

VIGNETTE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDIANT

Analyse critique des plaintes douloureuses du patient atteint de schizophrénie

I. CAUBO, (1), C. PIETTE (2), R. FONTAINE (3), G. SCANTAMBURLO (4)

RÉSUMÉ : La schizophrénie est une pathologie complexe dont la prévalence avoisine 1 %. Sa sémiologie peut prendre de multiples formes. La discrimination sensorielle peut être altérée, y compris la perception douloureuse. La grande majorité des études réalisées à ce jour démontrent une hypoalgésie chez les patients atteints de schizophrénie. Il est important de tenir compte de ces données dans la prise en charge des patients exprimant des idées délirantes ou des hallucinations afin d'éviter de passer à côté d'affections non psychiatriques potentiellement graves.

MOTS-CLÉS : Schizophrénie - Douleur - Hallucinations

PAIN COMPLAINTS IN A PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA

SUMMARY : Schizophrenia is a complex pathology. Its prevalence reaches almost 1 %. Its semiology can be diversified. Sensorial perception can be altered included pain perception. Most of the studies conclude that psychotic patients have a hypoalgesia. It's important to consider this fact to avoid missing potentially grave somatic disease.

KEYWORDS : Schizophrenia - Pain - Hallucinations

retrait social et un délire paranoïde centré sur des préoccupations financières. L'ensemble de cette problématique psychiatrique est identique aux consultations antérieures.

INTRODUCTION

En raison de sa prévalence (0,6 à 1 %) (1) et des comorbidités associées, la schizophrénie est une pathologie souvent rencontrée en dehors du cabinet du psychiatre, aussi bien en médecine générale qu'en médecine spécialisée.

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique grave. Bien souvent, les médecins qui prennent en charge les patients atteints par cette pathologie se retrouvent démunis par rapport aux plaintes inhabituelles qu'ils peuvent évoquer.

VIGNETTE CLINIQUE

Un patient de cinquante ans, atteint de schizophrénie paranoïde, suivi de façon hebdomadaire en consultation de psychiatrie, se plaint occasionnellement de douleurs. Lors d'une consultation, il relate qu'il présente des douleurs dans les membres inférieurs depuis quelques jours. Il explique que la douleur est apparue brutalement alors qu'il nageait dans la mer. Il dit : «J'ai mal, la mer a brisé mes os, je suis tout tordu». Au cours de l'entretien psychiatrique, on met en évidence une anxiété plus envahissante qu'à l'accoutumée. Le reste des symptômes présentés par le patient consistent en un ralentissement psychomoteur, des pensées et un comportement désorganisés, un

QUESTIONS POSÉES

- 1. Quels sont les symptômes principaux caractérisant la schizophrénie ?*
- 2. Quelles sont les particularités de la perception de la douleur chez le patient atteint de schizophrénie ?*
- 3. Comment prendre en charge les plaintes douloureuses formulées par les patients atteints de schizophrénie ?*

RÉPONSES PROPOSÉES

1. QUELS SONT LES SYMPTÔMES PRINCIPAUX CARACTÉRISANT LA SCHIZOPHRÉNIE ?

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique grave touchant entre 0,6 et 1 % de la population. Les patients qui en sont atteints doivent faire face à une intense souffrance psychique. La maladie se déclare le plus souvent au début de l'âge adulte, de façon brutale ou insidieuse. Elle associe, à des degrés divers, des symptômes positifs, négatifs et de désorganisation (1) (Tableau I).

Les symptômes positifs consistent en des idées délirantes et des hallucinations. Les idées délirantes peuvent être définies comme des altérations du contenu de la pensée qui vont provoquer une altération du contact avec la réalité. Ces idées sont soutenues de façon inébranlable, quelle que soit la réalité externe au sujet. On peut les classer selon leur thématique prédominante (paranoïaque, mégalo-maniaque, mystique, érotomaniaque,...), leur degré

(1) Médecin assistant, (2) Chef de clinique, (4) Chef de Service, Service de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU de Liège, site Sart Tilman, Liège, Belgique. (3) Chef de clinique, Centre de la Douleur et d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Liège, site Sart Tilman, Liège, Belgique.

