

COMMUNICATION

La contracture psychogène : un piège pour les chirurgiens orthopédistes

MOTS-CLÉS : HYSTÉRIE. POSTURE. CONTRACTURE. PSYCHOPHYSIOLOGIE

Psychogenic contracture, a trap for the orthopedic surgeon

KEY-WORDS (Index medicus): HYSTERIA. POSTURE. CONTRACTURE. PSYCHOPHYSIOLOGY

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

Alain C. MASQUELET *, Alain FABRE **, Michel LEVADOUX ***,
Sylvain RIGAL ****

RÉSUMÉ

La contracture psychogène est une entité mystérieuse qui entre dans le cadre des troubles de conversion, jadis regroupés sous le terme d'hystérie. Lorsqu'elle est localisée aux membres, la contracture psychogène offre le tableau clinique d'une posture en flexion ou en extension d'un ou de plusieurs segments articulaires. Cette posture, invincible à l'état de veille, se relâche sous narcose. Les patients relèvent d'une prise en charge pluridisciplinaire centrée sur la filière psychopathologique ; cependant ils sont parfois orientés à tort vers des consultations de chirurgie orthopédique dans la mesure où le trouble de conversion est apparu à la suite d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale. Il est donc de la plus haute importance, pour reprendre les mots de Freud, que les chirurgiens aient une connaissance plus intime de ces cas rebelles pour éviter des opérations inutiles.

SUMMARY

Dysfunctional posture is an enigmatic pathological entity now attributed to a conversion reaction (formerly to hysteria). When localized to the limbs, the main clinical feature is a

* Chirurgie orthopédique et traumatologique, Hôpital Saint-Antoine, Université Paris VI, 184, rue du Faubourg Saint-Antoine — 75571 Paris ; e-mail : acmasquelet@free.fr.

** Chirurgie de la main, Clinique Richelieu, Saintes.

*** Chirurgie de la main, Clinique St Roch, Toulon.

**** Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, Hôpital d'Instruction des Armées Percy. Clamart.

Tirés à part : Professeur Alain C. MASQUELET, même adresse

Article reçu le 23 septembre 2012, accepté le 19 novembre 2012

contracture of one or several articular segments in flexion or extension. Most of the time, the contracture is released by anesthesia. Patients should be managed with a psychopathological approach. However, some patients continue to be managed in a surgical department because the contracture became apparent after a trauma or surgical procedure. The orthopedic surgeon must be aware of this phenomenon in order to avoid unnecessary operations.

INTRODUCTION

La contracture psychogène d'une partie du corps est liée au phénomène de conversion « hystérique », en rappelant d'emblée que le terme hystérie a disparu des manuels de psychiatrie. Ce fut le grand mérite de Charcot d'isoler l'hystérie et de l'avoir distinguée de l'épilepsie et des autres maladies mentales. Le célèbre tableau de Bouillet en 1886, *La leçon de neurologie*, met en scène une transe hystérique obtenue par hypnose. En réalité, le personnage central du tableau est Blanche Wittman, que Charcot présentait régulièrement dans ses démonstrations. L'état de catalepsie de la patiente est caractérisée par une immobilité, une disparition de la volonté psychique et physique et une hypertonie musculaire que l'on peut deviner à l'aspect d'enroulement de la main et du poignet gauche. L'origine du discrédit qui frappa l'œuvre de Charcot malgré ses descriptions admirables de la sclérose en plaques et de la sclérose latérale amyotrophique fut l'obstination de l'auteur à rechercher une cause organique à l'hystérie. À cette époque le service de neurologie le plus réputé d'Europe attirait de nombreux visiteurs et, parmi eux, un certain Sigmund Freud séjourna à la Salpêtrière d'octobre 1885 à février 1886. C'est au contact de Charcot que Freud prit conscience de la réalité des phénomènes hystériques y compris chez les hommes. Le génie de Freud fut de soutenir que l'hystérie avait des bases psychologiques et non pas organiques comme le prétendait Charcot. Dans un bref article intitulé *Hystérie* et publié en 1888, Freud a délivré aux médecins et notamment aux chirurgiens, un message d'une étonnante actualité [1] et qui mérite d'être rapporté : « Le trauma est un incident fréquent dans la maladie hystérique pour deux raisons. En premier lieu parce que la disposition hystérique antérieurement non détectée peut se manifester à l'occasion d'un trauma physique intense qui s'accompagne de peur et d'une perte momentanée de la conscience. En second lieu parce que la partie du corps affectée par le trauma devient le siège d'une hystérie locale. Ainsi, par exemple, chez les personnes hystériques, une légère contusion de la main peut provoquer le développement d'une contracture de la main (...). Il est de la plus grande importance pour les chirurgiens qu'ils aient une connaissance plus intime de ces affections rebelles ; car dans des cas de cette espèce, une intervention chirurgicale ne peut qu'être préjudiciable. Le diagnostic différentiel de ces états n'est pas toujours aisé à faire, particulièrement quand il s'agit des articulations. »

