

Le trouble obsessionnel compulsif

Obsessive compulsive disorder

C. Kornreich

Institut de Psychiatrie, C.H.U. Brugmann, U.L.B.

RESUME

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est une maladie psychiatrique répandue, chronique, fluctuante et particulièrement invalidante. Plusieurs catégories symptomatiques sont décrites, en fonction des modes de présentation et des mécanismes cognitifs sous-jacents. Il s'agit d'une pathologie à composante génétique marquée, mais certains facteurs environnementaux susceptibles d'entraîner des lésions cérébrales, particulièrement au niveau striatal, peuvent également en être responsables. Le traitement recommandé actuellement consiste en une association entre traitement médicamenteux et psychothérapie comportementale. Il permet souvent de diminuer de manière significative l'impact fonctionnel de la pathologie même si les rémissions totales sont l'exception.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 321-5

ABSTRACT

Obsessive compulsive disorder (OCD) is a disabling psychiatric problem frequently encountered, with a chronic, fluctuating course. Several symptomatic categories are described, depending on the kind of symptoms displayed and on underlying cognitive disturbances and beliefs. OCD has a strong genetic component but environmental factors leading to cerebral lesions in the striatum have also been implicated.

Treatment usually associates medication and behavior therapy. It has a favorable impact, most of the time, on the patients' functioning, total remission being rather rare.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 321-5

Key words : obsessive, compulsive, OCD

HISTORIQUE

On possède des descriptions de cas de trouble obsessionnel compulsif (TOC) datant de plusieurs siècles, notamment d'individus présentant des obsessions blasphématoires ou sexuelles qui étaient traités par des techniques d'exorcisme¹. La littérature psychiatrique propose des descriptions complètes à partir du 19^{ème} siècle.

La recherche sur le trouble connaît une expansion à partir de la fin des années 70 dans la foulée des grandes études épidémiologiques américaines qui montrent que le trouble est nettement plus fréquent qu'il n'apparaissait au premier abord². Ainsi les estimations initiales faisaient état d'une prévalence *lifetime* de 0,05 % alors que les études citées ci-dessus arrivaient à des chiffres de 2,5 %². Cette différence pourrait être due au faible pourcentage de patients cherchant l'aide d'un professionnel, souvent par honte ou par ignorance, ce qui pouvait donner aux cliniciens une fausse impression de rareté. Les campagnes d'information dans les pays occidentaux, la naissance de groupes d'entraide,

et la publicité faite aux nouvelles formes de traitement ont depuis accru le nombre de personnes se faisant soigner.

Finalement, le développement des techniques d'imagerie cérébrale a permis d'identifier les circuits cérébraux dysfonctionnels en rapport avec le TOC et d'en améliorer la compréhension³.

DESCRIPTION

Les obsessions sont des idées persistantes, des impulsions ou des images non désirées causant angoisse et souffrance. Les compulsions sont des comportements répétitifs qui se produisent en général en réponse à des obsessions et peuvent être apparentes (par exemple le lavage de mains) ou non (par exemple le comptage). Les pensées obsessionnelles sont largement involontaires et interrompent l'activité consciente en cours. Les compulsions sont largement volontaires et sont fréquemment associées au désir de résister. Le patient reconnaît que les phénomènes obsessionnels sont produits par son propre esprit et ne sont pas im-

posés de l'extérieur, ce qui différencie le TOC de la schizophrénie⁴.

Les obsessions et les compulsions doivent engendrer une détresse significative, prendre plus d'une heure par jour et interférer avec les activités habituelles et le fonctionnement social du patient pour que le diagnostic de TOC puisse être posé. Une catégorie supplémentaire a été récemment introduite qui concerne les patients peu ou guère convaincus que leur comportement est absurde et en contradiction avec leurs souhaits. Ces patients représentent environ 10 % des cas de TOC et sont à la frontière de la schizophrénie⁵.

Nous ne passerons en revue que les formes les plus fréquentes.

Les TOC de lavage

Les patients font souvent état de craintes en rapport avec la possibilité d'une contamination, la source de la contamination pouvant être variable : sida, cancer, influence de polluants divers, etc.

La possibilité de contamination est fortement surestimée, voire ne repose sur aucune donnée rationnelle. Toutefois, il n'est pas rare de rencontrer des patients présentant un TOC de lavage sans qu'il n'y ait de perception accrue d'un danger, mais simplement en rapport avec une sensation de malaise lié à un degré imparfait de propreté.

