



Aspects psycho-socio-pathologiques de la RCH.

Psycho-socio-pathological aspects of ulcerative colitis

الجوانب السيكوساجتماعية المرضية لالتهاب القولون التقرحي

A. Yahia, J. Mehssani, Y. Otheman, M. Gartoum, M-Z. Bichra, F. El Omari.

الملخص : إلتهاب الشرح-القولون النزفي هو مرض مزمن، صعب ومعيق، أسبابه غير واضحة. وتبقى الدراسات تمثل جدل حول دور العوامل السيكو المرضية لبدائته وتطوره. وقد اهتم أطباء النفس بهذا المرض منذ مدة طويلة. أولا من خلال النهج النفسي-الجسدي والتحليل النفسي، ثم مع تطور فسيولوجيا الأعصاب ومفهوم الإجهاد. وصف بعض العلماء عددا من الخصائص لدى الأشخاص المصابين بهذا المرض خصوصا فيما يتعلق بالبعد الأليكسيثيمي للشخصية (صعوبة التعبير عن الأحاسيس). فيما أكد آخرون على دور الإجهاد وآليات الضوابط النفسية والعصبية المرتبطة بالغدد الصماء. وارتبط أيضا الإلتهاب الشرجي-القولوني النزفي بارتفاع عدد حالات الأمراض النفسية، خاصة الاضطرابات الناتجة عن القلق والإكتئاب، ويبقى الإجماع حاضرا حول ثبوت الأثر السيكوساجتماعي لهذا المرض. وقد ساهم التطور الحاصل في التدخلات السيكوساجتماعية والتي تهدف لتحسين نوعية حياة المرضى إلى تطور معرفة أعراض وأسباب هذا المرض.

الكلمات الأساسية : تدخلات سيكوساجتماعية، علم النفس المرضي، التهاب الشرح-القولون النزفي.

Résumé : La rectocolite hémorragique est une affection chronique, grave et invalidante dont l'étiologie demeure imprécise. Les études restent controversées quant au rôle des facteurs psychopathologiques dans son déclenchement et son évolution.

Les psychiatres se sont intéressés à cette maladie depuis longtemps. D'abord à travers les approches psychosomatiques et psychanalytiques, puis avec le développement de la neuro-physiologie et de la notion de stress. Ainsi, les auteurs ont décrit un certain nombre de particularités chez les personnes présentant cette affection, notamment la dimension alexithymique de la personnalité. D'autres ont insisté sur le rôle du stress et des mécanismes de régulations psycho-neuro-endocriniens. La rectocolite hémorragique a aussi été liée à une fréquence plus élevée de troubles psychiatriques, notamment anxio-dépressifs. Mais, c'est le constat sur le retentissement psychosocial qui fait l'unanimité. Ainsi, le développement des interventions psychosociales visant à améliorer la qualité de vie des patients a aussi permis d'améliorer son pronostic.

Mots clés : Psychosociales, psychopathologie, rectocolite hémorragique.

Abstract : Ulcerative colitis is a chronic, severe and disabling disease whose etiology remains unclear. Studies are controversial regarding the role of psychopathological factors in its onset and evolution.

Psychiatrists have studied this disease for a long time. First, through the psychosomatic and psychoanalytic approaches, and then, with the development of neuro-physiology and the concept of stress. Thus, authors have described a number of characteristics in those patients, including the alexithymic dimension of personality; others have emphasized the role of stress and psycho-neuro-endocrine regulation mechanisms. Ulcerative colitis has also been linked with a higher incidence of psychiatric disorders, including anxiety and depression. But only the findings on the psychosocial impact of this disease are universally accepted.

The development of psychosocial interventions aiming at ameliorating the quality of life of patients has also improved the prognosis of this disease.

Key Words : Psychopathology, psychosocial intervention, ulcerative colitis.

Tiré à part : A. Yahia : Service de psychiatrie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed-V, CHU de Rabat - Salé - Maroc.