La Grande Guerre fut l'occasion d'observer ce qu'on a appelé les psychonévroses de guerre [2-7] dont les manifestations somatiques suscitérent de nombreuses controverses. Les médecins furent confrontés à des tableaux cliniques sans lésion visible qui opposaient les tenants de l'organicisme (choc commotionnel cérébral ou

médullaire de l'obusite (Sicart), les partisans de l'origine psychique (Gustave Roussy et Déjerine) et les défenseurs du pithiatisme (Babinski, Clovis Vincent, Jules Froment). Les symptômes des psychonévroses de guerre ne se limitaient pas aux contractures. Ces dernières offraient des aspects d'une grande diversité que l'époque actuelle a oubliée et qu'il est encore possible d'observer grâce aux moulages conservés aux Archives du Val de Grâce. Les divergences d'interprétation expliquaient l'absence d'accord dans la prise en charge de ces blessés de guerre sans blessure. Les méthodes douces (balnéothérapie, héliothérapie, psychothérapie) [8] contrastaient avec les méthodes dites dures (torpillage électrique, alcoolisation neuromusculaire, chirurgie) [9].

Au début de la deuxième moitié du xx^e siècle, les caractéristiques psychopathologiques de l'hystérie qui constituaient la base clinique et théorique de la psychanalyse freudienne furent déconsidérées et reléguées sous l'influence grandissante de la psychiatrie comportementale et des neurosciences cognitives. Le terme même d'hystérie a disparu du DSM III au profit des expressions « troubles de la somatisation » et « troubles de conversion ».

Le but de cet article n'est pas d'entrer dans les arcanes d'une discussion portant sur les acceptions étiologiques ou nosologiques de manifestations polysymptomatiques [10, 11]. L'objectif, à travers une courte expérience clinique, est de rappeler qu'il existe d'authentiques troubles de conversion sous la forme de contractures et qu'il est par conséquent justifié de mettre en garde les chirurgiens de l'appareil locomoteur [12, 13] à une époque où la puissance des moyens d'investigation tend à repousser les limites du « tout organique ».

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Notre expérience s'appuie sur l'observation de 13 patients souffrant de troubles au membre supérieur ou au membre inférieur, sous forme de postures inexplicables. Plusieurs difficultés concourent à l'hétérogénéité de la série (Tableau I)

- Dans tous les cas il s'agissait de patients qui avaient eu un parcours médical ou chirurgical insolite ;
- Le suivi véritable de ces patients aurait dû se faire, idéalement, en milieu psychiatrique, sans passer par la consultation de chirurgie ;
- L'absence de solution thérapeutique efficace pour résoudre le problème rendait le suivi des patients très problématique dans un cadre chirurgical, d'autant que le lieu de résidence des patients était souvent éloigné du lieu de consultation de chirurgie où ils avaient été adressés en dernier recours.

Sur les 13 patients identifiés comme porteurs d'une contracture psychogène, quatre patients seulement ont pu faire l'objet d'un suivi au long cours par l'auteur principal de cet article.

TABLEAU I

Cas	Sexe	Age	Contexte	Facteur déclenchant	Déformation	Traitement	Évolution
1	F	60		Trauma, opération poignet dt	flexion 4 ^e et 5 ^e doigt	Allongement tendons FCS	perdu de vue
2	H	32		Trauma, opération poignet G	flessum poignet	résection carpe, arthrodèse	perdu de vue
3	F	34	AT	plaie pouce dt	flessum MP, adduction pouce	plastie en Z	récidive, échec
4	H	49	AT	épicondylite coude G opérée	fermeture du poing	psychothérapie	”guéri ”
5	H	32	AT	plaie médius dt opérée	flessum poignet	psychothérapie	récidive localisée
6	F	69		inconnu	fermeture poing bilatérale	psychothérapie	échec
7	F	58	AT	trauma minime main dt	« col de cygne » 4 ^e et 5 ^e doigt	psychothérapie	échec
8	F	28	AT	trauma minime main g	extension 4 ^e et 5 ^e doigt	Arthrolyse	échec
9	H	26	AT	trauma minime main dt	flexion MP doigts longs	psychothérapie, changement poste	« guéri »
10	F	48		chirurgie itérative membre sup dt	flex doigts 3, 4, 5 crochet 2		perdu de vue
11	F	25	AT	entorse cheville dt	équin, varus supination	psychothérapie	perdu de vue
12	F	35	AT	entorse cheville g	équin et troubles trophiques	allongement achille sympathectomie	amputation jambe
13	F	40	AT	entorse cheville dt	équin	allongement achille	perdu de vue

