

L'état de stress post-traumatique chez les brûlés : une revue

Pierre-Yves MACHUROT (1), Michel HANSENNE (2),
William PITCHOT (3), Antonio GONZALEZ MORENO (3),
Marc ANSSEAU (4)

ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder in burned patients : a review

While post-traumatic stress disorder has drawn increasing interest over the last years, very few studies have been focused to burned patients. In its first part, this article provides a brief reminder of the symptomatology of post-traumatic stress disorder, of its various pathogenic theories as well as its various treatment approaches. The second part of the article reviews more specifically the literature about post-traumatic stress disorder in burned patients, emphasizing the need of a rapid and effective psychological therapy.

Key words : Posttraumatic stress disorder, Burned patients.

1. Introduction

« A person who has been burned suffers one of the most severe traumas that human beings can survive. »

Andreasen, 1972.

Les effets pathogènes de l'exposition aux stress psychologiques sont connus depuis longtemps. Dès 1884, Oppenheimer introduisait le terme de névrose traumatique en relation avec la frayeur éprouvée lors des accidents de chemin de fer fort nombreux à l'époque. Les guerres du XXème

(1) Etudiant 4^o doctorat en médecine, Université de Liège. (2) Psychologue. (3) Psychiatre, (4) Psychiatre, Agrégé, Spécialiste des Hôpitaux, Maître de Conférences, Unité de Psychiatrie (Professeur Franck), Centre Hospitalier Universitaire du Sart-Tilman, Liège.

siècle ont fourni un important matériel pour l'étude des conséquences d'une situation traumatique sur le psychisme. L'état de stress post-traumatique (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD, pour les anglo-saxons) est lié à un stress environnemental majeur. L'intensité et la fréquence des réactions que ce stress a produit chez les soldats de la guerre du Vietnam a fortement attiré l'attention et a conduit à introduire cette nouvelle catégorie dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM III, DSM III-R, American Psychiatric Association, 1980, 1987).

Symptomatologie.

L'état de stress post-traumatique survient à la suite d'un événement stressant qui provoque des symptômes de détresse chez la plupart des individus et est généralement vécu avec un sentiment intense de peur. Les symptômes caractéristiques comportent la reviviscence de l'événement traumatique, l'évitement des stimuli associés à l'événement, un émoussement de la réactivité générale et une hyperréactivité neurovégétative (DSM III-R). Les traumatismes les plus fréquents impliquent une menace sérieuse pour la vie ou l'intégrité physique du sujet, un danger ou un malheur important pour ses enfants, son conjoint, un autre parent proche ou un ami. En outre, le sujet peut être seul à subir le traumatisme ou le subir au sein d'un groupe.

Théories explicatives.

Pour tenter d'expliquer l'état de stress post-traumatique, différentes théories ont été proposées : les théories analytiques, celles issues de la psychologie de l'apprentissage, les théories cognitives et les théories neurobiologiques.

La contribution majeure du courant psychanalytique a été de mettre fin à la tentation de réduire les névroses traumatiques à une lésion organique du système nerveux central par un agent mécanique. Pour Freud (1920), les névroses traumatiques seraient dues à une excitation intense submergeant l'appareil psychique et capable de léser ce qu'il décrit sous le terme de couche « pare-excitation », sorte de couche protectrice générée par le psychisme.

Intéressantes pour leurs implications thérapeutiques, les théories de l'apprentissage fournissent une approche simple du phénomène : l'état de stress post-traumatique serait le résultat d'un conditionnement classique. Les éléments présents pendant l'épisode traumatique sont des stimuli conditionnels évoquant par la suite une réponse conditionnée simi-

laire à la réponse provoquée par le traumatisme. Le patient produira alors une réponse instrumentale en vue de réduire l'état d'angoisse : réactions physiologiques et/ou comportements d'évitement (Kolb et Mutalipassi, 1982).