TABLEAU I. RÉCAPITULATIF DES SYMPTÔMES DE LA SCHIZOPHRÉNIE (1, 2)

Symptômes positifs	Idées délirantes	Altération du contenu de la pensée menant à une altération de la perception de la réalité
	Hallucinations	Perception sans objet pouvant toucher tous les sens
Symptômes négatifs	Emoussement affectif	Diminution de la réponse émotionnelle face aux événements
	Altérations cognitives	Discours pauvre
	Aboulie, apragmatisme, retrait social	Difficultés à mettre en œuvre et à planifier des actions menant à un retrait social
Désorganisation	Pensée désorganisée	Discours incohérent, décousu
	Ambivalence	Ressentir des émotions contradictoires simultanément
	Comportement désorganisé	Altération de la coordination des mouvements

d'organisation (discours construit ou non) et le mécanisme qui les sous-tend (hallucinoire, interprétatif, intuitif, imaginatif) (1). Les hallucinations sont une perception sans objet, ce qui signifie le fait de percevoir quelque chose là où il n'y a rien à percevoir. L'hallucination, selon Henri Ey, psychiatre français, auteur du «Traité des hallucinations» et du «Manuel de Psychiatrie», se produit par la poussée de l'inconscient au travers du conscient dont des mailles ont été dissoutes (2). Il existe de nombreuses classifications définissant les différents types d'hallucinations. Chaque type de perception peut devenir hallucinoire. En ce qui concerne les hallucinations douloureuses, on parle d'hallucinations tactiles et d'hallucinations cénesthésiques (3). Les premières sont centrées sur l'éprouvé des téguments, de la peau et des muqueuses. Elles consistent en des sensations thermiques, hydriques, prurigineuses, algiques, hypoesthésiques ou paresthésiques. Les secondes concernent la sensibilité générale et interne (proprioceptive et entéroceptive). Elles peuvent être générales, comme une impression de transformation corporelle, de déplacement, de distorsions des membres, ou partielles, comme des hallucinations de la sensibilité viscérale et segmentaire.

Les symptômes négatifs reflètent l'appauvrissement de fonctions intrapsychiques. Ils comportent l'émoussement affectif, qui signifie une diminution de la réponse émotionnelle face aux événements extérieurs. Cliniquement, on peut remarquer une hypomimie et une atonie associée à une apparente fixité corporelle. Une anhédonie, ou incapacité à éprouver du plaisir, est également souvent associée. Les symptômes négatifs sont aussi traduits par la pauvreté du discours, reflet d'une altération des fonctions cognitives. Au niveau comportemental, on note des difficultés à concevoir et à mettre en œuvre des actions (apragmatisme et aboulie), ce qui peut mener à un profond retrait social (1).

La désorganisation, à un certain degré, caractérise également la schizophrénie. Le cours de la pensée est désorganisé, ce qui va rendre le discours difficilement compréhensible, incohérent, décousu. On peut également relever une certaine ambivalence, ce qui signifie le fait de percevoir simultanément des sentiments et des émotions contradictoires. La désorganisation touche également la sphère comportementale. La coordination des membres peut être altérée, des décharges motrices peuvent survenir (1).

L'évolution de la schizophrénie est chronique dans la grande majorité des cas. Elle associe des épisodes de décompensations où les symptômes positifs sont plus accentués à des périodes où les symptômes psychotiques sont moins présents. De nombreuses comorbidités viennent fréquemment se surajouter, qu'elles soient psychiatriques, comme des troubles de l'humeur ou addictologiques, ou encore métaboliques ou cardiovasculaires (1).

2. QUELLES SONT LES PARTICULARITÉS DE LA PERCEPTION DE LA DOULEUR CHEZ LE PATIENT ATTEINT DE SCHIZOPHRÉNIE?

Depuis de nombreuses années, le lien est établi entre la schizophrénie et une sensibilité altérée à la douleur. En 1919, Kraepelin avait rapporté que certains de ses patients se brûlaient avec des cigarettes sans manifester de signes douloureux (cité dans 4). Il avait également observé que les personnes atteintes par cette pathologie pouvaient rester statiques dans des positions inconfortables, sans exprimer de gêne pendant plusieurs heures (4). Plusieurs descriptions de cas unique de patients n'ayant pas présenté de signe d'appel douloureux alors qu'ils étaient atteints d'une pathologie organique aiguë ont été rapportées dans la littérature (4). Cette absence de plainte douloureuse

peut être à l'origine de retard considérable dans l'élaboration d'un diagnostic.

