

Troubles émotionnels associés aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Jihène Ben Thabet^a, Nada Charfi^a, Leila Mnif^b, Sourour Yaïch^c, Lobna Zouari^a, Nasreddine Zouari^a, Nabil Tahri^b, Jamel Damak^c, Mohamed Maâlej^a

a: Service de psychiatrie « C », b: Service de gastroentérologie, c: Service de médecine communautaire et d'épidémiologie, CHU Hédi Chaker, 3029 Sfax- Tunisie. Faculté de Médecine de Sfax Université de Sfax

J. Ben Thabet, N. Charfi, L. Mnif, S. Yaïch, L. Zouari, N. Zouari, N. Tahri, J. Damak, M. Maâlej

J. Ben Thabet, N. Charfi, L. Mnif, S. Yaïch, L. Zouari, N. Zouari, N. Tahri, J. Damak, M. Maâlej

Troubles émotionnels associés aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Emotional disorders and inflammatory bowel disease

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°07) : 557 - 563

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°07) : 557 - 563

R É S U M É

Prérequis : La cooccurrence des troubles émotionnels (alexithymie, dépression et anxiété) et des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est rapportée dans la littérature. Plusieurs hypothèses explicatives de cette comorbidité ont été émises.

But : Évaluer la prévalence de ces troubles émotionnels chez des patients atteints de MICI, comparativement à un groupe témoin et discuter le rapport qui pourrait exister entre ces troubles émotionnels et les MICI.

Méthodes : Notre étude était de type cas-témoins réalisée auprès de 50 patients suivis au service de gastroentérologie au CHU Hédi Chaker à Sfax, en Tunisie, pour une maladie de Crohn (MC) ou une rectocolite hémorragique (RCH). Chacun des participants a répondu au HADS pour le dépistage de la dépression et de l'anxiété, et au TAS 20 pour le dépistage de l'alexithymie.

Résultats : Parmi les malades, les taux d'anxiété, de dépression et d'alexithymie étaient, respectivement, de 52%, 44% et 54%. Il y avait plus de sujets anxieux, déprimés et alexithymiques dans le groupe des malades que dans celui des témoins (p respectifs : 0,007, 0,015 et 0,002). L'anxiété était plus fréquente chez les malades en poussée (p = 0,011) ; il en fut de même pour la dépression (p = 0,035).

Conclusion : La comorbidité des troubles émotionnels avec les MICI paraît importante. Le repérage de ces troubles, par le somaticien, en s'aidant éventuellement d'échelles spécifiques, devrait permettre d'optimiser la prise en charge du patient, en associant aux médicaments habituelles des MICI, un traitement efficace de ces troubles émotionnels.

S U M M A R Y

Background: The co-occurrence of emotional disorders (alexithymia, depression and anxiety) and inflammatory bowel disease (IBD) is reported in the literature. There are several possible explanations for this co morbidity.

Aim : To evaluate the prevalence of alexithymia, anxiety and depression among patients with IBD and to compare them with a control group of healthy individuals and to discuss the relation between emotional disorders and IBD.

Methods: We built a case - control study of 50 patients with IBD (ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD)). The control group compounded 50 subjects without IBD and paired according sex, age, and school level. Alexithymia was assessed with the 20-item version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS -20). Participants completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), which is a 14-item self-report scale providing separate subscale scores for anxiety (HADS-A) and depression (HADS-D).

Results: Among the group of patients, the rates of anxiety, depression and alexithymia were, respectively, 52%, 44% and 54%. In this group, there were significantly more anxious, depressed, and alexithymic subjects than in the control group (p respectively, 0,007, 0,015 and 0,002). The anxiety and the depression were more frequent among patients who had active disease or symptoms than those in remission (p respectively, 0,011 and 0,035).

Conclusion: The comorbidity of emotional disorders and IBD seems to be frequent. Therefore, clinicians should look for those disorders in patients with IBD, by using specific scales. The adjunction of emotional disorder treatment, if needed, would allow optimizing the management of MICI.

Mots-clés

Anxiété, alexithymie, dépression, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique.

Key - words

Alexithymia, anxiety, Crohn's disease, depression, ulcerative colitis.

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), incluant essentiellement la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH), résulteraient de l'interaction complexe de divers facteurs génétiques et environnementaux. Cette interaction donne lieu à une réponse inflammatoire excessive au niveau de l'intestin chez des individus vulnérables [1].