Introduction

La rectocolite hémorragique (RCH) est une affection chronique, grave et invalidante. C'est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) qui touche surtout l'adulte jeune (20 à 40 ans). Sa prévalence générale varie selon les localisations géographiques et les ethnies. Cette affection se manifeste cliniquement par la survenue d'une diarrhée sanguinolente et de douleurs abdominales. Elle évolue par poussées entrecoupées par des phases de rémission. Son étiologie reste inconnue, sa pathogénie est probablement multifactorielle impliquant des facteurs immunologiques, génétiques, infectieux ou environnementaux. Mais les études restent controversées quant à la nature du rôle que jouent les facteurs psychopathologiques dans cette maladie. Le rôle des conflits d'ordre psychologique et des difficultés d'adaptation au stress, dans le déclenchement et l'entretien des poussées, ont suscité de nombreuses controverses. Par contre, le constat sur le retentissement psychologique de cette maladie fait l'unanimité, et requiert une attention particulière.

Historique

Dès les années 1930, les facteurs psychologiques de la RCH sont décrits par plusieurs auteurs adeptes de l'école psychosomatique, dont Cécile Murray, qui fut la première à ouvrir la voie de la recherche psychiatrique dans ce domaine [1]. Alexandre de l'institut psychanalytique de Chicago a insisté sur la prédominance des facteurs affectifs dans le déclenchement des premiers symptômes [1]. La littérature des années 1960 a mis en doute l'existence de tels facteurs. De même, le déclin de la théorie psychosomatique de la RCH a coïncidé avec le développement des théories auto-immunes et l'introduction des corticoïdes [2].

Les expérimentations neuro-physiologiques menées dès les années 50, ont évoqué le rôle du stress et des agressions dans l'apparition de lésions inflammatoires et hémorragiques du tube digestif. Plus récemment, des études ont apporté de solides arguments pour une relation entre le stress et l'évolution de la RCH avec la démonstration parallèle d'un effet pro-inflammatoire du stress au niveau

du tube digestif. Toutefois, le stress pourrait non seulement jouer un rôle dans le déclenchement d'une poussée, mais également dans l'apparition de la maladie [3].

Les aspects psychologiques de la RCH retrouvent leur place actuellement dans la prise en charge de cette maladie handicapante, et ce à travers le développement des interventions psychosociales visant à améliorer la qualité de vie des patients.

Aspects psychopathologiques de la RCH

RCH et facteurs de personnalité

La littérature a abondé dans la description de la personnalité prédisposant à la RCH. Mais c'est la notion d'alexithymie qui a été la plus largement décrite [4-6]: il s'agit de patients qui éprouvent de la gêne à ressentir ou à parler de leurs états affectifs, leur vie imaginaire est limitée, ils restreignent leurs émotions et contrôlent leurs discours. Chez ce type de patients qui ont des difficultés à identifier ce qu'ils ressentent, la relation au médecin devient prévalente comme facteur d'observance du traitement [7]. Cette pauvreté affective pourrait être expliquée partiellement par le lien étroit entre le système digestif et les centres de l'émotion. L'amygdale cérébrale joue un rôle fondamental dans le traitement neuronal de stimuli émotionnels et constitue une structure de base de l'axe cerveau-intestin. Cet axe représente le substrat anatomo-fonctionnel pour les influences entre les émotions et les fonctions digestives. Ainsi, on a mis en évidence récemment chez les patients atteints de la RCH, la possibilité d'une influence bidirectionnelle entre l'activité inflammatoire intestinale et les changements fonctionnels de l'amygdale cérébrale, avec une sensibilité diminuée aux émotions à contenu positif [8]. Cette influence bidirectionnelle ne permet pas à elle seule, de confirmer le lien entre certains traits de personnalité et la prédisposition à la maladie.