Le patient met en place des rituels de purification (lavages fréquents de soi mais aussi du domicile, des vêtements, etc.) pour diminuer son inconfort. Il est intéressant de voir que c'est la purification qui est centrale, la forme que celle-ci prend pouvant varier d'après les cultures¹.

Les patients présentant cette forme de TOC montrent souvent des lésions dermatologiques, notamment des mains, dues au lavage trop fréquent, ainsi que des gingivites en raison d'un brossage des dents trop énergique.

Les TOC de vérification

Pour les patients atteints, la peur de pouvoir être accusé de négligence et des conséquences de cette négligence constitue le noyau anxieux : par exemple cambriolage suite à une porte non fermée à clef, incendie suite à la non-fermeture du gaz, inondation due à un robinet laissé ouvert. Il s'ensuit des comportements répétés de vérification, les patients ne faisant pas confiance à leur sens de l'observation ou à leur mémoire. Ces comportements sont ritualisés : ils suivent une séquence bien déterminée et les vérifications sont faites un nombre de fois fixé au préalable.

Il existe cependant des patients pour lesquels les vérifications se produisent sans qu'il n'y ait d'autre enjeu que le souci de l'ordre et de la symétrie.

Le TOC de type vérification est souvent associé à de la trichotillomanie, à de l'onychophagie ou à des petits tics moteurs, qui ne sont pas sans évoquer une forme de Gilles de la Tourette *a minima*.

Les TOC liés à des craintes obsessionnelles de perte de contrôle, à des superstitions et à des pensées magiques

Pour ces patients, le TOC tourne autour d'une croyance centrale, qui est celle de la possibilité que leurs pensées puissent avoir un impact dans la réalité au point que la différence entre pensées et actes s'estompe. Ainsi avoir des pensées à contenu obscène, blasphématoire, agressif, est associé à la crainte de la perte de contrôle et à des rituels conjuratoires. On assiste à une résurgence de la pensée magique de l'enfance. Si le patient pense à la mort d'un proche, celle-ci risque de se réaliser et ne peut être empêchée que par des rituels, souvent la répétition de mots, de gestes ou de comptages. Une pensée blasphématoire peut engendrer la possibilité d'une damnation éternelle et est donc source d'anxiété et de rituels conjuratoires.

On rencontre une forme particulière de TOC chez les femmes ayant accouché, souvent de leur premier enfant, et qui présentent des phobies d'impulsion, la peur de perdre le contrôle et de lui faire du mal. Cette forme de TOC peut être liée au caractère inacceptable pour ces patientes de pensées ambivalentes à contenu agressif envers leur enfant⁶. Les rituels consistent dans ce cas en la mise en place de procédures élaborées visant à prévenir cette perte de contrôle : mise à distance des objets contondants, exigence d'une présence permanente d'un proche, etc.

Les TOC de collection

La crainte obsessionnelle tourne ici autour de la peur de gaspiller. " Cela peut toujours servir " semble être le leitmotiv de ces patients qui éprouvent une grande répugnance à jeter et peuvent donc au fil des années accumuler des quantités invraisemblables d'objets inutiles, vieux journaux, papiers, emballages divers, provisions de toutes sortes. Les ratiocinations, la remise de tâches à plus tard sont souvent présentes. C'est une forme de TOC assez résistante au traitement, les patients étant difficiles à convaincre de l'irrationalité de leur comportement. La pression au changement vient souvent de l'entourage, exaspéré de l'occupation progressive du territoire familial.

ETIOLOGIE

Avec le développement des techniques d'imagerie, il a été possible de mettre en évidence une hyperactivité fonctionnelle des noyaux caudés et des lobes frontaux en association avec le TOC⁴. On soupçonnait déjà l'implication des noyaux de la base en raison de la présence de trouble obsessionnel compulsif en association avec certaines affections telles que la chorée de Sydenham, le parkinson post-encéphalitique ou les lésions toxiques des noyaux de la

base⁷. Judith Rapoport a proposé un modèle neuro-éthologique, suggérant que les noyaux caudés seraient le réceptacle de schémas comportements complexes préprogrammés ayant trait aux soins au corps, à la vérification de l'intégrité du territoire et à certains processus rappelant des comportements de nidification tels que la collection et la difficulté à jeter. Un défaut d'inhibition, par les lobes frontaux, conduirait à une fréquence exagérée de ces comportements préprogrammés⁷.

L'origine du dysfonctionnement cérébral reste sujet à caution. Il est probable que différents facteurs puissent aboutir au même résultat, soit génétiques, soit environnementaux, soit liés à la combinaison des deux influences.