Pour les cognitivistes, la notion de « contrôle », processus complexe rendant compte de notre maîtrise et de notre puissance sur l'environnement, est sous-jacente aux différents modèles explicatifs. L'état de stress post-traumatique résulterait d'un sentiment de « perte de contrôle » de la victime sur son environnement, consécutive à la perception d'un décalage entre des schémas mentaux préexistants et la réalité (Chemtob *et al.*, 1988).

Enfin, les explications neurobiologiques suggèrent que, suite à un traumatisme, les patients présentent des modifications neurobiologiques durables altérant le contrôle exercé par le système nerveux central sur la réponse au stress. Différentes études ont mis en évidence une augmentation du taux de 3-méthoxy-4-hydroxyphénylglycol (MHPG) urinaire, métabolite de la noradrénaline, Kosten *et al.*, 1987; Masson *et al.*, 1988) vraisemblablement liée à une augmentation des décharges au niveau du locus coeruleus (van der Kolk *et al.*, 1985). De plus un hypofonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien a été démontré (Mason *et al.*, 1988; Yehuda *et al.*, 1990) ainsi qu'un dysfonctionnement de la régulation des opioïdes endogènes (Pitman *et al.*, 1990; Charney *et al.*, 1993). D'un point de vue psychophysiologique, plusieurs études ont montré une hyperréactivité neurovégétative (Pitman *et al.*, 1987), une perturbation de l'architecture du sommeil (Ross *et al.*, 1989) ainsi qu'un dysfonctionnement de la transmission interhémisphérique (Zeitlin *et al.*, 1989).

Traitements.

Parallèlement à l'élaboration des différentes théories étiopathogéniques, différentes méthodes de traitements ont été proposées.

Dans le cadre des techniques cognitivo-comportementales, les plus étudiées ont été l'immersion (« flooding »), la désensibilisation systématique et les techniques d'adaptation au stress (« coping »). La première méthode confronte directement le sujet à l'épisode traumatique afin d'arriver à une « extinction » du processus alors que les autres stratégies fournissent au patient des moyens pour contrôler les conséquences cognitives, affectives et comportementales du traumatisme, sur un modèle de type plus éducatif. Parallèlement, des méthodes thérapeutiques plus cognitivistes fournissent au sujet un apprentissage de l'autocontrôle. Parmi ces thérapies, on peut citer la restructuration cognitive et la méthode de résolution de problèmes (Foa *et al.*, 1989).

Le traitement pharmacologique de l'état de stress post-traumatique a fait l'objet de peu d'études contrôlées. D'une manière générale, les benzodiazépines, qui agissent via le système gabavergique, modulent les affects et empêchent l'apparition des symptômes de retrait et d'excitabilité. Elles augmentent la durée totale du sommeil et diminuent les cauchemars. Les antidépresseurs, fréquemment utilisés dans le traitement de l'état de stress post-traumatique en raison des similarités cliniques avec la dépression, présentent un intérêt certain. La phénelzine (IMAO) est efficace chez les patients présentant une réduction des affects alors que l'amitriptyline et la doxépine (tricycliques) diminuent les symptômes d'excitabilité et améliorent le sommeil. Par ailleurs, les neuroleptiques, la clonidine et le propranolol ainsi que le lithium et la carbamazépine ont été parfois utilisés (van der Kolk, 1985; Friedman, 1988; Davidson et Nemeroff, 1989).

Actuellement, l'utilisation conjointe d'une méthode psychothérapeutique adaptée au patient et de substances pharmacologiques, semble constituer la meilleure stratégie de prise en charge du patient présentant un état de stress post-traumatique.

2. Stress post-traumatique chez le patient brûlé

Peu d'études ont été consacrées aux aspects psychiatriques du patient brûlé et l'intérêt scientifique pour ce problème est assez récent. La brûlure grave entraîne deux conséquences : d'une part la blessure en elle-même revêt un caractère traumatique, d'autre part l'hospitalisation prolongée constitue une expérience particulièrement éprouvante. En plus de l'immobilité et des complications métaboliques souvent majeures, les procédures de traitement sont elles-mêmes traumatisantes : prises de greffe, changement de pansements, toilettes, médications et, au cours d'une évolution particulièrement prolongée, de multiples corrections chirurgicales.