L'implication des facteurs émotionnels dans l'étiopathogénie des MICI constitue un sujet de controverse. Plusieurs études ont montré une occurrence entre des troubles émotionnels (alexithymie, dépression et anxiété) et les MICI. Ceux-là semblent être impliqués dans la pathogénie des MICI ; mais jusqu'à présent, la relation de cause à effet n'est pas vraiment acceptée [2]. Le concept d'alexithymie a été proposé pour la première fois en 1972 par Sifneos. Il désigne littéralement "l'absence de mot pour exprimer ses émotions" [3]. Il traduit quatre grandes particularités présentes chez ces patients : une incapacité à identifier et à exprimer leurs émotions, une vie fantasmatique pauvre, une grande difficulté à distinguer leurs mouvements affectifs de leurs sensations corporelles, et des pensées essentiellement orientées vers des préoccupations concrètes. Ce trait psychologique, caractérisé par un déficit dans le traitement cognitif des émotions, peut prédisposer les individus à un ensemble d'affections psychiques et somatiques" [3]. Les MICI sont classiquement considérées comme des maladies psychosomatiques [4]. Les malades qui en sont atteints seraient plus fréquemment alexithymiques que la population générale. Les patients alexithymiques auraient tendance à "somatiser" leurs problèmes émotionnels faute de pouvoir les verbaliser [5].

Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer la prévalence de ces troubles émotionnels (alexithymie, anxiété et dépression) chez des patients atteints de MICI, comparativement à un groupe témoin et de discuter le rapport qui pourrait exister entre ces troubles émotionnels et les MICI.

PATIENTS ET METHODES

Notre étude était rétrospective, de type étude cas-témoins. Elle a été menée auprès des patients qui ont été hospitalisés ou qui s'étaient présentés à la consultation externe, au service de gastroentérologie au CHU Hédi Chaker à Sfax, en Tunisie, pour une MC ou une RCH. Nous avons visé de colliger 50 cas. Pour rassembler ce nombre de patients, il nous a fallu solliciter tous les patients sus indiqués pendant huit mois (entre août 2009 et mars 2010). Pour chaque malade, nous avons apparié un sujet témoin en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'instruction et du statut marital. Le groupe des témoins a été constitué de 50 sujets indemnes de toute maladie intestinale. Les témoins ont été des volontaires, recrutés parmi les accompagnants des malades, toutes pathologies confondues, de la consultation externe de gastroentérologie.

- Population étudiée

Parmi les 50 malades, 38 présentaient une RCH et 12 étaient atteints de MC. La moyenne d'âge des malades était de $38,64 \pm$

13,56 ans (avec des extrêmes de 16 et 71 ans). Le sex-ratio (H/F) était de 0.92. Cinquante-quatre pour cent étaient célibataires, 42% mariés, 2% divorcés et 2% veufs. Le niveau socio-économique était bas ou moyen dans 94% des cas. La répartition selon le niveau scolaire était la suivante : non scolarisés (16%), niveaux primaire (28%), secondaire (30%) et supérieur (26%). La maladie intestinale a été jugée active si le Crohn's Disease Activity Index (CDAI) était supérieur à 150 pour la MC, et en cas d'existence de symptômes cliniques associés aux lésions endoscopiques spécifiques pour la RCH. La maladie a été jugée en rémission si le CDAI était inférieur à 150 pour la MC et en cas de rémission clinique et endoscopique prouvée pour la RCH. L'âge moyen de début de la maladie était sensiblement proche pour la RCH et la MC, avec des moyennes respectives de $33,68 \pm 14,43$ ans et de $32,58 \pm 12,73$ ans. La poussée initiale de la maladie était sévère dans 70% des cas, avec recours à un traitement à base de 5 amino-salicylates dans 78% des cas. L'observance du traitement était irrégulière dans 58% des cas. Au moment de l'étude, 56% des patients étaient en phase active de la maladie et 44% en rémission. L'âge moyen des sujets témoins était de $38,46 \pm 12,02$ ans (avec des extrêmes de 15 et 70 ans). Le sexe ratio (H/F) était de 0,85. Quarante-deux pour cent de ces sujets étaient célibataires, 52% mariés, 4% divorcés et 2% veufs. Le niveau socio-économique était moyen dans 74% des cas, bas dans 16% des cas et élevé pour 10% des témoins. Le niveau scolaire ne dépassait pas le secondaire dans 80% des cas (analphabète 10%, primaire 18% et secondaire 52%).