Tableau clinique

D’emblée le chirurgien est confronté à l’étrangeté de la situation, une étrangeté qui provient de l’absence de lien logique entre la posture et l’évènement déclenchant : traumatisme minime, intervention chirurgicale anodine. Le patient allègue toujours la survenue brutale de la déformation et soutient l’organicité du trouble en accusant fréquemment le geste chirurgical. Tout effort volontaire du patient pour réduire la déformation se traduit par un échec complet, et les tentatives de mobilisation passive

entreprises par l'examineur se heurtent au caractère invincible de ce qui est perçu, au sens littéral du terme, comme une contracture. Cette contracture entraîne des postures diverses (Figure 1). Au membre supérieur, nous avons observé les postures suivantes :

- fermeture de tous les doigts, pouce inclus, aboutissant à l'attitude du poing fermé ;
- flexum localisé à un ou deux segments digitaux ;
- flexion des MP des doigts longs réalisant un aspect en volet ;
- flexion du poignet avec doigts souples étendus ;
- extension d'un ou plusieurs doigts réalisant une déformation en col de cygne ;

Au membre inférieur, nous avons constaté les déformations suivantes ;

- équin prononcé de la cheville associé à un flexum du genou dans un cas ;
- inversion du pied combinant équin, varus et supination.



a



b



c

FIG. 1. a, b, c. — Exemples de contractures psychogènes observées à la main.

Diagnostic

L'étape la plus importante du diagnostic est celle du diagnostic différentiel, l'hystérie de conversion étant toujours considérée comme un diagnostic d'exclusion. Au membre supérieur, on recherchera une camptodactylie, une arthrogrypose, une maladie de Dupuytren, un syndrome des doigts à ressort bloqués, une séquelle de syndrome de loges passé inaperçu, une paralysie partielle d'origine inconnue ou même une paralysie iatrogène au décours d'une intervention. Le concours d'un neurologue est indispensable. Il permettra parfois de démasquer une maladie de Parkinson comme dans le cas des camptocormies que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer. Le diagnostic se resserre alors autour de l'origine psychique des troubles. On pensera notamment aux affections psychiatriques qui peuvent s'exprimer au niveau des extrémités : syndrome de Secrétan à la main, mutilation passive ou son envers, la mutilation active, appelée syndrome de Münchhausen ou même le désir d'amputation [14], qui peut d'ailleurs être associé à une contracture psychogène. On pensera également à la dystonie de fonction qui affecte les écrivains ou les musiciens [15]. Celle-ci présente une indiscutable parenté avec la contracture psychique, mais ne se manifeste qu'à l'occasion de l'effort. La contracture psychogène, elle, est permanente, du moins à l'état de veille.

En cas de traumatisme ou d'intervention chirurgicale antérieure (douze patients sur treize dans la série), la difficulté la plus redoutable est l'association d'une contracture psychogène à une algodystrophie ou à une authentique raideur (trois sur treize). L'évocation de la possibilité d'une raideur, d'une paralysie, d'un syndrome algodystrophique, est un argument auprès du patient pour entreprendre les examens complémentaires : électromyogramme, scintigraphie osseuse, IRM fonctionnelle pour éliminer une étiologie centrale (Figure 2). En réalité le diagnostic positif est assuré par un examen du membre sous anesthésie générale. Sous narcose, les muscles se détendent, la contracture cède, les articulations reprennent leur position de repos (Figure 3). Le diagnostic étant posé ou au moins suspecté, le praticien responsable doit constituer l'équipe qui prendra en charge le patient dans globalité : neurologue, psychiatre, kinésithérapeute. Prononcer le mot de « simulation » ou « d'hystérie » serait catastrophique. L'opportunité même de consulter un psychiatre ou un psychothérapeute doit être suggérée avec beaucoup de précautions, dans un discours parfaitement maîtrisé.