L'intérêt d'une approche psychologique des victimes de brûlures est apparu en 1943 suite à l'incendie du « Coconut Grove Nightclub » à Boston (Alder *et al.*, 1943). Ces auteurs ont mis en évidence des complications d'ordre psychologique chez à peu près la moitié des victimes lorsqu'ils les examinèrent un an plus tard, essentiellement des troubles mineurs tels qu'un état de nervosité générale ou des plaintes anxieuses.

En 1972, Andreasen a effectué une recherche sur 20 patients brûlés examinés dans un délai de un à cinq ans après le traumatisme : environ 25 % des patients se sentaient perturbés en ce qui concerne leurs loisirs, 30 % se sentaient diminués dans leur capacité de travail, 5 % souffraient dans leurs relations familiales, 20 % connaissaient un retrait social et 30 % se plaignaient de troubles émotionnels. Un état caractéristique de stress post-traumatique était noté chez quatre patients, soit 20 %.

Plus récemment, une étude de Blumenfield et Reddish (1987) a démontré la nécessité d'une évaluation psychologique chez les patients brûlés hospitalisés. Parmi le groupe de 62 patients évalués entre 1981 et 1984, 16 ont développé des troubles psychologiques (24 %). Les résultats de Courtemanche et Rodinov (1989) vont également dans ce sens. En effet, les symptômes de l'état de stress post-traumatique apparaissent fréquemment dans le décours de l'accident, que les brûlures soient classées majeures ou mineures (selon les critères de l'American Burn Association). Il faut également noter que l'existence préalable de facteurs biologiques, psychologiques ou sociaux ainsi que de traumatismes antérieurs n'est pas seule responsable de l'apparition de ce trouble. Les signes et symptômes réalisant les critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique une fois diagnostiqués, un traitement médicamenteux d'une part et psychothérapeutique d'autre part peut être instauré. Ainsi, l'évaluation psychologique apparaît comme une composante essentielle de la prise en charge du patient brûlé (Blumenfield et Reddish 1987).

En 1992, Perez-Jimenez *et al.* ont étudié 35 patients hospitalisés pendant au moins 7 jours dans un service de grands brûlés en Espagne en utilisant un entretien structuré et une série d'échelles incluant l'Echelle d'Impact de l'Événement (Impact of Event Scale, IES, Horowitz *et al.*, 1979). Cet instrument d'auto-évaluation comprend 15 commentaires fréquemment trouvés chez des sujets après un traumatisme, répartis en fonction de deux facteurs : l'évitement et l'intrusion. L'annexe I reprend les 15 items de l'échelle (traduction française : Hansenne *et al.*, 1993). Les données ont été recueillies à deux reprises, après 7 jours et 2 mois d'hospitalisation. Les patients qui avaient quitté l'hôpital entretemps ont été interrogés par téléphone. La prévalence de l'état de stress post-traumatique après 7 jours montait à 38 % et après 2 mois, à 20 %. Lors de l'évaluation réalisée après 7 jours, l'IES montrait des scores significativement plus élevés chez les patients présentant un état de stress post-traumatique clinique. Ces résultats ont été mis en relation avec le diagnostic ultérieur, pour évaluer la valeur prédictive de l'IES : un score élevé à 7 jours était déjà présent chez les patients présentant un état de stress post-traumatique à 60 jours (Perez-Jimenez *et al.*, 1992). Pour Patterson *et al.*, (1990), par contre, le score à la première semaine n'est pas prédictif d'un état de stress post-traumatique à 2 mois. Cependant, le score après 2 et 6 mois de suivi serait indicatif de la présence d'un état de stress post-traumatique à respectivement, 6 et 12 mois.