RCH et stress

De nombreux auteurs ont insisté sur le rôle des facteurs psychologiques dans le déclenchement des poussées [9,10].

Parmi les facteurs psychopathologiques pouvant intervenir dans le déclenchement de la maladie ou des poussées, les événements stressants de vie ont été les plus étudiés. Plusieurs travaux ont été réalisés pour étudier ces facteurs, mais leurs conclusions restent controversées, et il semble qu'il n'y a pas de lien de causalité direct, mais plutôt une association entre le stress ressenti, les affects négatifs et la perception exacerbée des symptômes [11]. Ainsi, il est reconnu que les systèmes psycho-neuro-endocriniens (l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, le système sympathique médullo-surrénalien, les cytokines pro-inflammatoires, la substance P, les mastocytes) peuvent moduler l'inflammation et la perception de la douleur et influencer ainsi sur l'intensité des symptômes [12].

RCH et troubles psychiatriques

Les troubles psychiatriques sont fréquents dans la population de malades atteints de RCH, il faut savoir les détecter et les prendre en charge. Les avis sont controversés quant au rôle de ces facteurs dans le déclenchement de la maladie, mais le rôle de la maladie dans l'apparition de certains troubles psychiatriques a été prouvé. La RCH est une affection chronique, grave, invalidante, qui nécessite plusieurs hospitalisations avec parfois des actes chirurgicaux mutilants. Les troubles anxio-dépressifs sont plus fréquents chez cette population, et leur intensité est proportionnelle à celle de la maladie [13,14]. L'asthénie et les troubles du sommeil ont été aussi signalés [15,16]. Néanmoins, la RCH ne semble pas exposer aux autres pathologies psychiatriques, notamment à la schizophrénie [17]. Les répercussions psychologiques, telles que l'humeur dépressive associée à l'anxiété et une altération de la qualité de vie, peuvent exercer une influence négative sur le cours de la maladie. Par conséquent, l'évaluation et la gestion de la détresse psychologique doivent être incluses dans la prise en charge globale des patients [18]. Il faut savoir préparer ces malades et les accompagner au cours de leur évolution. Par ailleurs, les manifestations psychiatriques sont aussi des effets secondaires reconnus de la corticothérapie ; ces manifestations sont dominées par les troubles de l'humeur, leur incidence est dépendante de la dose, elles régressent généralement à l'arrêt ou à la diminution du traitement.

Aspects psychosociaux de la RCH

RCH et impact psychosocial

La maladie influence la scolarité, le travail, provoque un évitement social, et de nombreux conflits de couples, de ce fait, elle retentit sur la qualité de vie. Ainsi, la maladie entraîne un rétrécissement des choix relatifs à la carrière, aux voyages ainsi qu'aux autres projets personnels. Ces conséquences sont proportionnelles à sa gravité [19]. En d'autres termes, c'est chez les personnes dont la maladie est plus grave que la diminution de la qualité de vie est la plus marquée; à l'inverse, la qualité de vie est moins touchée chez les personnes dont la maladie est moins grave [20-22]. Les femmes sont plus susceptibles d'avoir une qualité de vie moins élevée que les hommes [21,22]. Il est important de noter que toutes les personnes atteintes de la RCH peuvent avoir une réduction de la qualité de vie, même celles qui sont exemptes de symptômes (en raison du caractère fluctuant de la maladie ou d'une rémission obtenue avec les médicaments).

Par ailleurs, les enfants vivent la maladie différemment, avec des répercussions différentes. Les enfants ont aussi une qualité de vie diminuée, mais ce sont les adolescents chez qui les répercussions sont les plus marquées [23,24]. Cela s'explique par plusieurs facteurs, d'abord la maladie porte atteinte au fonctionnement et à l'autonomie à un âge où la séparation et l'indépendance ont une très grande importance, ensuite elle compromet le fonctionnement social, qui revêt une importance critique pour ces jeunes ; la fréquentation de l'école peut être difficile, à un moment où le jeune doit faire des choix importants pour son avenir. L'adolescent devient facilement la proie d'émotions négatives et d'une faible estime de soi, ce qui peut le prédisposer à des troubles de comportements ou à des épisodes dépressifs [25].