Ainsi tant les études familiales que les études sur jumeaux sont en faveur d'une transmission génétique⁴. Du fait de l'influence positive des antidépresseurs sérotoninergiques dans le TOC et d'indices physiologiques d'un dysfonctionnement sérotoninergique dans cette pathologie, les gènes les plus étudiés sont ceux qui ont un rapport avec le métabolisme de ce neurotransmetteur⁸.

Pour ce qui concerne les aspects environnementaux, citons, outre l'influence de traumatismes crâniens et d'infections cérébrales⁴, des aspects auto-immuns, responsables de formes précoces de TOC survenant dans le décours d'une infection par streptocoque bêta hémolytique du groupe B⁹. Ce dernier mécanisme ne semble explicatif que dans un nombre réduit de cas, mais illustre le fait que plusieurs causes puissent aboutir à une voie finale commune qui impliquerait en particulier des lésions striatales.

La localisation précise des lésions rendrait compte de la diversité des types de TOC rencontrés.

Le rôle de facteurs d'apprentissage paraît vraisemblable : maniaquerie des parents, insistance exagérée de ceux-ci sur la propreté, la vérification, la surprotection¹⁰. Toutefois, leur contribution exacte n'est pas connue.

EVOLUTION

La maladie apparaît le plus souvent au début de l'âge adulte, plus tôt chez les hommes que chez les femmes, les deux sexes étant par ailleurs atteints dans les mêmes proportions⁴.

Le trouble obsessionnel compulsif est une maladie essentiellement fluctuante. Des études faisant état d'un recul important montrent que les rémissions totales sont plutôt rares, que la majorité des patients connaissent des périodes d'accalmie relative entrecoupées de périodes d'exacerbation suite à des événements stressants, et qu'une minorité de patients montre une dégradation progressive au fil du temps¹. Il peut arriver que la coloration symptomatique varie au cours de la vie d'un individu (un vérificateur devenant un laveur par

exemple), mais on constate en général une stabilité dans la présentation¹¹.

L'impact du traitement sur le long cours n'est pas encore bien connu faute de recul suffisant. L'arrêt des traitements médicamenteux est associé à des taux de rechutes très importants même après des durées assez longues (2 ans) de traitement¹².

Le traitement comportemental, pour les patients qui l'acceptent et en tirent bénéfice, semble plus satisfaisant en termes de rechutes, les patients parvenant souvent à maintenir les gains acquis en cours de thérapie¹².

Même avec un traitement bien conduit, associant médicaments et psychothérapie comportementale, les rémissions complètes sont rares¹³. Le but du traitement, souvent atteint, est de diminuer l'ampleur du TOC et de permettre une amélioration sur le plan fonctionnel¹.

Les explications psychodynamiques offrent un éclairage intéressant sur la place du TOC dans le fonctionnement psychique de l'individu atteint, mais les psychothérapies de type analytique sont malheureusement inefficaces sur ce type de trouble¹. Elles risquent de plus de retarder la mise en place d'un traitement adéquat.

TRAITEMENT

Traitement pharmacologique

Les antidépresseurs agissant sur la sérotonine (SSRI) constituent le traitement de première ligne⁴. Il semble que les différentes molécules aient des efficacités comparables et on s'orientera donc en fonction du profil des effets secondaires pour affiner la prescription^{4,14}. La clomipramine est moins utilisée en raison de l'incidence des effets secondaires surtout de type anticholinergique, ce qui diminue le confort et l'observance des patients⁴.

Les doses administrées, dans le chef des SSRI, sont en général importantes, au moins deux fois la dose usuellement prescrite dans les dépressions. La latence avant l'apparition d'un effet est longue : de l'ordre de 6 semaines à 3 mois. Les récurrences sont fréquentes à l'arrêt du traitement¹. L'impact des effets secondaires sur l'observance est important compte tenu de la durée du traitement. Ainsi les effets secondaires sur la sphère sexuelle (diminution de la libido, troubles de l'érection) et la prise de poids sont les facteurs les plus souvent cités par les patients pour interrompre le traitement¹. Le changement de médication peut parfois résoudre le problème. La poursuite du traitement SSRI pendant la grossesse ne semble pas associée à une tératogénèse mais par contre, le nouveau-né risque de souffrir d'un syndrome de sevrage lié à la diminution brutale des concentrations de SSRI en post-partum¹⁵. En cas d'impossibilité d'arrêter le traitement pendant la grossesse, il y a donc lieu de diminuer progressivement les doses à l'approche du terme.