DISCUSSION

Profil du patient

Le caractère insolite de la déformation qu'on pourrait qualifier, en première approche, de dysmorphie, ajouté aux éléments tirés de l'entretien, permettent de suspecter fortement le diagnostic dans un grand nombre de cas. Dans trois séries



FIG. a

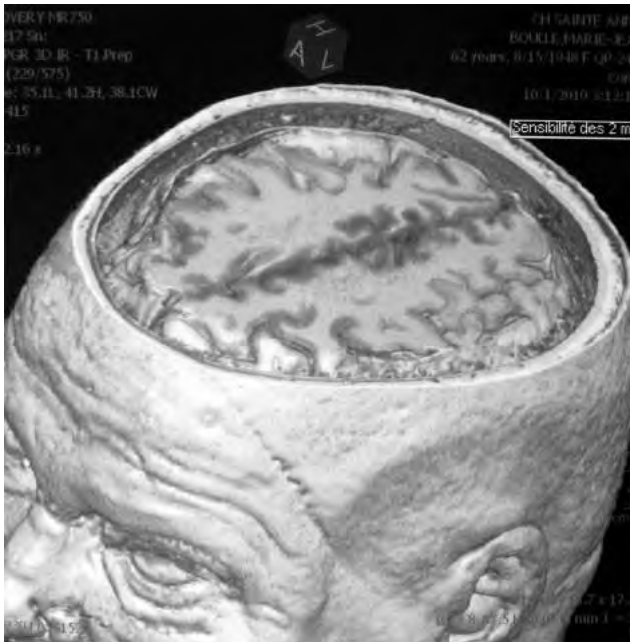


FIG. b

FIG. 2. — IRM fonctionnelle et contracture

- a. contracture localisée à la main droite ; on demande au patient d'ouvrir et de fermer les deux mains pendant l'examen d'IRM fonctionnelle
- b. l'IRM fait apparaître un signal bilatéral, éliminant une lésion centrale



FIG. a



FIG. b

FIG. 3. — diagnostic d'une contracture psychogène

- a. déformation de la cheville après une entorse à caractère bénin. La patiente se déplace difficilement. La déformation n'est pas réductible à l'examen clinique réalisé en consultation.
- b. examen sous anesthésie générale. La déformation est aisément réductible et les divers tests confirment l'absence de laxité pathologique.

de la littérature regroupant vingt-deux cas, plus de la moitié des patients avait des troubles psychiatriques connus (tendance schizoïde ou dépressive). Ce n'était pas le cas dans notre série mais en l'absence d'antécédent psychiatrique ou de difficulté psychologique majeure, il est permis d'identifier quelques traits communs à tous les patients : tendance à la dépression, irritabilité, impulsivité, dérive obsessionnelle, tous signes qui traduisent un état permanent d'instabilité émotionnelle. Les circonstances initiales du déclenchement de la contracture sont, dans la majorité des cas, en rapport avec un traumatisme survenu en milieu professionnel ou un acte chirurgical suscité par le traumatisme. Ce qui est constant mais souvent difficile à déceler, c'est une situation de conflit avec l'environnement familial ou professionnel nié par le patient ; ce qui conduit à une accumulation de sentiments hostiles non exprimés qui s'expriment par la conversion en une contracture d'une partie du corps. La conversion, qui ne se réduit pas aux manifestations de la grande hystérie ou aux contractures, reflète l'expression symbolique d'un désir refoulé, à travers toute la gamme de la symptomatologie psychopathologique (Figure 4).

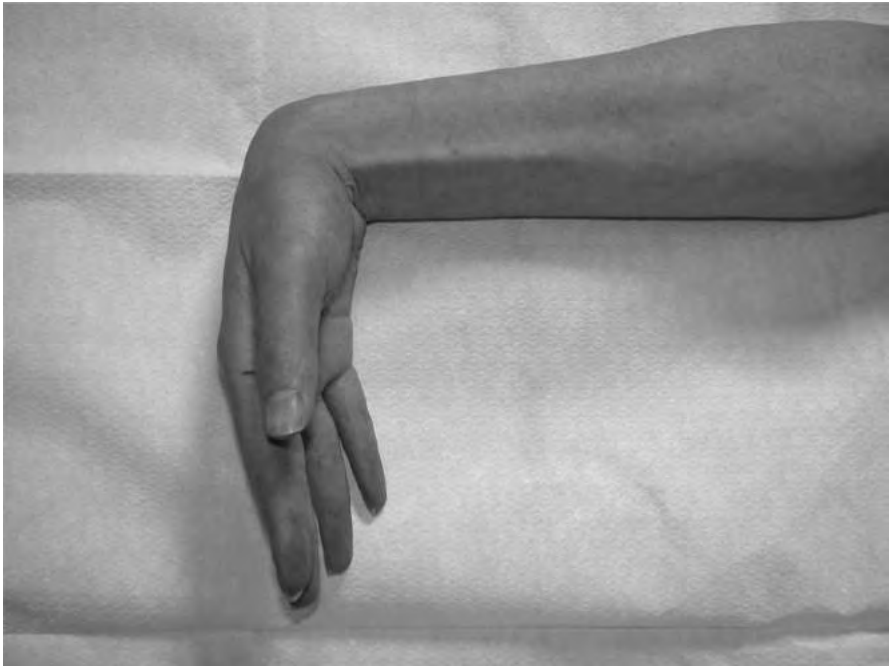


FIG. a



b



c

FIG. 4. — Flessum irréductible du poignet survenu chez un homme de 32 ans à la suite d'une plaie de la face dorsale de la MP du 3^e doigt. Le patient a subi une opération en urgence, suivie d'une arthrolyse de l'appareil extenseur puis d'une libération du nerf médian au poignet.