RCH et prise en charge psychosociale

La prise en charge psychosociale de la RCH repose essentiellement sur une vision de la personne où sont considérées à la fois sa dynamique intérieure et sa place sociale et, plus particulièrement, l'interrelation qui existe entre ces deux dimensions. Les interventions psychosociales

visent à améliorer la qualité de vie des patients, mais semblent aussi réduire l'intensité des symptômes [26,27]. L'intégration de la dimension psychosociale dans les soins devrait être systématique, et ce d'autant plus qu'on a mis en évidence la présence d'une relation entre la qualité du soutien social, et l'activité du système nerveux parasympathique qui pourrait jouer un rôle de médiateur à travers son action anti-inflammatoire [28]. Dans ce sens, l'information sur la maladie et sur les traitements doit être délivrée de façon claire et simple, en favorisant l'autonomisation du patient et en insistant sur l'observance. Elle est réalisée par tous les professionnels de santé, en premier lieu par le médecin traitant. Un soin particulier doit être apporté à expliquer que la maladie est souvent compatible avec une existence normale ou proche de la normale (scolarité, activité physique, vie sexuelle et familiale, choix du métier, loisirs).

Il est nécessaire de mettre en place des mesures de soutien pour les familles des enfants atteints de RCH, afin de réduire au minimum les répercussions sur la fratrie et le stress qu'impose cette situation à la relation entre les parents [25].

La bonne relation médecin-malade constitue une garantie pour une bonne observance du traitement de la RCH et améliore sensiblement le pronostic de la maladie [7,29]. L'intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre est une décision qui relève du patient, qui devrait être conseillé par le médecin traitant, et ce devant la présence de trouble psychiatrique avéré ou de souffrance psychologique retentissant sur la qualité de la prise en charge.

Conclusion

La RCH est une pathologie grave qui s'accompagne de remaniements psychiques considérables. La place des facteurs psychologiques ne peut être bien définie à l'heure actuelle. Le constat sur le retentissement psychologique de cette maladie fait l'unanimité. L'intégration de la dimension psychosociale dans les soins devrait être systématique. Une articulation entre psychiatre et médecin traitant peut s'avérer nécessaire quand la composante psychologique occupe une place prépondérante dans l'évolution de la maladie.

