage par l'absence de propositions thérapeutiques concrètes (13). Parfois, un médicament à visée purement symptomatique pourra être prescrit pour soulager la personne, mais les médecins ont sans doute tendance à utiliser cette «solution» de façon exagérée (14). À noter qu'un trouble fonctionnel peut plus facilement répondre à un placebo qu'une plainte sous-tendue par une lésion organique. Déçues par la médecine traditionnelle, certaines personnes vont chez des médecins adeptes des «pratiques non conventionnelles» (homéopathie, ostéopathie, acupuncture), voire chez des non-médecins, à la recherche désespérée d'un remède «miracle» (15).

Rassurer le patient avec une attitude empathique de la part du médecin traitant est une première étape essentielle. Si nécessaire, une approche multidisciplinaire sera utile, en incluant, bien souvent, une prise en charge comportementale. Les approches thérapeutiques intégrées («holistiques»), c'est-à-dire centrées sur le patient et qui tiennent compte à la fois des aspects physiques et psychiques, sont les plus efficaces (13, 16). Ainsi, de nombreux patients peuvent profiter d'une association combinant thérapie par le mouvement, procédés de relaxation et meilleure gestion du stress, ce qui peut correspondre à une véritable «revalidation» (2).

Un soutien psychologique spécifique peut également s'avérer utile (17). Il faut cependant noter que nombre de patients ont une attitude de déni vis-à-vis d'une éventuelle composante psychologique à leurs troubles fonctionnels et, dès lors, refusent toute approche psychothérapeutique.

## CONCLUSION

Vous l'aurez compris, à la lecture de cet éditorial introductif, les troubles fonctionnels représentent des plaintes fréquentes dans la pratique médicale. Poser le diagnostic, en excluant une pathologie organique sous-jacente, est souvent un défi. Rappelons que certains troubles fonctionnels ont une base physiopathologique reconnue, avec une explication mécanistique démontrée. Une fois ce diagnostic retenu, l'approche thérapeutique n'est pas plus aisée en l'absence de traitement médicamenteux spécifique, ce qui oblige à recourir à une approche intégrée et, souvent, multidisciplinaire.

Le lecteur aura l'occasion de parcourir le spectre étendu des troubles fonctionnels qui touchent quasi tous les systèmes et de revoir les stratégies de diagnostic différentiel ainsi que l'éventail des approches thérapeutiques possibles (Tableau II). En parcourant ce numéro, il se rendra rapidement compte que certaines plaintes rentrent, à l'évidence, dans la catégorie des troubles fonctionnels, alors que, pour d'autres, la classification parmi les désordres purement fonctionnels peut, sans doute, être discutable, voire remise en question, comme cela est bien discuté dans plusieurs articles. Cette ambiguïté et ce questionnement, auxquels est confronté régulièrement le clinicien, contribuent certainement à la richesse de ce numéro thématique.

Bonne lecture !

## BIBLIOGRAPHIE

- Rosendal M, Blankenstein AH, Morriss R, et al. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; CD008142.
- Merki V, Hurni B, Egloff N. Importance et approche dans la pratique clinique quotidienne. Les troubles somatiques fonctionnels au cabinet et à l'hôpital. *Forum Med Suisse* 2022;**22**:67-71.
- Docquir C. Les symptômes médicalement inexplicables : précisions terminologiques, données épidémiologiques chez l'adulte et l'enfant, aperçu des contre-attitudes. *Bull Psychol* 2013;**523**:61-75.
- Weber S, Buhler J, Vanini G, et al. Identification of biopsychological trait markers in functional neurological disorders. *Brain* 2023;**146**:2627-2641.
- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999;**354**:936-9.
- Ranque B, Nardon O. Prise en charge des symptômes médicalement inexplicables en médecine interne: un paradigme de la relation médecin-malade en situation d'incertitude. *Rev Med Interne* 2017;**38**:458-66.
- Scheen AJ. L'anamnèse médicale, étape initiale capitale pour l'orientation diagnostique. *Rev Med Liege* 2013;**68**:599-603.
- Scheen AJ, Philips JC, Krzesinski JM. Diagnostic différentiel d'un malaise : hypoglycémie, hypotension ou spasmophilie? *Rev Med Liege* 2011;**66**:48-54.
- Burton C, Fink P, Henningsen P, et al. Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med* 2020;**18**:34.
- Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty-The next medical revolution? *N Engl J Med* 2016;**375**:1713-5.
- Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2013;**173**:407-16.
- Santé HAd. Les troubles somatiques fonctionnels au cours des symptômes prolongés de la COVID-19.2021. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche\\_troubles\\_somatiques\\_fonctionnels.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_troubles_somatiques_fonctionnels.pdf) (dernier accès 16 janvier 2023)
- Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, et al. Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychother Psychosom* 2018;**87**:12-31.
- Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ* 2004;**328**:1057.
- Deutsch JK, Levitt J, Hass DJ. Complementary and alternative medicine for functional gastrointestinal disorders. *Am J Gastroenterol* 2020;**115**:350-64.
- Cathebras P. Patient-centered medicine: a necessary condition for the management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Front Med* 2021;**8**:585495.
- Leaviss J, Davis S, Ren S, et al. Behavioural modification interventions for medically unexplained symptoms in primary care: systematic reviews and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2020;**24**:1-490.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr Scheen AJ, Service de Diabétologie, CHU Liège, Belgique.  
Email : andre.scheen@chuliege.be