- a. Déformation du membre ; on note le relief du tendon du long palmaire.
- b. L'examen sous anesthésie générale est strictement normal. Après le maintien en rectitude du poignet par une attelle plâtrée pendant 3 semaines, le flessum du poignet a disparu. Cette « guérison » coïncide avec l'annonce d'une bonne nouvelle dans le milieu familial. Le patient est revu six mois plus tard en consultation ; on notel'apparition d'une extension irréductible du 3^e doigt ; cette nouvelle posture coïncide avec la survenue d'une situation de conflit avec l'entourage.

Prise en charge des patients

Le chirurgien qui suspecte une contracture psychogène chez un patient, doit prendre le trouble très au sérieux pour garder intacte la relation de confiance, facteur essentiel du pronostic. Il doit être convaincu qu'il ne s'agit pas d'une simulation et tout mettre en œuvre pour éliminer une étiologie organique notamment d'ordre neurologique. Le chirurgien doit également rester le référent de l'équipe qui va désormais prendre en charge le patient. Cette dernière notion semble capitale quand le patient a été victime d'un traumatisme ou lorsqu'il a subi une intervention chirurgicale (onze cas sur treize dans la série). Plus ou moins consciemment le patient exige une réparation alors qu'il tire déjà bénéfice de la conversion. Lorsque la contracture est apparue spontanément, un des traits de l'étrangeté de la situation est la belle indifférence du patient à l'égard de son état.

La situation la plus dramatique est la chirurgie itérative pour traiter une cause organique qui n'existe pas (6 cas dans la série). La méconnaissance de l'affection peut conduire à l'amputation en cas d'apotemnophilie associée (cas n° 12). L'échec prévisible des interventions renforce l'attitude d'hostilité du patient à l'égard du chirurgien et du corps médical dans son ensemble. D'emblée le pronostic d'une contracture psychogène durable et permanente est sombre, malgré une prise en charge pluridisciplinaire. Chez deux patients seulement (cas n° 4 et 9) la contracture a disparu en totalité ; elle a partiellement régressé chez un patient (cas n° 5). Cette notion est mentionnée dans plusieurs courtes séries [12, 13, 16-18]. En revanche il existe indiscutablement des formes frustrées et transitoires qu'il faut aussi reconnaître car elles sont de bon pronostic. Les facteurs permettant d'espérer une évolution favorable sont :

- La stabilisation des relations avec l'entourage et l'extinction du conflit originel qui explique certaines guérisons spontanées ;
- L'aptitude du patient à ressentir ou à exprimer des émotions sans développer un sentiment d'anxiété inhibitrice ou une dépression réactionnelle ;
- La capacité de développer, avec l'équipe, une véritable alliance thérapeutique.

L'approche thérapeutique est multidisciplinaire et multimodale. L'enquête environnementale et l'évaluation psychologique ou psychiatrique sont essentielles. Le traitement symptomatique, associe une stimulation mécanique à but fonctionnel (rééducation), la psychothérapie et le traitement pharmacologique, celui-ci reposant en grande partie sur les antidépresseurs.

Les indications chirurgicales sont nécessairement très limitées : des problèmes importants de trophicité, de macération, ou d'infection par l'incrustation prolongée des ongles au niveau de la paume de la main peuvent justifier un allongement des tendons fléchisseurs à l'avant-bras ou une hyponeurotisation musculaire pour desserrer au moins partiellement l'étau de la contracture. Il semble toutefois que la contracture se relâche pendant le sommeil profond permettant l'aération de la

paume de la main. Le traitement chirurgical d'une raideur séquellaire peut être envisagée mais une fois le problème psychiatrique résolu.

Les plâtres et attelles itératives mises en place sous anesthésie générale sont sans effet durable. À l'ablation de l'appareillage, la posture réapparaît rapidement sous sa forme invincible qui interdit toute manipulation. L'hypnose est une approche intéressante réservée au spécialiste [19] mais la difficulté est de faire accepter ce traitement par le patient. Le traitement par injection de toxine botulique est efficace sur la contracture mais ne résout pas le problème de fond ; nous n'en avons pas l'expérience.