- Instruments psychométriques

En plus du questionnaire portant essentiellement sur les données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques, chacun des participants a répondu à deux questionnaires : le Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) et le Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS-20).

Le HADS

L'échelle HADS, de Zigmund et Snaith (1983) [6], est un auto-questionnaire mixte, composé de 14 items : 7 items évaluant l'anxiété et 7 autres évaluant la dépression. La cotation se fait par paliers de 0 à 3.

- Le score d'anxiété HADS-A est obtenu en additionnant les notes attribuées aux sept questions relatives à l'anxiété. Un score supérieur ou égal à 10 définit l'anxiété.

-Le score de dépression HADS-D est obtenu en additionnant les notes attribuées aux sept questions relatives à la dépression. Un score supérieur ou égal à 10 définit la dépression.

Le HADS est considérée comme un outil de mesure valide et fiable pour l'évaluation de l'anxiété et de la dépression dans une population de patients présentant une pathologie médicale [7]. Nous avons utilisé une version arabe dialectale de ce questionnaire.

Le TAS-20

Il est considéré comme l'auto-questionnaire le plus utilisé pour diagnostiquer l'alexithymie, ses paramètres métrologiques étant satisfaisants (validité et fidélité) [8]. Nous avons utilisé une

version traduite en arabe littéraire. Le TAS-20 comporte 20 items cotés de 1 à 5 : 1 (désaccord complet), 2 (désaccord relatif), 3 (ni accord, ni désaccord), 4 (accord relatif), 5 (accord complet), avec un score total allant de 20 à 100. Les items évaluent trois facteurs (F1 : la difficulté à identifier les sentiments ; F2 : la difficulté à décrire ses sentiments aux autres ; F3 : pensée orientée vers l'extérieur). La valeur seuil est prédéfinie : un sujet est considéré comme alexithymique à partir d'un score total supérieur ou égal à 61 [9].

- Analyse statistique

Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel informatique Statistical Package for Social Sciences (SPSS) dans sa 18^{ème} version. La comparaison entre les cas et les témoins a été effectuée par le test *t* de Student pour échantillons appariés pour les variables quantitatives et par le test de chi-deux de Mc Nemar pour les variables qualitatives. Dans le groupe des MICI, la comparaison de deux moyennes a été réalisée par le test *t* de Student pour échantillons indépendants et la comparaison de deux fréquences a été faite par le test de chi-deux ou le test exact de Fischer. Les corrélations ont été réalisées par le test de corrélation *r* de Pearson. Le seuil de significativité était de 5%.

RESULTATS

1- Dépression, anxiété et alexithymie dans le groupe des malades

Selon une approche dimensionnelle, le score d'anxiété moyen était de 9,08 (ET = 4,67) et le score de dépression moyen était de 8,26 (ET = 4,34). Selon une approche catégorielle, 52% (n = 26) présentaient une anxiété et 44% (n = 22) présentaient une dépression. Le score moyen de l'alexithymie était de 60,26 (ET : 13,73). En se basant sur le score seuil de 61, le taux des alexithymiques était de 54% (n = 27). Il n'y avait pas de différences significatives entre les moyennes des différents scores d'anxiété, de dépression et d'alexithymie chez les sujets souffrant de RCH ou de MC (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des malades et des témoins en fonction de l'existence ou non de la dépression et de l'anxiété

Malades	D -	D +	Total
Témoins	28 (56%)	22 (44%)	50
Total	39 (78%)	11 (22%)	50
p : 0,019 ; OR : 0.36	67	33	100
Malades	A -	A +	Total
Témoins	24 (48%)	26 (52%)	50
Total	37 (74%)	13 (26%)	50
p : 0,007 ; OR: 0.32	61	39	100

D- : Pas de dépression ; D+ : Présence de dépression ;

A- : Pas d'anxiété ; A+ : Présence d'anxiété ; OR: Odds ratio.

2- Dépression, anxiété et alexithymie dans le groupe témoin

Le score d'anxiété moyen était de 7,78 (ET = 3,43) et le score de dépression moyen était de 7,84 (ET = 3,34).

L'anxiété a été trouvée chez 26% (n = 13) des sujets témoins, la dépression chez 22% (n = 11). Le score moyen de l'alexithymie dans le groupe témoin était de 52,12 (ET = 11,92). Douze (24%) des sujets témoins étaient alexithymiques (Tableau 1).

