



Troubles de conversion chez les enfants et les adolescents

Investigatrices principales

Catherine Krasnik, MD, Ph. D., département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, université McMaster; 3G48-1200, rue Main ouest, Hamilton (Ontario) L8N 3Z5; tél. : 905-572-1838; téléc. : 905-308-7548; krasnice@mcmaster.ca

Christina Grant, MD, FRCPC, division de la médecine de l'adolescence, département de pédiatrie, université McMaster, 3G48-1200, rue Main ouest, Hamilton (Ontario) L8N 3Z5; tél. : 905-521-2100, poste 75644; téléc. : 905-308-7548; chgrant@mcmaster.ca

Co-investigators

John Cairney, Ph. D., université McMaster
Andrea Chapman, MD, FRCPC, université de Colombie-Britannique
Mary Connolly, MB, FRCPC, université de Colombie-Britannique
Sheri Findlay, MD, FRCPC, université McMaster
Olivier Jamouille, MD, CSPQ, Université de Montréal
April Kam, MD, FRCPC, université McMaster
Ellen Lipman, M. Sc., MD, FRCPC, université McMaster
Ramsay MacNay, MD, FRCPC, université McMaster
Brandon Meaney, MD, FRCPC, université McMaster

Historique

Les troubles de conversion (TC), peu courants mais très invalidants au sein de la population pédiatrique, sont classés dans le groupe des « troubles somatoformes » dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV). Les enfants et les adolescents atteints de TC décrivent des symptômes évocateurs d'une maladie, mais après avoir obtenu les antécédents et complété l'examen et les explorations, il est impossible de les expliquer par une pathologie et une physiopathologie connues. En général, les symptômes font croire à une maladie neurologique. Souvent, les symptômes déclarés incluent des pseudoconvulsions, des paresthésies, des parésies, une démarche anormale et d'autres mouvements anormaux. Les symptômes ne sont pas intentionnels. Selon la définition du DSM-IV, il faut constater un stress psychologique reconnu qui peut être lié à l'apparition des symptômes, mais il se peut que ce ne soit pas évident à la présentation.

De nombreux patients sont souvent gravement atteints et doivent être hospitalisés pour subir des explorations et examens coûteux auprès d'une série de professionnels de la santé, y compris des pédiatres, des neurologues pédiatres, des psychiatres, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes. L'absence de traitement énergique peut susciter des complications physiques à long terme, tels que l'amyotrophie, l'ostéoporose, la scoliose ou même les contractures. Les enfants et les adolescents touchés présentent souvent des complications psychosociales, y compris l'échec scolaire, l'isolement social, la détresse psychologique et la morbidité psychiatrique.



Malgré les énormes souffrances personnelles et les conséquences des TC sur les ressources de santé, on ne possède pas de données sur leur épidémiologie et leur fardeau clinique chez les enfants et les adolescents du Canada. De plus, il n'existe pas de lignes directrices claires pour la prise en charge des enfants et des adolescents qui présentent ce diagnostic difficile. Ce projet est la première étude visant à décrire la fréquence, le modèle et les issues à court terme des TC pédiatriques au Canada. Des recherches descriptives et épidémiologiques de base s'imposent pour étayer les politiques sur l'exploration, la prise en charge et l'attribution des ressources nécessaires en vue de prodiguer les services aux enfants et aux adolescents ayant ce trouble gravement invalidant.

Méthodologie

L'étude sur les TC sera menée par l'entremise du PCSP. Les pédiatres et surspécialistes de la pédiatrie qui font de la pratique clinique seront invités à déclarer, chaque mois, tous les nouveaux cas de TC. Au lancement de l'étude, les participants recevront la définition de cas et le protocole de l'étude, conformément à la définition des TC figurant dans le DSM-IV, de même que des exemples de présentations courantes de TC. À chaque nouvelle déclaration, les participants seront invités à remplir un questionnaire détaillé contenant de l'information démographique et clinique non nominative afin de s'assurer du respect de la définition de cas.

Définition de cas

Déclarer tout nouveau patient de moins de 18 ans atteints d'un trouble de conversion (TC)* présumé ou diagnostiqué, défini par la persistance de symptômes et signes qui touchent le patient :

- Fonction motrice volontaire (p. ex., faiblesse, démarche ou mouvements anormaux, difficulté de déglutition ou perte de la parole), **ou**
- Fonction sensorielle (p. ex., perte ou diminution du sens du toucher, de la vue ou de l'ouïe), **ou**
- Convulsions non épileptiques (« pseudoconvulsions » ou « convulsions psychogènes »)

et qui laissent croire à un trouble neurologique ou médical;

ET

- Peuvent s'accompagner de facteurs psychologiques à la présentation;
- Provoquent une détresse ou une diminution importantes des activités quotidiennes, telle que les soins personnels, la fréquentation de l'école, les jeux, les relations avec les camarades et la famille ou les activités;

ET

- Ne peuvent s'expliquer par un problème médical, la consommation abusive d'alcool et de drogues ou un autre trouble de santé mentale selon le jugement clinique du médecin traitant, après un examen physique complet et les examens pertinents;
- Ne démontrent aucune indication d'avoir été produits intentionnellement.

