

QUESTIONS ESSENTIELLES

Les plaintes sont présentes depuis < 3 semaines ?

La douleur est de type inflammatoire ?

Douleur nocturne, raideur matinale, amélioration diurne

L'état général n'est pas conservé ?

Notions d'exposition à des toxiques ?

Notion de stress psychosocial récent ?

Notion d'épisode paroxystique avec malaise ?

Prise actuelle ou récente de médicaments

Présence d'une piste organique ?

Etat fébrile

Plaintes systématisées ou localisées

Hypotension

Signes d'hypothyroïdie

Anomalies à l'examen neurologique

[p. 6](#)

[p. 7](#)

[p. 7](#)

NON
à ces
questions

[p.2](#)

1ère
consultation

**1ère
consultation**

**PATIENT ALGIQUE, SANS BAISSÉ DE
L'ÉTAT GÉNÉRAL, SYMPTOMATIQUE
DEPUIS > 3 SEMAINES, EXAMEN CLINIQUE
NON CONTRIBUTIF:**

**SYMPTÔMES INEXPLIQUÉS
MÉDICALEMENT**

**Bilan biologique large compatible
avec des affections douloureuses
sans signe clinique évocateur**

VS, PCR

Collagénose,
myélome
Maladie de
Horton
Néoplasie

**Bandelette
urinaire**

Diabète
Néphropathie

Glycémie

Diabète

**PHOSPHA-
TASE ALC.**

Pathologies
osseuse

FSC

Hémopathies
Biermer,
Hbpathies
Parasitose
(trichinose)

**CPK,
LDH,
ALDOLASE**

Myopathie

**ALAT,
ASAT**

Hépatite

K

Addison

TSH

Dysthyroïdie

Ca, P

Hyperpara-
thyroïdie

**2^e
Consultation**

Bilan normal et plaintes identiques

Bilan anormal
→ *Suivre la piste*

Analyser la réaction du patient devant la négativité des examens

Le patient n'est pas rassuré

[p.4](#)

Le patient est rassuré:
→ Pas de trouble somatisation, ni hypochondrie
→ **trouble fonctionnel ?**

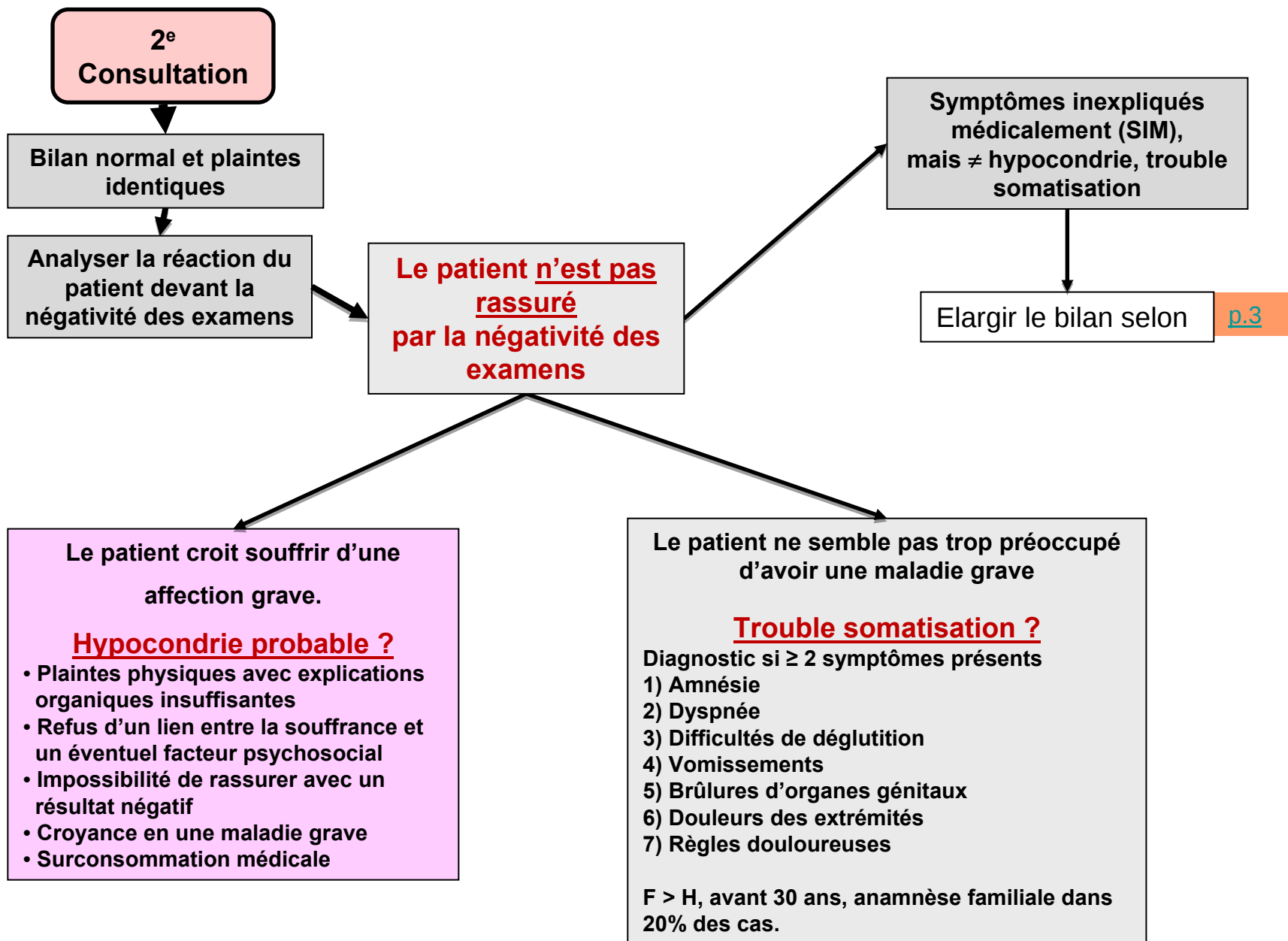
- Explorer les croyances et représentations du patient par rapport à ses troubles.
- Reconnaître la réalité des plaintes.
- Trouver le facteur de stress psychosocial associé.
- Intégrer les plaintes physiques dans la globalité de la souffrance du patient.
- Suggérer un lien entre les plaintes du patient et le stress psychosocial.
- Encourager les activités sources de plaisir et de détente