3- Comparaison des deux groupes

Il y avait significativement plus de sujets anxieux et déprimés dans le groupe des malades que dans celui des témoins (p respectifs : 0,007 et 0,015 ; OR respectifs : 0,32 et 0,36). (Tableau 2). Le taux des alexithymiques était également significativement plus élevé chez les malades que chez les témoins (p = 0,002 ; OR = 3,71). (Tableau 3). La relation entre l'alexithymie, dans la population globale, et l'âge était significative à partir de 40 ans (p = 0,04) (Tableau 4).

Tableau 2 : Répartition des malades et des témoins en fonction de l'existence ou non d'alexithymie

	ALEX +	ALEX -	Total
Malades	27 (54%)	23 (46%)	50
Témoins	12 (24%)	38 (76%)	50
Total	38	62	100

p : 0,002 ; OR : 3,71

ALEX - : non alexithymiques ; ALEX+ : alexithymiques ; OR: Odds ratio.

Tableau 3 : Répartition de l'alexithymie dans la population globale en fonction de l'âge

Age du sujet	ALEX +	ALEX -	Total
≤40 ans	17	39	56
> 40 ans	22	22	24
Total	39	61	100

p : 0,04

ALEX - : non alexithymiques ; ALEX+ : alexithymiques.

4- Facteurs corrélés à l'anxiété, à la dépression et à l'alexithymie en cas de MICI

Un bas niveau socioéconomique était corrélé avec l'anxiété (p=0,01) et la dépression (p = 0,049). La comparaison de ces deux troubles émotionnels avec l'ancienneté de la maladie et la nature de la maladie (RCH ou MC) n'était pas statistiquement significative (Tableau 5).

Il n'y avait pas de corrélation significative entre l'alexithymie et le niveau scolaire, le niveau socioéconomique et la nature de la maladie. L'anxiété était statistiquement plus fréquente chez les malades en poussée (p = 0,011) ; il en fut de même pour la dépression (p = 0,035). Il n'y avait pas de corrélation entre l'alexithymie et l'activité de la maladie. De même, il n'y avait pas de corrélations significatives entre l'anxiété, la dépression et l'observance du traitement.

Tableau 4 : Facteurs corrélés à l'anxiété, à la dépression et à l'alexithymie chez les malades atteints de MICI

	D -	D +	p	A -	A +	p	ALEX -	ALEX +	p
Age moyen	38,96	38,23	NS	41,04	36,42	NS	33,91	42,67	0,021
ET	13,62	13,8		13,97	13,05		13,04	12,89	
Homme	11	14	NS	15	10	NS	14	11	NS
Femme	11	14		9	16		9	16	
Niveau scolaire *			NS			NS			NS
Bas	12	10		10	12		7	15	
Elevé	16	12		14	14		16	12	
NSE			0,049			0,01			NS
bas	10	14		7	17		8	16	
Moyen à élevé	18	8		17	9		15	11	
MICI			NS			NS			NS
RCH	21	17		17	21		17	21	
MC	7	5		7	5		6	6	
Ancienneté de la maladie (ans)	4,98	4,07	NS	4,76	4,41	NS	3,39	5,59	NS
ET	4,62	5,01		4,75	4,88		3,96	5,22	

* Niveau scolaire bas: analphabète et niveau primaire, Niveau scolaire élevé: niveau secondaire et supérieur

D- : Pas de dépression ; D+ : Présence de dépression ; A- : Pas d'anxiété ; A+ : Présence d'anxiété ; ALEX- : non alexithymiques ; ALEX+ : alexithymiques ; ET : écart type ; NS : non significatif ; NSE : niveau socio-économique ; RCH : rectocolite hémorragique ; MC: Crohn.

Tableau 5 : Rapports entre les troubles émotionnels et l'activité de la maladie

	En rémission	En poussée	Total	p
A -	15 (62,5%)	9 (37,5%)	24	0,011
A +	7 (26,9%)	19 (73,1%)	26	
Total	22	28	50	
D -	16 (57,1%)	12 (42,9%)	18	0,035
D +	6 (27,3%)	16 (72,7%)	22	
Total	22	28	50	
ALEX -	9 (39,1%)	14 (60,9%)	23	NS
ALEX +	13 (48,9%)	14 (51,9%)	27	
Total	22	28	50	

D- : Pas de dépression ; D+ : Présence de dépression ; A- : Pas d'anxiété ; A+ : Présence d'anxiété ;

ALEX - : non alexithymiques ; ALEX+ : alexithymiques ; NS : non significatif.