* Si le diagnostic est incertain ou en attente de confirmation, le cas devrait tout de même être déclaré.

Critères d'exclusion

Les patients qui ont surtout ou exclusivement des symptômes :

- imputables à la consommation abusive d'alcool ou de drogues,
- produits intentionnellement,
- qui découlent d'un trouble des douleurs, d'un trouble de somatisation ou de fatigue,
- causés exclusivement par un autre trouble psychiatrique, tel que la dépression, la psychose ou un tic diagnostiqué par un pédopsychiatre.



Troubles de conversion chez les enfants et les adolescents (suite)

Objectifs

- 1) Obtenir des données nationales sur l'incidence de TC chez les enfants et les adolescents canadiens qui consultent des spécialistes de la santé pour enfants.
- 2) Décrire les caractéristiques cliniques des TC à la présentation.
- 3) Déterminer les manifestations connexes, telles que les maladies psychiatriques ou médicales comorbides et les antécédents familiaux de maladie psychiatrique.
- 4) Décrire le modèle et la gravité de la maladie, les manifestations psychosociales connexes et l'utilisation des ressources médicales chez les enfants et les adolescents ayant un TC.
- 5) Étayer la prise en charge des enfants et des adolescents atteints d'un TC, y compris les examens et les interventions.
- 6) Déterminer la durée de la maladie et son issue à court terme.

Durée

Septembre 2011 à août 2013

Nombre prévu de cas

On estime qu'un total de 200 cas respecteront les critères d'inclusion.

Approbation déontologique

Comité d'éthique de la recherche de l'université McMaster et de la *Hamilton Health Sciences Corporation*

Analyse et publication

L'analyse inclura les caractéristiques des cas, les évaluations de la population, la description des manifestations cliniques de la maladie, la comorbidité, les antécédents familiaux, les antécédents psychosociaux et l'utilisation des services de santé. Afin de parvenir à un consensus, trois membres interdisciplinaires de l'équipe de recherche de l'université McMaster se réuniront pour analyser les cas difficiles à diagnostiquer. S'ils ne réussissent pas à s'entendre, une majorité de deux voix sur trois résoudra la question.

Bibliographie

Elliott E, McIntyre P, Ridley G, Morris A et coll. National study of infants hospitalized with pertussis in the acellular vaccine era. *Pediatr Infect Dis J* 2004 Mar;23(3):246-52

INoPSU, International Network of Paediatric Surveillance Units: First Progress Report for 1999-2002. Accessible à l'adresse www.inopsu.com/downloads/progress_report_Nov03.pdf. (Consulté en avril 2011)

Kozłowska K, Nunn KP, Rose D, Morris A et coll. Conversion disorder in Australian pediatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007 Jan;46(1):68-75

McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1996 Jul;75(1):57-61

Nunn K, Williams K, Ouvrier R. The Australian childhood dementia study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002 Apr;11(2):63-70



Annexe 1 : Exemples de cas

Étude de cas 1 – Véritable trouble de conversion

Une adolescente hispanique enceinte de 15 ans se présente à l'urgence. Elle a le coude fléchi et l'orteil gauche en extension plantaire vers le bas. Lorsqu'on lui parle de ses symptômes, elle répond qu'elle « va [s']y habituer ». Il est impossible d'expliquer son état par une maladie connue, et elle reçoit par la suite un diagnostic de trouble de conversion. De plus, ses symptômes tendent à « disparaître » lorsqu'elle est distraite. Elle a aussi précisé que le père du bébé a commencé à sortir avec quelqu'un d'autre. Elle était tellement en colère contre son ex-amoureux qu'elle aurait voulu le frapper et lui donner des coups de pied, mais que ses symptômes l'en ont empêchée.

Ces symptômes respectent les caractéristiques d'un diagnostic de trouble de conversion parce que :

- les symptômes sont de nature neurologique et ne sont pas représentatifs d'une lésion neurologique connue.
- le « je vais m'y habituer » est un exemple de *belle indifférence*.
- un facteur psychologique stressant semble avoir précipité la symptomatologie.

Étude de cas 2 – Définition de trouble de conversion non respectée

Une fillette de neuf ans est évaluée en raison d'une éventuelle polyarthrite rhumatoïde. Elle s'est réveillée avec une douleur au genou qui l'a fait boiter à l'école. Les résultats du bilan médical étaient négatifs, et la douleur est passée à l'autre jambe. Ses antécédents sociaux révèlent que son grand-père maternel, qui boitait en raison d'une vieille blessure à la hanche, est décédé trois semaines avant l'apparition des symptômes. Elle était près de lui et se sent coupable de ne pas avoir joué aux dames avec lui la dernière fois qu'elle l'a vu. La douleur est allée et venue, mais a persisté dix jours. Elle a diminué graduellement et a disparu grâce à une évaluation médicale de soutien et à de l'attention familiale.

Ce n'est PAS un exemple de trouble de conversion, parce que :

- malgré un élément psychologique qui contribue à la présentation de cette patiente, les symptômes se limitent à des douleurs, sans symptômes neurologiques.
- dans ce cas, la claudication découle de la douleur.
- c'est un exemple de trouble douloureux.