Dès 1955, Marchand réalise une étude sur la douleur rapportée par les patients atteints de schizophrénie présentant un infarctus du myocarde (5). Il s'est avéré que 82,5 % des patients n'ont ressenti aucune douleur au début de la maladie, alors que, dans la population générale non psychotique, la douleur est présente dans approximativement 90 % des cas. Cet auteur a également rapporté que la perception de la douleur est altérée chez 37 % des patients atteints de schizophrénie présentant des affections chirurgicales aiguës telles que fracture du fémur, perforation d'ulcère gastro-duodénal ou appendicite (6).

La perception de la douleur peut être décomposée en quatre composantes (Tableau II) (7).

Plusieurs auteurs ont élaboré l'hypothèse que les patients atteints de schizophrénie ressentent la douleur, mais présentent une altération au niveau des composantes affectives, cognitives et comportementales. Guieu et coll. concluent que le seuil douloureux ne diffère pas entre les patients présentant une schizophrénie et le groupe témoin (8). Ils pensent que l'apparente insensibilité à la douleur serait plutôt un déni de cette douleur bien ressentie et donc une atteinte de la composante affective de la perception douloureuse. D'autres auteurs ont étudié les réactions comportementales associées aux stimuli douloureux en analysant les réponses neurovégétatives de l'organisme en présence de douleur. Le groupe de jeunes patients atteints de schizophrénie et d'autisme étudié présentait une réponse neurovégétative plus intense que le groupe témoin, alors que les manifestations comportementales associées aux stimuli douloureux étaient plus intenses dans le groupe témoin (9).

TABLEAU II. COMPOSANTES DE LA PERCEPTION DE LA DOULEUR

Composante	Correspondance
Sensorio-discriminative	Décodage de la source nociceptive
Affective	Gêne, ressenti désagréable
Cognitive	Processus mentaux influençant la perception douloureuse
Comportementale	Manifestations observables chez le sujet algique

La plupart des travaux réalisés portent sur la perception de la douleur expérimentale (10). La douleur induite par des stimuli thermiques, électriques et de pression a été particulièrement étudiée chez les personnes atteintes de schizophrénie en comparaison avec un groupe témoin. Les résultats concluent, pour la plupart, à une hypo-sensibilité à la douleur, voire à une analgésie. Il faut toutefois interpréter les résultats de ces études avec précaution. En effet, les conditions expérimentales pourraient biaiser les résultats : environnement inconnu et potentiellement source de stress, degré de compréhension imparfait des attentes des chercheurs par les personnes souffrant de schizophrénie, ... De plus, les conditions d'expérimentation varient fortement d'une étude à l'autre. Engels et coll., ont effectué une revue de la littérature de la douleur clinique dans la schizophrénie (10). Quatorze études cliniques ont été analysées. Les résultats sont identiques à ceux évoqués par les études expérimentales (11) : la prévalence et l'intensité de la douleur semblent être diminuées chez les personnes atteintes de schizophrénie.

A contrario, une étude, réalisée par Girard et coll., décrit une hypersensibilité à la douleur en cas de schizophrénie (12). Cette expérience a été réalisée par l'application d'une pression ou par la réalisation d'une ischémie chez 35 personnes atteintes de schizophrénie en comparaison à 35 témoins. Dans le groupe des patients schizophrènes, il fallait une intensité moindre de pression ou une durée d'ischémie moindre pour qu'ils se plaignent de douleur que dans le groupe témoin. Duval et coll. ont également obtenu des résultats démontrant une réponse neurophysiologique accrue en cas de stimulations électriques chez les personnes atteintes de schizophrénie (13).

De nombreuses hypothèses ont été élaborées pour tenter d'expliquer cette sensibilité altérée à la douleur qui est observée aussi bien en phase aiguë que chez les patients stabilisés (14, 15). Les neuroleptiques ont rapidement été incriminés (16). Cependant, des phénomènes d'apparente hypoalgésie avaient déjà été décrits avant leur mise sur le marché. Une altération du récepteur NDMA, une perturbation dans la sécrétion d'endorphines, un dysfonctionnement du système dopaminergique, et bien d'autres mécanismes encore ont été évoqués. Cependant, à l'heure actuelle, aucun ne parvient à expliquer à lui seul ce phénomène.