DISCUSSION

Alexithymie et MICI

Dans notre étude, l'alexithymie était significativement plus fréquente chez les patients atteints de MICI que chez les témoins (54% vs 24% ; $p = 0,002$; $OR = 3,71$), sachant que sa prévalence dans la population générale est estimée à 10 à 20% [10] et à 5,2 à 58% chez les patients souffrant de maladies somatiques [5]. Dans l'étude de Porcelli et al [11], une prévalence de 35,7% a été trouvée dans un échantillon de

patients souffrant de MICI comparée à une prévalence de 4,5% dans un groupe contrôle apparié pour le sexe, l'âge et le niveau d'éducation. Comme dans l'étude de Porcelli et al. [12], les scores d'alexithymie trouvés dans notre étude ne différaient pas de façon significative entre les patients porteurs de RCH et les patients porteurs de MC. Le type de la colite inflammatoire ne semble pas influencer les scores de l'alexithymie.

Le lien entre l'alexithymie et le sexe n'était pas significatif dans notre étude. Dans la littérature, certains auteurs soutiennent que l'alexithymie est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes [13, 14]. Cependant, l'existence d'un tel lien n'est pas unanimement admise. D'ailleurs, le sexe est en général non-significatif, comme en témoigne l'étude récente de Loas et al., à la fois pour l'échantillon clinique et non-clinique [15]. La relation entre alexithymie et MICI était significative pour les sujets âgés d'au moins 40 ans dans notre étude ($p = 0,04$). D'une façon générale, le lien entre alexithymie et âge n'est pas clairement établi. Dans la revue de la littérature de Noel et Rime [16], ayant porté sur sept études concernant les relations entre l'âge et l'alexithymie, une corrélation notable dans le sens de l'accroissement de l'alexithymie avec l'âge a été trouvée. Ces études plaident en faveur d'une accentuation de l'ancrage dans la réalité immédiate et de la réduction de l'expression spontanée à mesure que l'individu avance dans l'âge. Cependant, l'augmentation du score d'alexithymie avec l'âge n'a pu être formellement établie [14].

Concernant le niveau scolaire, certains relient l'alexithymie à

une difficulté de verbalisation en rapport avec certaines limites d'intelligence ou d'éducation [17]. Dans notre étude, l'alexithymie n'était pas corrélée au niveau scolaire chez les malades. L'alexithymie est considérée comme un facteur de vulnérabilité dans plusieurs affections appelées classiquement psychosomatiques (HTA, asthme, diabète, syndrome du colon irritable...) [18]. Elle a également été associée aux MICI. Toutefois, le rôle joué par l'alexithymie constitue un objet de controverse : s'agit-il d'un trait de personnalité stable ayant un rôle étiologique ou d'un phénomène secondaire à l'interférence d'autres troubles psychopathologiques comme l'anxiété et la dépression ? [19]. La plupart des études réalisées sur ce sujet ont été critiquées en raison de lacunes méthodologiques (type rétrospectif, absence de groupe contrôle et utilisation d'instruments psychométriques non validés) [20].

Freyberger [21] avait émis, en 1977, l'hypothèse de l'existence de deux types d'alexithymie, l'une primaire, l'autre secondaire. L'alexithymie primaire serait sous-tendue par un facteur biologique inné (mauvaise connexion des régions limbiques et néocorticales), prédisposant à l'apparition et au développement d'un trouble psychosomatique, en l'occurrence une MICI, par inhibition de l'expression émotionnelle. L'alexithymie secondaire représenterait, elle, un mécanisme d'adaptation face à l'angoisse suscitée par une maladie somatique grave ou par un traumatisme physique ou psychologique à fort impact émotionnel [22]. Dans notre étude, l'alexithymie n'était corrélée ni avec l'ancienneté ni avec l'activité de la maladie. Ce résultat rejoint celui rapporté par Porcelli et al. [11]. Dans une étude plus récente [12], ces mêmes auteurs ont montré que les scores d'alexithymie, contrairement aux HAD-A et HAD-D, ne changeaient pas de façon significative lors d'un suivi prospectif sur six mois de 104 malades porteurs de MICI. En outre, l'alexithymie n'était corrélée ni avec la durée de l'évolution de la MICI ni avec la sévérité de la maladie.