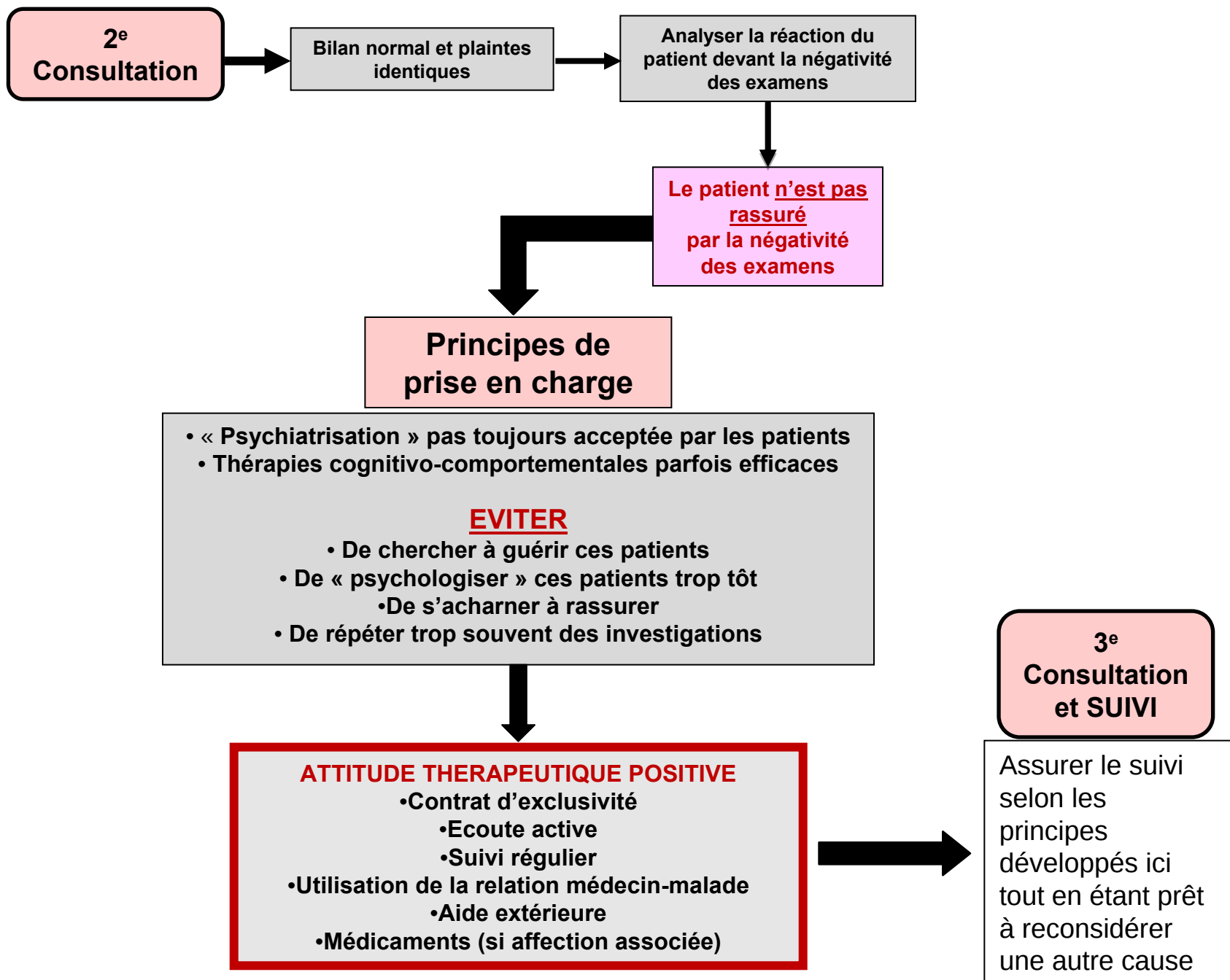
Diagnostic posé de **trouble fonctionnel si:**