En réalité la contracture psychogène baigne dans une atmosphère symbolique. La clé de la guérison ou de l'amélioration réside dans le gain que le thérapeute peut procurer pour compenser la perte du symbole c'est-à-dire l'effacement de la contracture. L'expérience décevante que nous avons du traitement de cette affection confirme la grande pertinence des écrits de Freud sur l'hystérie. Une meilleure connaissance de cette pathologie grâce à l'apport des neurosciences nous permettra sans doute de repérer les contractures psychogènes revêtant l'allure d'algodystrophie, et les contractures transitoires consécutives à un conflit avec le praticien, à l'occasion d'une intervention anodine. La surcharge symbolique d'une extrémité du corps comme la main ne suffit pas à mettre à jour le mécanisme en cause dans la contracture psychogène puisque nous en avons recensé au membre inférieur. En revanche, et il s'agit probablement d'un biais de recrutement, nous n'avons pas observé de camptorachis.

CONCLUSION

Dans la genèse de la contracture psychogène, l'explication purement psychologique n'est pas entièrement satisfaisante. Le fait de ne pas trouver de lésion explicative dans le cerveau exclue-t-il la possibilité d'un dysfonctionnement au sein de cet organe ? Divers travaux contemporains, qui s'appuient sur des hypothèses explicatives du trouble de conversion faisant intervenir la notion de conscience, permettent de repérer les principes généraux d'une neurophysiologie de la conscience [20]. Déjà dans les années 70, les travaux de Ludwig [21] avaient montré qu'il existait, dans le phénomène hystérique, une majoration de l'inhibition des stimuli afférents en raison d'un trouble de l'attention. On a récemment constaté, par ailleurs, dans l'hystérie, une anomalie des potentiels évoqués tardifs, notamment la P300, qui reflètent les processus cognitifs comme l'attention ou la prise de décision [20]. Par ailleurs un protocole en PET-Scan a permis de montrer des différences entre la simulation et le déficit conversif ; quel que soit l'hémicorps atteint, il existe chez les patients présentant un trouble de conversion une hypoactivation du cortex préfrontal dorso latéral qui conduirait à considérer le trouble conversif comme un trouble de la volition [22, 23]. On sait également depuis peu de temps que les mouvements rapides sont soumis à un double contrôle volontaire au début puis automatique, ce dernier l'emportant

sur la volonté du sujet [24]. Certains mouvements sont donc contrôlés par une zone corticale qui supplante la volonté.

De ces avancées dans des orientations multiples, il serait prématuré de tirer des conclusions pour soulever l'hypothèse d'un dérèglement organique dans la contracture psychogène. Cependant la conversion apparaît à tout le moins comme un état de conscience modifié, en ce que l'exclusion de certains programmes moteurs du champ de la conscience peut induire une « paralysie » ou une « contracture » [22].

Il faut assurément se garder d'un nouveau dogme du « tout biologique » dans la conversion. En revanche, il nous faut corriger une certaine vision de l'hystérie comme diagnostic d'exclusion sans mécanisme physiologique. Il faudrait plutôt voir dans l'hystérie un mécanisme adaptatif en cas de stress intense ou de survenue d'événement dangereux [25], que la convergence de la psychiatrie, de la psychologie cognitive, des neurosciences et de l'imagerie fonctionnelle est susceptible d'éclairer.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] FREUD S. — Hystérie (traduction de Fernando de Amorim).
- [2] CROCQ L. — Les traumatismes psychique de guerre. Paris, Odile Jacob, 1999.
- [3] FREUD S., FERENCZI S., ABRAHAM K. — Sur les névroses de guerre. Paris, Ed Payot, 2010.
- [4] NAOUR J.Y. — Les soldats de la honte. Perrin, 2011.
- [5] LEFEBVRE P., BARBAS S. — L'hystérie de guerre. Étude comparative de ses manifestations au cours des deux derniers conflits mondiaux. Société Médico-Psychologique, Séance du 23 Janvier 1984.
- [6] DÉJERINE J., GAUCKLER E. — Le traitement par l'isolement et la psychothérapie des militaires atteints de troubles fonctionnels du système nerveux. *La Presse Médicale*, Jeudi 30 Décembre 1915.
- [7] ROUSSY G. — Troubles nerveux psychiques de guerre. *La Presse Médicale*, Jeudi 29 Avril 1915.
- [8] GRASSET J. — Le traitement des psychonévroses de guerre. *La Presse Médicale*, Jeudi 28 Octobre 1915.
- [9] VINCENT C. — La rééducation intensive des hystériques invétérés. *Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 21 Juillet 1916, p. 1158-1208.
- [10] MARIN C., CARRON R. — Évolution historique du concept de somatisation. *Evol. Psychiatr.*, 2002, 67, 506-15.
- [11] LEPASTIER S., ALLILAIRE J.F. — Pour une réévaluation de la grande hystérie de Charcot et Richer. *Annales Médico-Psychologiques*, 2006, 164, 51-7.
- [12] MASQUELET A.C. — La contracture psychogène de la main. *Cahiers d'enseignement de la Société Française de Chirurgie de la Main*. Elsevier, 2001, 127-35.
- [13] HONING M L H., KON M. — Dysfonctional postures of the hand as part of a conversion reaction. *J. Hand Surg. (Br.)*, 1996, 21B, 271-5.
- [14] BAUDET T., GAL B., DEN DONCKER-VIRY S., MASQUELET A.C., GATT M.T., MORO M.R. — Apotemnophilie : une mise en forme contemporaine de la souffrance psychique. *L'Encéphale*, 2007, 33, 609-15.