A priori, et au vu de nos résultats et de ceux de Porcelli et al, l'alexithymie ne serait pas simplement réactionnelle à la maladie ; elle représenterait plutôt un trait de personnalité stable, ce qui ne concorde pas totalement avec l'hypothèse élaborée par Freyberger. En fait, les outils psychométriques actuels ne permettent pas de distinguer l'alexithymie primaire de celle secondaire [22] ; d'où la nécessité du recours à des études prospectives portant sur des populations élargies, à haut risque, avant l'apparition de la maladie [23].

Anxiété, dépression et MICI

La fréquence des troubles psychopathologiques au cours des affections médicales chroniques, en l'occurrence les MICI, est souvent importante, comparée à celle dans la population générale [24]. Nos résultats vont dans le même sens, avec des taux d'anxiété et de dépression significativement plus élevés chez les malades que chez les témoins ; ces taux étaient, respectivement, de 52% ($p = 0,007$) et de 44% ($p = 0,019$). Ce résultat est comparable à celui d'une étude italienne de type cas-témoins ayant évalué l'état d'anxiété par le test STAI (State and Trait Anxiety Inventory) et l'état de dépression par le test de Zung [25]. Cette étude a montré que les états d'anxiété et de dépression étaient plus fréquents chez les malades atteints de

MICI, comparativement aux témoins. Dans le même sens, Lesley et al [26] ont trouvé que les patients qui souffraient d'une MC présentaient cinq fois plus de dépression et d'anxiété que les sujets témoins, et pour ceux qui présentaient une RCH, les risques d'être déprimés ou anxieux étaient, respectivement, deux et quatre fois plus importants que pour les témoins.

Concernant la relation entre les troubles émotionnels (dépression et anxiété) et l'activité de la MICI, nous avons relevé des taux plus élevés chez les malades en poussée, que chez les autres malades, d'anxiété ($p = 0,011$) et de dépression ($p = 0,035$). La plupart des études comparatives ont conclu à une relation probable entre l'anxiété et l'activité de la maladie [27,28]. Cependant, la probabilité que les niveaux d'anxiété et de dépression seraient indépendants du niveau d'activité de la maladie est toujours envisageable [29]. Dans tous les cas, les patients semblent attribuer une importance capitale à l'implication des facteurs psychologiques, notamment l'anxiété, dans l'éclosion et l'évolution des troubles [30].

Plusieurs explications ont été avancées quant à la cooccurrence des troubles émotionnels (dépression et anxiété) et des MICI. Chacun de ces troubles peut être à l'origine de l'autre : l'anxiété et la dépression peuvent être incriminées dans le déclenchement et l'aggravation de la maladie, et, à l'inverse, elles peuvent apparaître secondairement au vécu suffisamment stressant de cette maladie chronique [31]. Une étiologie commune, qu'elle soit environnementale, comportementale ou génétique liée à un dysfonctionnement des circuits de régulation immunitaire, pourrait également être envisagée [32]. Les troubles affectifs pourraient également être associés aux MICI par un autre facteur qu'est le traitement [33]. Une association positive entre des stress majeurs de la vie courante (décès d'un membre de la famille, divorce...) a été observée dans la RCH au cours de huit études contrôlées ; mais une association négative a été relevée dans sept autres études contrôlées [20]. En plus, le fait que le risque relatif de l'anxiété et de la dépression soit plus important au cours de la première année suivant le diagnostic [33], suggère que ces troubles seraient beaucoup plus des conséquences que des facteurs causaux de ces maladies. .

Le début de la maladie et l'annonce du diagnostic semblent les moments les plus propices à l'apparition de l'anxiété et de la dépression [34]. Il en serait de même pour les décompensations [35].

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre la dépression et l'observance du traitement. Cependant, plusieurs auteurs soutiennent que la dépression aurait un impact majeur sur l'observance du traitement [36] et, par-là même, sur l'évolution de la MICI [37]. Par ailleurs, il est bien admis que la dépression et l'anxiété constituent des indices fiables d'une mauvaise qualité de vie [38, 39].

Bien que les troubles émotionnels soient courants chez les patients souffrant de MICI, ils ne leur sont pas obligatoirement spécifiques [2] ; il s'agirait souvent de répercussion ou, du moins, d'une aggravation «secondaire», comme dans toutes les maladies chroniques plus ou moins gênantes ou invalidantes [19]. De ce fait, une action thérapeutique spécifique (psychothérapie, psychotropes), en de repérage de tels troubles, est justifié et ne peut qu'être bénéfique [2].

