

## Troubles neurologiques fonctionnels : quand le cerveau perd les commandes

Par Dr Nathalie Szapiro-Manoukian

Un patient cloué dans un fauteuil roulant alors qu'il pourrait remarcher. Un autre en proie à des mouvements incontrôlables et considéré comme simulateur. Un troisième, étiqueté à tort comme épileptique et interdit de conduire...

Bienvenue dans le monde des « troubles neurologiques fonctionnels » (TNF) et leurs drôles de symptômes qui affectent la motricité volontaire ou les fonctions sensitives et sensorielles mais ne sont expliqués ni par une lésion visible avec les examens courants, ni par une pathologie neurologique. Les TNF n'ont rien d'exceptionnel : « Ils concernent au moins 10% des consultations de neurologie », indique la Pr Béatrice Garcin, neurologue au CHU Avicenne (Bobigny), fondatrice de l'unité TNF en cours de création. Elle milite pour une meilleure formation des médecins à ces troubles particuliers. Pourtant, leurs victimes attendent souvent quatre à sept ans avant qu'un diagnostic ne soit posé. Et beaucoup s'entendent dire « Vous n'avez rien, c'est dans la tête » et sont renvoyés chez eux.

« Oui, le cerveau est bien dans la tête ! Pourtant, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de lésion, qu'il n'y a pas de dysfonctionnement », s'insurge la Pr Coraline Hingray, psychiatre et responsable de ACT'N Psy (unité d'interaction neuropsychiatrique) à Nancy, qui mène des recherches sur les crises fonctionnelles dissociatives (anciennement appelées « crises non épileptiques psychogènes ») et a coécrit *Le trauma, comment s'en sortir* (Éditions De Boeck Supérieur). « Dans les TNF, le problème ne vient pas de la partie du corps qui semble malade - la jambe qui ne bouge plus, le bras qui tremble, etc. - mais du cerveau, qui la commande mal », précise la Pr Garcin.

Il faut en finir avec l'idée que les patients sont des simulateurs. Pour le Pr Marc Vérin, neurologue au CHU de Rennes, fondateur du centre expert Parkinson Bretagne et président de l'Institut des neurosciences cliniques de Rennes, « si l'on réalise une IRM fonctionnelle chez un patient avec un TNF, on s'aperçoit que les circuits cérébraux empruntés pour que le symptôme apparaisse (un mouvement, par exemple) présentent des différences avec une personne qui exécute volontairement ce même mouvement pour simuler: dans les TNF, les ganglions de la base impliqués dans les mouvements automatiques s'allument. Ce n'est pas le cas chez le simulateur. »

Tout se passe comme si le cerveau du patient avec un TNF était sous hypnose. « Le Pr Lionel Naccache, à l'Institut du cerveau (La Pitié, Paris), a fait passer un EEG à haute résolution à des sujets sains mis sous hypnose pendant qu'ils écoutaient de la musique, explique le Pr Vérin. Il a observé une hyperactivité du "*saliency network*", chargé de sélectionner ce qui est pertinent ou pas pour nous et qui bloque la remontée des informations à la conscience. Or c'est ce même système qui est hyperactif chez les patients avec un TNF. » Pour la Pr Hingray, « il y a clairement des zones sous- ou suractivées et donc des problèmes de connectivité : les régions limbiques en charge des émotions ont aussi tendance à être suractivées et à venir perturber les circuits moteurs. »

Comme il n'y a pas de lésion anatomique à l'origine d'un TNF, le trouble peut être intermittent. Un paramètre désormais utilisé pour le diagnostic : « En cas de tremblements, détourner l'attention du patient en lui faisant faire une autre tâche motrice de l'autre main fait disparaître le tremblement lié à un TNF », donne pour exemple la Pr Garcin. Cela ne sera pas le cas chez un parkinsonien. Parfois, TNF et autre affection neurologique partagent certains caractères, mais pas tous : « Par exemple, des crises fonctionnelles dissociatives (qui ressemblent à des crises épileptiques mais n'en sont pas, NDLR) peuvent durer plus de 5 minutes, fluctuer (les mouvements s'arrêtent puis reprennent), se produire avec les yeux fermés, la tête qui fait des mouvements de négation et des pleurs, ce qui est exceptionnel en cas de crise d'épilepsie. En revanche, dans les deux, il peut y avoir des pertes d'urine et des blessures. Pour

faire la différence, l'idéal est de disposer d'un film de la crise et d'un vidéo-électroencéphalogramme », remarque la Pr Hingray.

Et même quand l'examen clinique est très en faveur d'un TNF, un bilan minimal est toujours requis afin de ne pas passer à côté d'une lésion anatomique. D'autant que TNF et pathologie neurologique de même nature peuvent être associés. Dans 10% à 20% des cas, la personne présente alors des symptômes tantôt liés à son TNF, tantôt liés à la pathologie (épilepsie, Parkinson, etc.). « Bien faire la part entre le TNF et la maladie neurologique est important pour ne pas penser que la maladie neurologique s'aggrave et alourdir le traitement pour rien », souligne le Pr Vérin. En effet, on ne traite pas un TNF comme on traite la maladie neurologique qui lui ressemble.

Puisqu'un dysfonctionnement du cerveau est en cause, c'est le cerveau qu'il faut rééduquer. « C'est un peu comme si le cerveau était un disque dur et que le logiciel lui permettant de fonctionner normalement avait besoin d'être réinitialisé », indique le Pr Béatrice Garcin (neurologue, Bobigny). Expliquer au patient de quoi il souffre est une étape cruciale : « Je dis souvent à mes patients : "Je sais ce que vous avez. C'est une vraie maladie. Elle est fréquente. On peut la guérir." », détaille le médecin. « Il faut expliquer que le cerveau fait apparaître des symptômes qui ne sont pas en lien avec une lésion, mais avec un dysfonctionnement », ajoute le Pr Marc Vérin (neurologue, Rennes). « La bonne nouvelle est que ce trouble est réversible à 100 % à condition que le patient reçoive les clés pour rerégler son cerveau et soit acteur de sa rémission, rassure le Pr Coraline Hingray (psychiatre, Nancy). Dans le cadre des crises fonctionnelles dissociatives par exemple, un tiers des patients n'en feront plus dès lors que le diagnostic leur aura été correctement expliqué. »

[Comment se développent les troubles neurologiques fonctionnels :

1 Facteurs prédisposants : Maltraitance ou traumatisme infantile, Difficultés d'apprentissage, Trauma crânien, Comorbidités psychiatriques ou neurologiques, Profil perfectionniste ou obsessionnel...

2 Facteurs précipitants : Situation stressante conflictuelle, Rappel traumatique, Maladie, Handicap, Traumatisme, Voire un simple malaise vagal

3 Facteurs perpétuants : Ne pas avoir été reconnu comme victime par la justice en cas d'agression, être stigmatisé, ne pas avoir reçu de diagnostic.

4 Rétablissement : Après l'annonce du diagnostic et un parcours qui peut inclure des séances de kiné et/ou de psychoéducation.]

(Le Figaro, 28/08/23)