Perez-Jimenez *et al.* (1992) ont également mis en évidence une diminution de la prévalence de l'état de stress post-traumatique après 2 mois (de 38 % à 20 %). Ces résultats confirment ceux de Patterson *et al.* (1990),

si ce n'est que dans l'étude de ce dernier, seuls les patients qui avaient présenté un état de stress post-traumatique ont été suivis après l'hospitalisation alors que le follow-up de Perez-Jimenez *et al.* concernait tous les patients qui avaient séjourné dans l'unité de brûlés.

Les résultats d'une étude similaire menée par Roca *et al.* (1992) à la même époque, aux Etats-Unis, diffèrent cependant sensiblement. En effet, si la prévalence de l'état de stress post-traumatique observée dans cette étude après 4 mois est similaire (22 % contre 20 %), de nouveaux cas de stress post-traumatique sont apparus après la sortie de l'hôpital, reflétant la possibilité d'une émergence postposée des symptômes et suggérant ainsi la nécessité d'une surveillance à long terme des patients pour détecter ces problèmes et apporter le traitement approprié. De plus, Roca *et al.* ont mis en évidence une relation entre le niveau d'adaptation psychosociale du patient brûlé et trois facteurs : la personnalité préexistante, les aspects de la brûlure et son traitement. Ces résultats insistent sur l'intérêt d'une détection et d'une prise en charge rapides des patients à haut risque de développer des problèmes psychologiques. Cette étude n'a cependant pu établir de relations entre cette réadaptation psychosociale et les symptômes de l'état de stress post-traumatique (Roca *et al.*, 1992).

Enfin, les différents auteurs sont d'accord sur l'absence d'influence de facteurs tels que la race, l'âge, le sexe, la durée d'hospitalisation sur l'apparition d'un état de stress post-traumatique chez les brûlés. De même, la surface corporelle brûlée (selon les critères de l'American Burn Association) ainsi que la localisation des brûlures (face et mains par exemple) n'en influence pas l'apparition (Blumenfield et Reddish, 1987; Patterson *et al.*, 1990; Perez-Jimenez *et al.*, 1992; Roca *et al.*, 1992).

3. Conclusion

Pour de nombreux patients, l'apparition des symptômes de l'état de stress post-traumatique survient quelques jours à quelques semaines après le traumatisme mais une apparition retardée de plusieurs mois est également décrite (Roca *et al.*, 1992). La forme aiguë, d'apparition rapide, peut se limiter d'elle-même et les symptômes disparaître spontanément (Patterson *et al.*, 1990). Cependant, pour la majorité des auteurs, le trouble continue à évoluer pendant de nombreux mois voire des années en étant fréquemment responsable d'un handicap important. Dès lors, la prise en charge du patient brûlé doit être rapide et suffisamment prolongée.

Il est aussi important de différencier l'état de stress post-traumatique d'autres problèmes anxieux, dépressifs ou phobiques. Bien que l'état de stress post-traumatique puisse comporter de tels symptômes dépressifs ou

phobiques, ceux-ci ne dominent pas le tableau clinique. Le diagnostic différentiel concerne aussi les troubles de l'adaptation, où les symptômes caractéristiques du stress post-traumatique tels que la reviviscence du traumatisme sont absents, et les troubles factices.

Une fois le diagnostic posé, le traitement sera instauré rapidement afin d'éviter notamment des complications telles que dépression, alcoolisme et toxicomanie médicamenteuse.

RESUME

Bien que l'état de stress post-traumatique ait été l'objet d'un intérêt croissant au cours de ces dernières années, peu d'études ont été consacrées au patient brûlé. Dans une première partie, cet article propose un bref rappel de la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique, de ses différentes théories étiopathogéniques ainsi que des différentes approches thérapeutiques. La deuxième partie de l'article est consacrée à une revue de la littérature concernant plus spécifiquement l'état de stress post-traumatique chez le patient brûlé, soulignant la nécessité d'une prise en charge psychologique rapide et efficace.