Limites de l'étude

Notre étude a présenté certains points forts notamment le fait qu'ils s'agisse de la première étude tunisienne sur le sujet, le caractère exhaustif sur huit mois et l'utilisation d'un groupe témoin. Toutefois, certaines limites devraient être prises en compte :

- La taille réduite des échantillons étudiés (patients et témoins) ; mais il est à rappeler que le service où a eu lieu l'étude est un service de gastroentérologie générale recrutant diverses pathologies. Il n'est pas spécialisé dans les MICI. En plus, bien qu'il s'agisse du service le plus important en la matière dans tout le sud tunisien et donc drainant le plus grand nombre de patients, certains patients auraient pu échapper au recensement en consultant les structures sanitaires de première ligne.
- La répartition disproportionnée des patients selon la nature de la maladie (12 MC et 38 RCH).
- Le recrutement des témoins parmi les accompagnants des malades peut constituer un biais de sélection du fait qu'ils pourraient différer de la population générale.

CONCLUSION

Notre étude a montré une fréquence relativement élevée de l'anxiété, de la dépression et de l'alexithymie chez les malades atteints de MICI, essentiellement en cas de maladie active, sans véritable corrélation avec la nature de la maladie inflammatoire (RCH ou MC). Ces troubles émotionnels sont relativement fréquents en médecine somatique, d'où la nécessité de les dépister et de les traiter, d'autant plus qu'ils constituent des

facteurs d'entrave pour le traitement de la maladie somatique et d'altération de la qualité de la vie. Cette co-morbidité psychiatrique a fait l'objet de plusieurs études empiriques. Le suivi prospectif des sujets ayant un diagnostic d'anxiété ou de dépression et des traits alexithymiques, comparativement à un groupe témoin apparié, est le meilleur moyen permettant de déterminer si ces conditions psychiatriques contribuent à l'apparition de la MICI. A notre connaissance, aucune étude répondant à ces critères n'a été publiée à ce jour. Face au patient présentant une MICI, le somaticien devrait rechercher activement certains indices évoquant l'implication des facteurs psychologiques comme des troubles du sommeil et de la concentration, une irritabilité d'installation récente, un ralentissement psychomoteur, des algies multiples disproportionnées par rapport au contexte somatique. Le repérage de ces problèmes d'anxiété, de dépression et de traits alexithymiques, en s'aidant éventuellement d'échelles spécifiques de ces troubles, devrait permettre d'optimiser la prise en charge du patient, en associant aux médications habituelles des MICI, un traitement efficace de ces troubles émotionnels (selon les cas : psychothérapie adaptée et/ou psychotropes). Si besoin, la collaboration avec le psychiatre pourrait apporter une contribution notable dans ce sens.

REMERCIEMENTS

On remercie tous les patients et tous les sujets témoins pour leur consentement et leur collaboration au déroulement de l'enquête en fournissant les réponses appropriées aux questionnaires.

Références

1. Sartor RB. Mechanisms of disease: pathogenesis of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2006;3: 390-407.
2. Geboes K. Lésions neuro-endocrines dans la maladie de Crohn : rôle possible du stress. *Acta Endoscopica* 2003;33:207-15.
3. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother psychosom* 1973;22:225-62.
4. Alexander F, French Tm, Pollock GH. Psychosomatic specificity, vol. I: Experimental study and results. Chicago: University of Chicago Press; 1968.
5. Clement Jp, Darthout N, Nubukpo P. Guide pratique de psychogériatrie, 2e éd. Paris : Masson Médiguide; 2006.
6. Zigmond As, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
7. Slevin ML. Quality of life. Philosophical question or clinical reality? *BMJ* 1992; 605:466-9.
8. Loas G, Otmani D, Fremeaux D, Lecercle C, Dufлот M, Delahousse J. External validity reliability and basic score determination of the Toronto Alexithymia Scale (TAS and TAS-20) in a group of alcoholic patients. *Encephale* 1996; 22:35-40.
9. Richards HI, Fortune Dg, Griffiths Cem, Main Cj. Alexithymia in patients with psoriasis. Clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 2005;58:89-96.
10. Guibaud O, Loas G, Corcos M, et al. L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone. *Ann Med Psychol* 2002;160:77-85.
11. Porcelli P, Zaka S, Leoci C, Cenonze S, Taylor GJ. Alexithymia in inflammatory bowel disease: a case- control study. *Psychother Psychosom* 1995;64:49-53.
12. Porcelli P, Leoci C, Guerra V, Taylor GJ, Bagby M. A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res* 1996;41:569-73.
13. Blanchard Eb, Arena Jg, Pallmeyer T P. Psychometric properties of a scale to measure alexithymia. *Psychother Psychosom* 1981;35:64-71.
14. Paulson JE. State of the Art of alexithymia measurement. *Psychother psychosom* 1985;44:57-64.
15. Loas G, Corcos M, Stephan P, et al. Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *J Psychosom Res* 2001;50:255-61.
16. Noel Mp, Rime B. Pensée opératoire, alexithymie et investigation psychosomatique: revue critique. *Cah Psychol Cogni* 1988;6:573-99.
17. Masmoudi J, Maalej I, Masmoudi A, et al. Alexithymie et psoriasis : étude cas-témoin à propos de 53 patients. *Encéphale* 2009;35:10-7.
18. Freyberger H, Kunsebeck H, Lempa W, Wellmann W, Avenarius A. Psychotherapeutic interventions in alexithymic patients with special regard to ulcerative colitis and Crohn patients. *Psychother Psychosom* 1985;44:72-81.