- [15] RONDOT P. — Crampes professionnelles. Dystonies de fonction. In : Tubiana R., *Traité de Chirurgie de la Main*. Tome 4. Paris, Masson, 1991, p. 843-7.
- [16] CUÉNOD P., SMAGA D., DEGIVE C., DELLA SANTA D.R. — La main Spastique psychogène. *Ann. Chir. Main*, 1996, 15, 100-8.
- [17] FRYMAN G.K., WOOD V.E., MILLER E.B. — The Psychoflexed hand. *Clin. Orthop.*, 1983, 174, 153-7.
- [18] SIMMONS B.P., VASILE R.G. — The clenched fist syndrome. *J. Hand Surg.*, 1980, 5, 420-7.
- [19] HOOGDUIN K., AKKERMANS M., OUDSHOORN D., REINDERS M. — Hypnotherapy and contrac-tures of the hand. *Am. J. Clin. Hypn.*, 1993, 36, 108-12.
- [20] LUAUTÉ J.P., GARCIA-LARREA L., LILBERT J., PLEINET J. — La conversion hystérique à l'épreuve de la médecine par les preuves. Un exemple clinique. *Annales Médico-Psychologiques*, 2005, 163, 780-85.
- [21] LUDWIG A.M. — Hysteria : a neurobiological theory. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1972, 27, 771-7.
- [22] MOUCHABAC S. — Conversion hystérique et imagerie fonctionnelle. *Neuropsychiatrie*, 2007, 30, 19-32.
- [23] PISELLA L., GREY H., TILIKETE C., VIGHETTO A. — An « automatic pilot » for the hand in human posterior parietal cortex : towards reinterpreting optic ataxia. *Nat. Neurosci.*, 2000, 37, 729-36.
- [24] SPENCE S.A., CRIMLISK H.L., COPE H., RON M.A. — Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. *The Lancet*, 2000, 355, 1243-4.
- [25] PERRY B.D., POLLARD R.A., BLAKEY T.L., BAKER W.L. — Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and base-dependent development of the brain : how states become traits. *Infant Mental Health Journal*, 1995, 16, 271-91.

DISCUSSION

M. Jacques BARBIER

Vous n'avez pas parlé d'un problème important, celui de l'indemnisation. En effet cette contracture survient, le plus souvent, après un accident. La victime en demande réparation, notamment auprès d'un « commission régionale d'indemnisation des accidents médicaux » (CRCI). Étant depuis plus de dix ans membre d'un CRCI je dois témoigner que l'expertise est habituellement faite par un médecin ou un chirurgien. L'expertise ne devrait-elle pas être réalisée obligatoirement par un expert neuropsychiatre ?

Je souscris bien entendu à votre réflexion selon laquelle un médecin ou un chirurgien experts ne sont pas forcément les mieux placés pour envisager tous les aspects de cette affection, si tant est qu'ils en aient connaissance. Cela dit, un nombre non négligeable de patients atteints de contracture psychogène post traumatique ne formulent pas de demande de réparation, exhibant même pour certains une « belle indifférence ». Il semble qu'il faille faire une distinction à ce sujet entre les patients victimes d'un choc émotionnel qui sont très peu revendicatifs et les patients victimes d'un choc traumatique, ou post opératoire ce qui revient au même, qui se posent très rapidement des questions.

M. Jean-Jacques HAUW

Quelle est la place de l'électrophysiologie (électromyographie, vitesse de conduction nerveuse) dans le diagnostic de la contracture psychogène ?

L'électromyographie n'a pas de place dans le diagnostic positif de la contracture psychogène. Toutefois, en cas de traumatisme ou d'intervention chirurgicale, il est licite, devant une posture inhabituelle, de se poser la question d'une lésion nerveuse périphérique, donc de faire un électromyogramme précisément pour éliminer une hypothétique lésion nerveuse.