Références

1. Rant Y. Les somatisations. Editions L'Harmattan, 1994, 179-180.
2. Aronowitz R, Spiro HM. The rise and fall of the psychosomatic hypothesis in ulcerative colitis. *J Clin Gastroenterol* 1988 ; 10 : 298-305.
3. Mackner LM, Clough-Paabo E, Pajer K, Lourie A, Crandall WV. Psychoneuroimmunologic factors in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17 : 849-57.
4. Corcos M, Flament M, Jeammet P. Les conduites de dépendance: dimensions psychopathologiques communes. Masson, Paris 2003. p 169.
5. Moreno-Jiménez B, López Blanco B, Rodríguez-Muñoz A, Garrosa Hernández E. The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res* 2007; 62 : 39-46.
6. Verissimo R, Mota-Cardoso R, Taylor G. Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom* 1998;67: 75-80.
7. Banovic I, Gilibert D, Olivier M, Cosnes J. L'observance et certains de ses déterminants dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). *Pratiques psychologiques* 2010;16 : 157-172.
8. Agostini A, Filippini N, Cevolani D, Agati A. Brain functional changes in patients with ulcerative colitis: A functional magnetic resonance imaging study on emotional processing. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17 : 1769-77.
9. Sobhani I. Facteurs génétiques et environnementaux dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Rev Med Suisse* 2000 ; n°687.
10. Alyoune M, Biadillah MCh. Rectocolite hémorragique, à propos de 70 cas, *Epidémiologie et formes cliniques. Médecine du Maghreb* 1992 ; n°34.
11. Andrews JM, Holtmann G. IBD: Stress causes flares of IBD--how much evidence is enough?. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2011 ; 8 : 13-4.
12. Moser G, Psychosomatic aspects of bowel diseases. *Z Psychosom Med Psychother* 2006 ; 52 : 112-26.
13. Häuser W, Janke KH, Klump B, Hinz A. Anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: comparisons with chronic liver disease patients and the general population. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17 : 621-32.
14. Kurina LM, Goldacre MJ, Yeates D, Gill LE. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *J Epidemiol Community Health* 2001 ; 55 : 716-20.
15. Graff LA, Vincent N, Walker JR, Clara I, Carr R, Ediger J, Miller N, Rogala L, Rawsthorne P, Bernstein CN. A population-based study of fatigue and sleep difficulties in inflammatory bowel disease *Inflamm Bowel Dis*. 2010 Dec 22 [Epub ahead of print].
16. Jelsness-Jørgensen LP, Bernklev T, Henriksen M, Torp R, Moum BA. Chronic fatigue is more prevalent in patients with inflammatory bowel disease than in healthy controls. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17 : 1564-72.
17. Kamrowska A, Kasprzak K, Marciniak J, Goch A, Kamrowski C. Anxiety and depression in ulcerative colitis and Lesniowsky-Crohn's disease. *Pol Merkur Lekarski* 2010 ; 28 : 239-41.
18. Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, Oefflerbauer-Ernst A, Miehsler W, Beier M, Tillinger W, Gangl A, Moser G. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosom Med* 2004; 66 : 79-84.
19. Moser G. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol* 2009 ; 32 Suppl 2 : 9-12.
20. Vidal A, Gomez-Gil E, Sans M. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients: the role of psychopathology and personality. *Inflamm Bowel Dis* 2008; 14 : 977-83.
21. Bernklev T, Jahnsen J, Adland E et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients five years after the initial diagnosis. *Scand J Gastroenterol* 2004; 39 : 365-73.
22. Saibeni S, Cortinovis I, Beretta L et al. Gender and disease activity influence health-related quality of life in inflammatory bowel diseases. *Hepatogastroenterology* 2005; 52 : 509-16.

23. Loonen HJ, Grootenhuis MA, Last BF. Quality of life in paediatric inflammatory bowel disease measured by a generic and a disease-specific instrument. *Acta Paediatr* 2002 ; 91 : 348-54.
24. De Boer M, Grootenhuis M, Derkx B et al. Health-related quality of life and psychosocial functioning in adolescent boys with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2005 ; 11 : 400-6.
25. Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin. Le fardeau des maladies inflammatoires de l'intestin au Canada. Rapport final et recommandations. (<http://www.fciii.ca>). 13 septembre 2008.
26. McCormick M, Reed-Knight B, Lewis JD, Gold BD, Blount RL. Coping skills for reducing pain and somatic symptoms in adolescents with IBD. *Inflamm Bowel Dis* 2010 ; 16 : 2148-57.
27. Szigethy E, McLafferty L, Goyal A. Inflammatory bowel disease. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2010 ; 19 : 301-18.
28. Maunder RG, Nolan RP, Hunter JJ, Lancee WJ, Steinhart AH, Greenberg GR. Relationship between social support and autonomic function during a stress protocol in ulcerative colitis patients in remission *Inflamm Bowel Dis*. 2011 17. [Epub ahead of print].
29. Nahon S, Lahmek P, Saas C, Durance C, Olympie A, Lesgourgues B, Gendre JP. Socioeconomic and psychological factors associated with nonadherence to treatment in inflammatory bowel disease patients: Results of the IS-SEO survey. *Inflamm Bowel Dis* 2011 ; 17 : 1270-6.