1. Plaintes physiques sans explication organique adéquate.
2. Retentissement socioprofessionnel
3. Patient rassuré par la négativité des examens
4. Présence d'un facteur psychosocial déclenchant
5. Acceptation thérapeutique d'un lien entre ce facteur et le trouble physique
6. Disparition des symptômes

Si 4) et 5) ne sont pas présents,
Revoir le problème d'une affection sous-jacente
Compléter le bilan pour connectivite, myélome, syphilis et VIH

Suivre le patient pour confirmer la disparition des symptômes





QUESTION ESSENTIELLE

**DOULEURS DEPUIS < 3
SEMAINES ?**

Affection organique
la plus probable

QUESTION ESSENTIELLE

DOULEURS INFLAMMATOIRES ?

Douleurs nocturnes, réveillant le patient.
Raideur matinale. Amélioration diurne
➔ **Recherche de néoplasie, rhumatisme,
infection,... Penser à une maladie de Horton
chez sujet âgé.**

QUESTION ESSENTIELLE

**STRESS PSYCHOSOCIAL
RECENT ?**

Question à poser dès la 1^{ère} consultation,
Envisager un trouble fonctionnel.

QUESTION ESSENTIELLE

ETAT GÉNÉRAL TOUCHÉ ?

Ne pas retenir d'emblée le diagnostic de
trouble somatoforme.
Procéder à un examen clinique soigné et à un
bilan large

QUESTION ESSENTIELLE

EXPOSITION A DES TOXIQUES ?

Exposition au tétrachlorure de carbone et
au sulfure de carbone

QUESTION ESSENTIELLE

**CRISES PAROXYSTIQUES
+ MALAISES?**

Exclure les diagnostics relatifs à un malaise.
Se guider par les symptômes.
L'origine somatique étant exclue ➔
considérer le diagnostic de trouble fonctionnel

QUESTION ESSENTIELLE

PRESENCE D'UNE PISTE CLINIQUE

- **Etat fébrile**
- **Plaintes systématisées ou localisées:** penser à une maladie de Horton ou à la polymyalgia rheumatica
- **Hypotension:** maladie d'Addison
- **Signes d'hypothyroïdie:** demander la TSH
- **Anomalies au status neurologique:** rechercher une systématisation topologique de la douleur.
- **Diabète décompensé**

QUESTION ESSENTIELLE

PRISE ACTUELLE OU RECENTE DE MEDICAMENTS

Douleurs postsevrage

Cortisone
Calmants
Drogues
Alcool
Anorexigènes

Toxicité directe

Phénobarbital
Clofibrate
Statines
Cimétidine
Cortisone

Médicaments inducteurs de lupus

Procainamide
Tétracyclines
Rifampicine
Phénytoïne
Hydralazine
INH
Phénothiazine
Diltiazem
Anti-TNF

...