Il est en général conseillé d'administrer un traitement pour une durée de 2 ans avant de tenter une éventuelle réduction. En cas d'échec, on pratique^{1,4} :

- **Des changements d'antidépresseurs** à l'intérieur de la classe des SSRI ou vers la clomipramine.
 - **Des stratégies d'addition** qui consistent à coupler l'antidépresseur avec une autre molécule. L'association la plus étudiée associe un SSRI et un neuroleptique atypique à faible dose (risperidone, olanzapine) ou un neuroleptique classique, tel que le pimozide, à faibles doses également. D'autres psychotropes ont été tentés en addition avec les SSRI avec des succès plus mitigés comme l'acide valproïque, le lithium, la buspirone, etc.
- L'utilisation combinée d'un SSRI et d'un neuroleptique atypique semble particulièrement indiquée dans les cas de TOC de type vérification surtout si les patients présentent des tics moteurs associés.

- **Des traitements combinants**

Les associations de 2 SSRI différents ou de clomipramine et d'un SSRI semblent efficaces en cas de problème réfractaire. Au cas où on combine clomipramine et SSRI, il y a lieu de se méfier des interactions potentielles : une molécule comme la fluoxétine est susceptible de bloquer la métabolisation de la clomipramine ce qui peut aboutir à des taux sériques élevés de celle-ci même avec des dosages faibles.

Traitement comportemental et cognitif

Traitement comportemental

Il est basé sur le modèle comportemental du TOC selon lequel la compulsion est une réponse à l'obsession qui permet de diminuer l'anxiété qui y est associée mais représente également un évitement ne permettant pas d'habituation au contenu anxiogène de l'obsession¹. Comme pour les troubles anxieux en général, le traitement proposé est donc un traitement d'exposition destiné à permettre une habituation de la réponse anxieuse. Toutefois dans le TOC, il s'y rajoute un élément supplémentaire : la prévention de la réponse compulsive afin d'éviter que l'effet de l'exposition ne soit annulé. Ainsi un laveur se verra par exemple proposer de toucher le sol (exposition par rapport à la crainte de la saleté et de la contamination) mais de ne pas se laver les mains tout de suite après (prévention de la réponse).

Les modalités d'exposition sont variables en fonction du type de TOC et sont adaptées aux patients d'après leur niveau d'anxiété et de collaboration. Les exercices peuvent être réalisés sous la supervision du thérapeute, en individuel, en groupe, avec l'aide de l'entourage ou par le patient seul. Ils ne sont jamais imposés mais discutés préalablement avec le patient.

Le traitement comporte en général de 15 à 20 séances mais un suivi ultérieur avec des séances de bilan et de rappel s'avère souvent utile¹.

On constate une amélioration significative chez environ 2/3 des patients qui acceptent d'entreprendre

ce type de traitement. Les taux de rechute à l'arrêt du traitement sont nettement plus faibles qu'avec le traitement médicamenteux¹.

Traitement cognitif

Le modèle cognitif du TOC est basé sur l'idée que le contenu des obsessions représente des préoccupations courantes rencontrées dans la grande majorité de la population mais que c'est la surestimation de la probabilité d'occurrence de l'événement ou l'importance exagérée accordée au contenu de la pensée qui donne lieu à la rumination obsessionnelle.

Cette théorie est basée sur plusieurs études empiriques montrant notamment que la tentative de contrôler le contenu de la pensée, lorsque celle-ci semble inacceptable, entraîne un effet rebond avec augmentation de la fréquence et de l'intensité de ces pensées¹⁶.

La thérapie cognitive s'attache à modifier la perception de la probabilité du danger supposé (par exemple la probabilité d'une contamination pour un laveur), à diminuer la surévaluation de la responsabilité personnelle ou encore à favoriser l'acceptation par le patient de ses pensées agressives¹. La thérapie cognitive seule semble moins efficace que les traitements comportementaux classiques et n'est pas adaptée à tous les types de TOC¹. Par contre, elle complète utilement les techniques d'exposition notamment en permettant au patient de mieux les accepter. Ainsi un patient laveur sera plus enclin à accepter une exposition si on a au préalable pu le convaincre que la probabilité d'une contamination est moindre que celle qu'il estimait.

Traitement psychochirurgical

Il est réservé aux cas les plus lourds et lorsque toutes les modalités classiques de traitement ont été épuisées¹⁷.

Plusieurs possibilités d'intervention existent. Elles sont toutes basées sur l'interruption de l'activité des boucles neurologiques soupçonnées de dysfonctionnement¹⁷.