SAMENVATTING

*Toestand van post-traumatische stress bij verbranden :
een literatuurstudie*

Alhoewel de toestand van post-traumatische stress de laatste jaren in toenemende mate werd bestudeerd zijn er weinig studies gewijd aan de verbrande patiënt. In een eerste deel wordt in dit artikel een kort overzicht gegeven van de symptomatologie van de post-traumatische stresstoestand, evenals van de verschillende etiopathogenische theorieën en de verschillende therapeutische benaderingen. Het tweede deel van het artikel is gewijd aan een literatuurstudie meer specifiek gericht op de post-traumatische stresstoestand bij de verbrande patiënt, die de noodzaak van een snelle en efficiënte psychologische begeleiding onderstreept.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3^e Edition - Revised, American Psychiatric Press, Washington DC, (1987).
- ANDREASEN N.J.C. Management of emotional reactions in seriously burned adults. *N. Engl. J. Med.* 286, 2, 65-69, (1972).
- BLUMENFIELD M., REDDISH P.M. Identification of psychologic impairment in patients with mild-moderate thermal injury : small burn big problem. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 9, 142-146 (1987).
- CHARNEY D.S., DEUTCH A.Y., KRISTAL J.H., SOUTHWICK S.M., DAVIS M. Psychobiologic mechanisms of post traumatic stress disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 50, 294-305, (1993).
- CHEMTOB C., ROITBLAT H.L., HANEADA R.S., CARLSON J.G., TWENTYMAN C.T. A cognitive action theory of post traumatic stress disorder. *J. Anx. Dis.*, 2, 253-275, (1988).
- COURTEMANCHE D.J., ROBINOW O. Recognition and treatment of the post traumatic stress disorder in burn victims. *J. Burn. Care Rehabil.*, 10, 147-250, (1989).

