

TROUBLE NEUROLOGIQUE FONCTIONNEL

C'est un trouble neurologique, survenant en l'absence de lésion neurologique. Il est parfois appelé trouble psychogène ou somato-forme, conversion etc.

Il peut toucher la **motricité** et créer des paralysies, des tremblements ou des troubles de la marche. Il peut toucher la **sensibilité** et créer des dysesthésies et des douleurs. Il peut également créer des **vertiges, des nausées, des céphalées...**

Ces symptômes ne sont pas causés par une lésion des tissus organiques dans le trouble fonctionnel, mais par un **dysfonctionnement** du schéma moteur, sensoriel et cognitivo-comportemental.

Les examens complémentaires (IRM, Scanner, EMG) sont souvent **normaux**.



Il est possible de faire le lien entre la lombalgie chronique (ou la fibromyalgie) et le trouble neuro fonctionnel. Dans tous ces cas, les symptômes ne sont pas liés à une lésion.

La difficulté réside dans le fait de comprendre, et de faire comprendre au patient, que son corps et ses membres vont bien d'un point de vu structurel (nerfs, muscles, articulations, etc.)

Comme dans la douleur chronique, les techniques de protection, d'antalgie, de suppléance par aides techniques ou attelles, n'auront qu'une courte efficacité, et risquent surtout d'entretenir l'idée que le corps est structurellement fragile et qu'il a besoin de repos ou d'un traitement local.

Dans la douleur chronique comme dans le trouble neuro-fonctionnel, l'amélioration passera par un **retour progressif au mouvement**.



Objectif : **réexposition graduelle**

1. Comprendre la plainte du patient, obtenir son adhésion au diagnostic

Cette partie peut être fastidieuse mais elle est pourtant incontournable.

Tant que le patient ne comprend pas qu'il faut arrêter de rechercher une lésion, que la solution viendra de lui-même et pas d'une thérapie extérieure, la reprise du mouvement se trouvera toujours limitée par les symptômes.

Cela prend souvent du temps pour construire une relation de confiance, faire comprendre au patient qu'on comprend ce qu'il a et son handicap, mais qu'il est nécessaire de se remettre en mouvement sans attendre que les symptômes cessent.

En effet, le patient vit avec le même mécanisme de pensée que nous ; il n'a pas envie d'avoir cette pathologie, ne comprend pas qu'il puisse y avoir tous ces symptômes et ce handicap sans lésion.

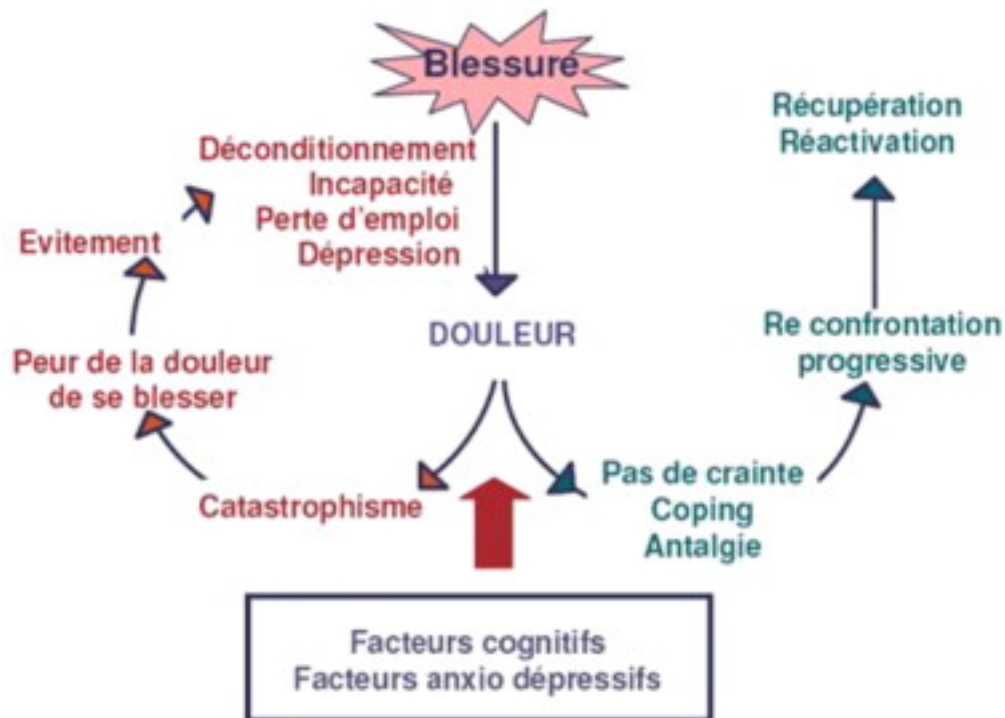
De plus, la difficulté d'accepter le diagnostic est entretenue par des années de recherche lésionnelle, de nomadisme médical, et des difficultés à vivre en société avec ce diagnostic (évite d'en parler à ses proches, à sa famille).