M. Patrice QUENEAU

Je m'interroge sur votre définition qui comporte les mots « sans substrat organique ». Par analogie avec certaines douleurs psychogènes ou psychosomatiques, je proposerais volontiers une formulation plus prudente que « sans lésion actuellement décelable » (ou une formulation voisine). Qu'en pensez-vous ?

Je vous sais gré d'avoir relevé le caractère sans doute trop absolu de l'expression que j'ai employée. Il faut effectivement être très prudent pour ce qui concerne l'étiopathogénie de cette affection mystérieuse dont on sait à l'heure actuelle qu'elle ressortit au moins d'un trouble fonctionnel dynamique et qu'il faut se garder des vieux réflexes, encore très courants en milieu chirurgical, qui font appel à « l'hystérie » sans autre forme de réflexion ou d'investigation.

Jean-Paul LAPLACE

L'examen sous anesthésie générale est très révélateur. Qu'en est-il au cours du sommeil et en particulier au cours du sommeil profond ?

Il semble bien pour certains patients, que la contracture, invincible et complète à l'état de veille, se relâche au moins partiellement durant le sommeil profond ; sinon on ne s'explique pas l'absence de troubles trophiques chez ces patients.

M. Pierre GODEAU

Vous avez insisté sur les rapports de ces contractures psychogènes avec l'algodystrophie. Ne pensez-vous pas qu'il s'agit du même terrain psychologique ?

Vous avez raison, il y a une parenté certaine entre l'algodystrophie et la contracture psychogène tout au moins quand on se réfère au profil du patient qu'on peut qualifier du terme sûrement insuffisant « d'introverti ». Certains patients présentent les deux tableaux associés et j'ai d'ailleurs qualifié l'algodystrophie de « brouilleuse de piste », car elle peut masquer ce qui n'était au début qu'une contracture psychogène. À la réflexion quand il s'agit d'un choc traumatique, l'algodystrophie a de fortes chances d'être associée à la contracture lorsque celle-ci s'est constituée sur le segment de membre qui a été soumis au traumatisme ; j'en ai montré un cas illustré. En revanche, lorsque la contracture s'installe à distance de la zone traumatisée (comme ce patient qui avait développé une fermeture du poing après le traitement chirurgical d'une épicondylite) l'algodystrophie est absente. Mais ce ne sont là que des constations réalisées sur un échantillon très

faible de patients et qui nécessiteraient une confirmation. Mais je voudrais insister sur le fait qu'à l'instar de l'algodystrophie qui se manifeste assez souvent sous des formes fugitives et incomplètes, il existe des formes transitoires de contractures psychogènes, déclenchées par un facteur traumatique et qui passent inaperçues des chirurgiens. La contracture psychogène est, à mon sens, plus fréquente qu'on n'est tenté de le croire.

M. Jean DUBOUSSET

As-tu observé des cas où l'algodystrophie était suffisamment sévère pour aboutir à des lésions organiques ?

Dans le cadre de la série, oui une fois, avec le cortège de troubles vasomoteurs, de raideurs articulaires et d'ostéoporose. La patiente a été perdue de vue.

M. Michel ARSAC

Mon Maître Noël Péron effectuait très fréquemment un traitement énergique des contractures relevant du diagnostic de conversion. Excellent neurologue, il savait écarter les contractures organiques avant d'appliquer cette méthode, souvent violemment réprouvée par beaucoup de neurologues, mais je l'ai vu très souvent obtenir des guérisons inespérées et subites. Nous venons d'évoquer le hoquet. J'ai vu disparaître en un quart d'heure un hoquet accompagné de dysphories, durant depuis deux ans, grâce à l'ascendant psychologique de Péron avec l'aide d'un peu de « torpillage ».

C'est le grand débat qui a divisé les neurologues de la Grande Guerre, confrontés à une pathologie qu'ils ne comprenaient pas. La controverse a porté sur la pathogénie, choc émotionnel versus choc commotionnel, et les implications thérapeutiques qui en découlaient. Grosso modo les attitudes extrêmes étaient représentées par Clovis Vincent, partisan du « torpillage » et Gustave Roussy qui prônait plutôt les méthodes douces, sous forme de balnéothérapie, d'attelles ou de plâtres de posture et de faradisation. Les uns et les autres ont connu des échecs et des succès et on serait tenté d'avancer, à la lumière de l'expérience de nos glorieux aînés, qu'il n'y a pas de traitement univoque de la contracture psychogène et qu'il est souhaitable d'envisager une personnalisation des soins en fonction de nombreux paramètres que nous n'avons pas fini de démembrer.