- DAVIDSON J.R.T., NEMEROFF C.B. Post traumatic stress disorder : recent advances
HAMMET E., SAUNDERS W.B., CAVERNAR J.O. Treatment of post traumatic stress disorder with amitryptilin and placebo. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47, 259-266, (1990).
- DAVIDSON J.R.T., NEMEROFF C.B. Post traumatic stress disorder : recent advances in basic science and clinical research. *Psychopharmacol. Bull.* 25, 3- 415-416, (1989).
- FOA E.B., STEKETEE G., ROTHBAUM B.O. Behavioral/cognitive conceptualisations of post traumatic stress disorder. *Behav. Ther.* 20, 155-176, (1989).
- FREUD S. Au delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyses, Paris, Payot, (1920).
- FRIEDMAN M.J. Toward rational pharmacotherapy for post traumatic stress disorder : an interview report. *Am. J. Psychiatry*, 145, 281-285, (1988).
- HANSENNE M., CHARLES G., PHOLIE P., PANZER M., PITCHOT W., GONZALES MORENO A., ANSSEAU M. Mesure subjective de l'impact d'un événement : traduction française et validation de l'échelle d'Horowitz. *Psychologie Médicale* (Paris), 25, 86-88, (1993).
- HOROWITZ M.J., WILNER N., ALVAREZ W. Impact of event scale : a measure of subjective distress. *Psychosom. Med.*, 41, 209-218, (1979).
- KOLB L.S., MUTALIPASSI L.R. The conditioned emotional response : a subclass of the chronic and delayed post traumatic stress disorder. *Psychiatric Ann.*, 12, 979-987, (1982).
- KOSTEN T.R., MASON J.W., GILLER E.L., OSTROFF R.B., HARKNESS L. Sustained urinary norepinephrin and epinephrin elevation in post traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 12, 13-20, (1987).
- MASON J.W., GILLER E.L., KOSTEN T.R., HARKNESS L. Elevation of urinary norepinephrin/cortisol ratio in post traumatic stress disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 176, 498-502, (1988).
- PATTERSON D.R., CARIGAN L., QUESTAD K.A., ROBINSON R. Post traumatic stress disorder in hospitalized patients with burn injuries. *J. Burn. Care Rehabil.* 11, 181-184, (1990).
- PEREZ-JIMENEZ J.P., GRAELL-BERNA M., PEREZ-SALES P., ORENGO F., SANTODOMINGO J. Transtorno por estres postraumatico en pacientes quemados. *Ann. Psiq.* 8, 123, (1992).
- PITMAN R.K., ORR S.P., FORGUE D.F., DE JONG J.B., CLAIBORN J.M. Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in vietnam combat veterans. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 970-975, (1987).
- PITMAN R.K., VAN der KOLK, B.A., ORR S.P., GREENBERG M.S. Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder : a pilot study. *Arch. Gen. Psychiatry* 47, 541-544, (1990).
- ROCA R.P., SPENCE R.J., MUNSTER A.M. Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivor. *Am. J. Psychiatry*, 149, 1234-1238, (1992).
- ROSS R.J., BALL W.A., SULLIVAN K.A., CAROFF S.N. Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry* 146, 697-707, (1989).
- SIERLES F.S., CHEN J., McFARAND R.E., TAYLOR M.A. Post traumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness : a preliminary report. *Am. J. Psychiatry* 140, 1177-1179, (1983).
- VAN DER KOLK B., GREENBERG M., BOYD H., KRYSTAL J. Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma : toward a psychobiology of post traumatic stress disorder. *Biol. Psychiatry*, 20, 314-325, (1985).
- YEHUDA R., SOUTHWICK S.M., NUSSBAUM G., WAHBY V., GILLER E.L., MASON J.W. Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 178, 6, 366-369, (1990).
- ZEITLIN S.B., LANE R.D., O'LEARY D.S., SCHRIFT M.J. Interhemispheric transfer deficit and alexithymia. *Am. J. Psychiatry*, 146, 11, 1434-1439, (1989).

Pierre-Yves MACHUROT
Unité de Psychiatrie
Centre Hospitalier Universitaire
du Sart-Tilman D 35
B-4000 Liège

ANNEXE I

Echelle de l'impact de l'événement (ies)

Nom :
Prénom : Date :

Le (date) vous avez vécu (événement)

Ci-dessous se trouve une liste de commentaires faits par des personnes ayant subi un événement stressant. Cochez chaque proposition en indiquant la fréquence à laquelle ces commentaires étaient vrais pour vous au cours des 7 derniers jours. S'ils ne se sont pas produits au cours de cette période, cochez la colonne "PAS DU TOUT".

	P A S D U T O U T	R A R E M E N T	P A R F O I S	S O U V E N T
1. J'y ai pensé quand je n'en avais par l'intention				
2. J'ai évité de me laisser mettre en colère quand j'y ai pensé ou quand quelque chose ou quelqu'un me l'a rappelé				
3. J'ai essayé de l'enlever de ma mémoire				
4. J'ai eu des difficultés à m'endormir ou à rester endormi à cause d'images ou de pensées à ce sujet qui me venaient à l'esprit				
5. J'ai eu des périodes de sentiments intenses à ce sujet				
6. J'en ai rêvé				
7. Je suis resté à l'écart de ce qui me le rappelait				
8. J'ai eu l'impression que cela n'avait pas eu lieu ou n'avait pas été réel				
9. J'ai essayé de ne pas en parler				
10. Des images à ce sujet ont fait irruption dans mon esprit				
11. D'autres choses ont continué à m'y faire penser				
12. J'ai été conscient que j'avais toujours des sentiments à ce sujet mais que je ne savais pas y faire face				
13. J'ai essayé de ne pas y penser				
14. Tout ce qui me l'a rappelé a entraîné des sentiments à ce sujet				
15. J'ai ressenti à ce sujet une sorte d'engourdissement				