2. Reprise des mouvements et réexposition graduelle

Lorsque le patient a compris qu'il n'y a pas de lésion, et que le problème se situe au niveau de la modulation du cerveau et de la régulation du mouvement volontaire, il va pouvoir commencer à se **réexposer au mouvement**, mais cette fois-ci avec l'idée que c'est le mouvement qui va la guérir, c'est-à-dire en sortant du catastrophisme et de la kinésiophobie. La différence est mince mais déterminante.

Le patient va pouvoir **développer des stratégies** pour faire face aux symptômes (coping) afin de les gérer de se confronter de nouveau aux activités de la vie courante devenues impossibles à réaliser.

Ce **reconditionnement progressif** est analogue à celui que l'on cherche à mettre en place dans la douleur chronique.



Traduction libre de Vlaeyen et Linton, 2000

Et c'est à ce moment que le **rôle du kinésithérapeute** est déterminant : il faut trouver les mouvements qui limitent la survenue des symptômes ; il va falloir guider le patient vers des mouvements assez **complexes** (travail global au sol sur tapis, course à pied, sauts, etc.) car c'est dans ces activités quasi sportives que l'on observe une normalisation du mouvement.

Il est souvent très utile d'utiliser les **activités sportives** que le patient apprécie :

- Travail des appuis pour un boxeur ou un joueur de tennis
- Jongler avec un ballon pour un footballeur,
- Course à pied pour n'importe quel sportif
- Marche rapide pour un patient qui aime marcher ou randonner
- Vélo
- ...



3. Jouer sur le réapprentissage moteur et la plasticité neuronale

C'est lors de ces activités « naturelles » que l'on peut arriver à sortir un instant du schéma moteur pathologique pour restaurer un schéma moteur plus « automatique ».

Le Trouble Neuro Fonctionnel peut être vu comme une pathologie du schéma moteur volontaire : plus le patient focalise son attention sur le symptôme, plus il va l'amplifier et l'entretenir.

Il s'agit donc d'obtenir une **distractibilité attentionnelle** et obtenir des mouvements plus "normaux" ; et souvent les patients sont assez surpris de pouvoir faire ces mouvements puisque jusqu'ici chacun d'entre eux provoquaient les symptômes et entretenait leur mémoire au niveau cortical.

La **répétition** d'un mouvement normal va peu à peu **reprogrammer le schéma moteur** au niveau cortical.

Comme dans tout apprentissage moteur, la **dose élevée d'exercice est primordiale**.

Un challenge pour le patient et le kinésithérapeute

Pour le patient, chaque exercice doit être comme une prise médicamenteuse, comme un pas de plus vers la guérison. Il est fréquent que les progressions du patient se cumulent : lorsqu'un exercice est acquis, on observe peu de retour en arrière.

Rien n'est plus motivant pour le patient que lorsqu'il se rend compte que ses **symptômes sont réversibles**.

Pour le kiné, il s'agit de trouver le mouvement qui **normalise le schéma moteur**. Chaque trouble fonctionnel est unique, et les mouvements qui normalisent sont souvent à chercher du côté personnel du patient.

Il faut en tous cas que le mouvement soit **très global** et le moins focalisé sur la partie "déficitaire" : en général, plus on se concentre sur le membre parétique et moins l'on obtient de mouvement de ce membre. Il faudra intégrer ce mouvement déficitaire dans une activité plus complexe, afin de **focaliser l'attention sur autre chose** que le membre déficitaire.

Il peut être très intéressant de filmer le patient pour lui montrer ensuite que leur corps a mieux fonctionné, et que leurs **symptômes sont réversibles**.

Principales limites de la kinésithérapie :

- **le refus du diagnostic par le patient**, qui attend qu'un médecin trouve « vraiment ce qu'il a » et il lui donne « le médicament qui va le guérir ».
- **une fatigue ou des douleurs trop importantes** (il est difficile de montrer au patient que le trouble est réversible si chaque mouvement est impossible).

Dans tous les cas :

Il faut rester très **positif**, rassurer le patient et lui dire qu'il y a une solution possible, que cela peut prendre du temps mais dépendra surtout de lui-même.

Prenez le soin de **construire une relation de confiance solide** avant de pousser/challenger le patient.

Pour aller plus loin :
FND Hope (en anglais)
neurosymptomes.org

Sortir du schéma pathologique (symptômes moteurs, douleurs, fatigue)
Réapprentissage du schéma moteur normal, comme chez un sportif : intensité

« Ne pas viser une diminution des symptômes mais une augmentation des performances »
« Favoriser la gestion des symptômes »