Cette sensibilité particulière à la douleur s'inscrit sur une pathologie caractérisée par des symptômes négatifs comprenant un ralentissement psychomoteur, des difficultés à identifier et à exprimer les émotions, un manque de mots. L'apparente hypoalgésie des personnes atteintes de schizophrénie pourrait également s'expliquer par des difficultés d'expression de la douleur. Les patients atteints de schizophrénie peuvent exprimer leurs douleurs physiques autrement (17).

Il est évident que certains patients atteints de schizophrénie peuvent également spontanément évoquer des douleurs physiques. Watson et coll. ont réalisé une étude sur la relation entre douleur et schizophrénie (18). Ils ont inclus 78 patients atteints de schizophrénie dans leur étude. Parmi ceux-ci, 29 présentaient des plaintes douloureuses. Sur les 29, 13 étaient d'emblée en lien avec une pathologie organique. Les plaintes les plus fréquemment évoquées concernaient la tête, les jambes et le dos. Les auteurs font le lien avec d'autres études réalisées au préalable qui décrivent les céphalées comme un symptôme fréquemment rapporté par les patients atteints de schizophrénie. Gittleson a démontré que lorsque le patient schizophrène présente des céphalées, celles-ci disparaissent fréquemment lorsque la schizophrénie est traitée et réapparaissent en cas de décompensation psychotique (19).

Concernant le cas clinique abordé ci-dessus, on ne retrouve pas d'hypoalgésie, mais bien des douleurs ressenties au niveau des membres inférieurs. La localisation des douleurs fait écho à l'étude pré-citée, réalisée par Watson. Les douleurs décrites par le patient correspondent à une expression somatique de sa pathologie psychiatrique.

3. COMMENT PRENDRE EN CHARGE LES PLAINTES DOULOUREUSES FORMULÉES PAR LES PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE ?

Tout d'abord, il convient de rechercher une pathologie non psychiatrique associée à une interprétation délirante de la douleur. Le diagnostic différentiel face à une idée délirante consiste en un trouble psychotique, un trouble de l'humeur, un trouble anxieux, un syndrome confusionnel, une affection neurologique, oncologique, métabolique, infectieuse ou l'effet d'une substance (1).

Dans la schizophrénie, les patients ont plus de risques de développer certaines pathologies (20), notamment en raison des effets secon-

naires des traitements par neuroleptiques. L'espérance de vie des patients atteints de schizophrénie est diminuée de plus ou moins 25 ans par rapport à la population générale (17). Cela ne s'explique pas uniquement par le taux élevé de suicide dans cette population. On retrouve des comorbidités cardio-vasculaires, métaboliques, infectieuses et néoplasiques importantes (1). Rappelons que les neuroleptiques peuvent entraîner des troubles métaboliques, une prise de poids et, *in fine*, être à l'origine d'un diabète de type 2 et de maladies cardio-vasculaires.

Ensuite, une diminution de la sensibilité à la douleur pourrait expliquer, en partie, la faible consommation en soins de santé des patients atteints de schizophrénie, engendrant, notamment, un retard au diagnostic, ainsi que leurs difficultés à être observants lorsqu'un traitement leur est prescrit.

Les facteurs de risque nombreux de développer une pathologie organique, associés à une mauvaise adhésion thérapeutique et à une apparente hypoalgésie chez les patients souffrant de schizophrénie, devraient inciter le clinicien à la vigilance dans la prise en charge de ces patients. Au-delà de la présence ou l'absence de douleur, il est important de se référer à l'examen clinique pour établir un diagnostic.

Enfin, la plainte douloureuse, même si elle est liée à une pathologie psychiatrique, est une sensation ressentie par le patient qui l'évoque. Il attend du médecin vers qui il se tourne une réponse face à cette plainte. Stubbs et coll. ont démontré une corrélation entre qualité de vie et présence de douleur chez les patients atteints de schizophrénie (21).

Lorsque la plainte douloureuse est hallucinatoire, une décompensation psychotique est à envisager. Une adaptation du traitement neuroleptique pourra éventuellement permettre d'atténuer les symptômes, comme le suggère l'étude réalisée par Gittleson sur les céphalées (19). La plainte douloureuse peut également être le reflet de l'anxiété éprouvée par le patient. Dans le cas clinique décrit ci-dessus, suite à l'administration d'un anxiolytique (alprazolam), en plus du traitement habituel du patient (palipéridone), les douleurs ont disparu après quelques minutes.