Un traitement récent et prometteur consiste à implanter des électrodes au niveau de la capsule interne. Celles-ci permettent au patient de s'auto-stimuler et d'interrompre ainsi les ruminations obsessionnelles¹⁸. L'absence de lésion du tissu cérébral, la réversibilité et le peu d'effets secondaires représentent des avantages importants de ce type de technique.

CONCLUSIONS

Le trouble obsessionnel compulsif est une maladie psychiatrique répandue, chronique, fluctuante et particulièrement invalidante. Les circuits cérébraux impliqués commencent à être bien connus. Il s'agit d'une pathologie à forte composante génétique, mais des facteurs environnementaux susceptibles d'entraîner des

lésions cérébrales, particulièrement au niveau striatal, peuvent également en être responsables. Les mécanismes pathogéniques précis ne sont toujours pas compris ce qui limite les possibilités de développement de nouvelles thérapeutiques plus ciblées et plus efficaces.

Le traitement recommandé actuellement consiste en une association entre traitement médicamenteux et psychothérapie comportementale. Il permet souvent de diminuer de manière significative l'impact fonctionnel de la pathologie même si les rémissions totales sont l'exception.

BIBLIOGRAPHIE

1. Obsessive-Compulsive disorders. Practical Management. In : Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, eds. St Louis, Mosby, 1998
2. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM et al : Lifetime prevalence of psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984 ; 41 : 958-67
3. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS et al : Caudate glucose metabolism rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1992 ; 49 : 681-9
4. Jenike MA : Obsessive-Compulsive Disorder. N Engl J Med 2004 ; 350 : 259-65
5. Duchateaux I, Kornreich C, Verbanck P, Pelc I : Trouble obsessionnel compulsif de type religieux : A la limite de la psychose. Acta Psychiatrica Belgica 2001 ; 101 : 249-62
6. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR : Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium : a review of the literature. J Anxiety Disord 2003 ; 17 : 461-78
7. Rapoport JL : The biology of obsessions and compulsions. Sci Am 1989 ; 260 : 83-9
8. Meira-Lima I, Shavitt RG, Miguita K, Ikenaga E, Miguel E C, Vallada H : Association analysis of the catechol-o-methyltransferase (COMT), serotonin transporter (5-HTT) and serotonin 2A receptor (5HT2A) gene polymorphisms with obsessive-compulsive disorder. Genes, Brain and Behavior 2004 ; 3 : 75-9
9. Murphy TK, Sajid M, Soto O : Detecting pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcus in children with obsessive-compulsive disorder and tics. Biol Psychiatry 2004 ; 55 : 61-8
10. Turgeon L, O'Connor KP, Marchand A, Freeston MH : Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. Acta Psychiatr Scand 2002 ; 105 : 310-6
11. Mataix-Cols D, Rauch SL, Baer L et al : Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder : data from a naturalistic two-year follow-up study. Am J Psychiatry 2002 ; 159 : 263-8
12. Hembree EA, Riggs DS, Kozak MJ, Franklin ME, Foa EB : Long-term efficacy of exposure and ritual prevention therapy and serotonergic medications for obsessive-compulsive disorder. CNS-Spectrum 2003 ; 8 : 363-71
13. Foa EB, Franklin ME, Moser J : Context in the clinic : how well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination ? Biol Psychiatry 2002 ; 52 : 987-97
14. Kaplan A, Hollander E : A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Serv 2003 ; 54 : 1111-8
15. Costei AM, Kozer E, Ho T, Ito S, Koren G : Perinatal outcome following third trimester exposure to paroxetine. Arch Pediatr Adolesc Med 2002 ; 156 : 1129-32
16. Abramowitz JS, Whiteside S, Kalsy SA, Tolin DF : Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder : a replication and extension. Behav Res Ther 2003 ; 41 : 529-40
17. Greenberg BD, Price LH, Rauch SL et al : Neurosurgery for intractable obsessive-compulsive disorder and depression : critical issues. Neurosurg Clin N Am 2003 ; 14 : 199-212
18. Nuttin BJ, Gabriels LA, Cosyns PR et al : Long-term electrical capsular stimulation in patients with obsessive-compulsive disorder. Neurosurgery 2003 ; 52 : 1263-74

Correspondance et tirés à part :

C. KORNREICH
C.H.U. Brugmann
Institut de Psychiatrie
Place A. Van Gehuchten 4
1020 BRUXELLES

Travail reçu le 29 avril 2004 ; accepté dans sa version définitive le 19 mai 2004.