19. Chessick RD. The psychoanalytic treatment of ulcerative colitis revisited. *J Am Acad Psychoanal* 1995;23:243-61.
20. North Cs, Clouse Re, Spitznagel El, Alpers Dh. The relation of Ulcerative colitis to psychiatric factors: a review of findings and methods. *Am J Psychiatry* 1990;147:974-81.
21. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom* 1977;28:337-42.
22. Guilbaud O, Berthoz S, Dupont Me, Corcos M. Alexithymie et troubles psychosomatiques. *EMC psychiatrie*. 37-400-D-20.
23. Weiner H. *Psychobiology and human disease*. New York: Elsevier, 1977.
24. Scott Km, Bruffaerts R, Tsang A, et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health surveys. *J Affect Disord* 2007;103:113-20.
25. Addolorato G, Capristo E, Stefanini Gf, Gasbarrini G. Inflammatory bowel disease: a study of the association between anxiety and depression, physical morbidity and nutritional status. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:1013-21.
26. LESLEY A. GRAFF, JOHN R. WLAKER, CHARLES N. Bernstein Depression and Anxiety in Inflammatory Bowel Disease: A Review of Comorbidity and Management. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:1105-18.
27. Andrews H, Barczak P, Allan RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1987;28:1600-4.
28. Mckegney Fp, Gordon Ro, Levine SM. A psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Psychosom Med* 1970;32:153-66.
29. Vidal A, Gomez-Gil E, SANS M, et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients: the role of psychopathology and personality. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:977-83.
30. Moser G, Maier-Dobersberger Th, Vogelsang H, Lochs H. Inflammatory bowel disease (IBD): patients' beliefs about the etiology of their disease a controlled study. *Psychosom Med* 1993;55:A131.
31. Leue C, Van Os J, Neeleman J, De Graaf R, Vollebergh W, Stockbrugger RW. Bidirectional associations between depression/anxiety and bowel disease in a population based cohort. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:434-35.
32. Ghia J, Blennerhassett P, Collins SM. Impaired parasympathetic function increases susceptibility to inflammatory bowel disease in a mouse model of depression. *J Clin Invest* 2008;118:2209-18.
33. Kurina Lm, Goldacre Mj, Yeates D, Gill LE. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:716-20.
34. Lerebours E, Gower-Rousseau C, Merle V, et al. Stressful life events as a risk factor for inflammatory bowel disease onset: a population-based case-control study. *Am J Gastroenterol* 2007;102:122-31.
35. Porcelli P, Leoci C, Guerra V. A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:792-96.
36. Persoons P, Vermeire S, Demyttenaere K, et al. The impact of major depressive disorder on the short and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22:101-10.
37. Maundner Rg, Levenstein S. The role of stress in the development and clinical course of inflammatory bowel disease: epidemiological evidence. *Curr Mol Med* 2008;8:247-52.
38. Janke K-H, Klump B, Gregor M, Meisner C, Haeuser W. Determinants of life satisfaction in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11:272-86.
39. Farokhyar F, Marshall Jk, Easterbrook B, et al. Functional gastrointestinal disorders and mood disorders in patients with inactive inflammatory bowel disease: prevalence and impact on health. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12:38-46.