CONCLUSION

Etant donné la complexité de la prise en charge des patients atteints de schizophrénie et de la palette sémiologique variée qui les

caractérise, il est important de rappeler qu'une collaboration entre les différents intervenants médicaux, quelle que soit leur spécialité, est primordiale. Une banalisation de ce type de plainte peut être à l'origine d'un retard de diagnostic important, augmentant le risque de complications dans la prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège national des universitaires en Psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie.— *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie*, Presses Universitaires François-Rabelais, 2016.
2. Ey H, Bernard P, Brisset C.— *Manuel de psychiatrie*, Masson, Paris, 1960.
3. Gimenez G, Pedinielli JL.— Douleur hallucinée, douleur non perçue dans la psychose. *Douleur et Analgésie*, 2001, **14**, 113-118.
4. Dworkin RH.— Pain insensitivity in schizophrenia : a neglected phenomenon and some implications. *Schizophr Bull*, 1994, **20**, 235-248.
5. Marchand WE.— Occurrence of painless myocardial infarction in psychotic patients. *N Engl J Med*, 1955, **253**, 51-55.
6. Marchand W E, Sarota B, Marble HC, et al.— Occurrence of painless acute surgical disorders in psychotic patients. *N Engl J Med*, 1959, **260**, 580-585.
7. Autié A, Montreuil M, Moulrier V, et al.— Douleur et schizophrénie : mythe et réalité. *L'Encéphale*, 2009, **35**, 297-303.
8. Guieu R, Samuelian JC, Coulouvrat H.— Objective evaluation of pain perception in patients with schizophrenia, *Br J Psychiatry*, 1994, **164**, 253-255.
9. Bonnot O.— *Etude du stress psychosocial, physique et nociceptif dans les schizophrénies à début précoce et l'autisme*. Neurosciences, Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, 2007.
10. Engels G, Francke AL, van Meijel B, et al.— Clinical pain in schizophrenia: a systematic review. *J Pain*, 2014, **15**, 457-467.
11. Stubbs B, Thompson T, Acaster S, et al.— Decreased pain sensitivity among people with schizophrenia: a meta-analysis of experimental pain induction studies. *Pain*, 2015, **156**, 2121-2131.
12. Girard M, Plansont B, Bonnabau H, et al.— Experimental pain hypersensitivity in schizophrenic patients. *Clin J Pain*, 2011, **27**, 790-795.
13. Duval CZ, Goumon Y, Kemmel V, et al.— Neurophysiological responses to unpleasant stimuli (acute electrical stimulations and emotional pictures) are increased in patients with schizophrenia. *Sci Rep*, 2016, **6**, 22542.
14. Urban-Kowalczyk M, Pigonska J, Smigielski J.— Pain perception in schizophrenia : influence of neuropeptides, cognitive disorders, and negative symptoms. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2015, 2023-2031.
15. Minichino A, Delle Chiaie R, Cruccu G, et al.— Pain-processing abnormalities in bipolar I disorder, bipolar II disorder, and schizophrenia : a novel trait marker for psychosis proneness and functional outcome ? *Bipolar Disord*, 2016, **18**, 591-601.
16. Potvin S.— Douleur et schizophrénie : quand l'esprit ignore les appels grandissants de la moelle. In : Marchand S Ed, Saravane D Ed, Gaumond I Ed, *Santé mentale et douleur, Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale*. Springer, Paris, 2013, 114-131.
17. Grignon S.— Schizophrénie et douleur : une perspective psychiatrique. in : Marchand S Ed, Saravane D Ed, Gaumond I Ed, *Santé mentale et douleur, Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale*. Springer, Paris, 2013, 132-142.
18. Watson GD, Chandarana P, Mersskey H.— Relationships between pain and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 1981, **138**, 33-36.
19. Gittleson NL.— Psychiatric headache. A clinical study, *Brit J Psychiat*, 1961, **107**, 403-416.
20. Antioch I, Ciobica A, Paulet M, et al.— Pain manifestations in schizophrenia – Clinical and experimental aspects in human and animal models. *Psychiatr Danub*, 2015, **27**, 142-152.
21. Stubbs B, Gardner-Sood P, Smith S, et al.— Pain is independently associated with reduced health related quality of life in people with psychosis. *Psychiatry Res*, 2015, **230**, 585-591.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr G. Scantamburlo, Service de Psychiatrie, CHU de Liège, Site Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.
Email : gabrielle.scantamburlo@ulg.ac.be