

# Syndrome d'Ekbom chez un légionnaire: Cas où une incision sus-pubienne auto-infligée remplace le signe de la boite d'allumette



Sophie MOROGE, Frédéric PAUL, Carole MILAN, Michel PILARD Service de psychiatrie de l'HIA Laveran, Marseille

Le syndrome d'Ekbom, ou délire de parasitose, est une pathologie rare, aux frontières nosographiques floues et qui convoque plus souvent les somaticiens que les psychiatres. Cette conviction d'être infesté par des parasites touche typiquement les femmes d'âge mur, les patientes veulent apporter la preuve de leur infestation en recueillant des « spécimens » et en les montrant à leur médecin dans un petit récipient, c'est le classique signe de la boite d'allumette. Nous avons rencontré le cas d'un légionnaire de 36 ans, qui, pour prouver son infestation par des vers, s'est infligé une incision sus-pubienne de 10 cm de long lors de sa consultation avec un rééducateur. Ce tableau atypique souligne le polymorphisme que l'on peut rencontrer dans le syndrome d'Ekbom, tant au niveau éthiopathogénique qu'au niveau de la présentation clinique.

#### Tableau typique

Le tableau typique est celui d'une femme d'une soixantaine d'année, sans antécédent particulier, et qui connait un isolement social et affectif. Elle se plaint de façon subaiguë d'un prurit qu'elle attribue à une infestation par des ecto-parasite. Elle collecte méticuleusement des preuves de son infection, « spécimens » qu'elle rassemble et apporte à son médecin dans une petite boite: c'est le célèbre « signe de la boite d'allumette ». L'apport réitéré et stéréotypé de la preuve est un élément considéré comme assez caractéristique. Malgré des explications longues et répétées réalisées par les différents spécialistes rencontrés, la patiente résiste à envisager l'hypothèse psychogène et considère que tous les médecins rencontrés sont des incapables. La conviction inébranlable persiste malgré le nombre varié de moyens utilisés pour éradiquer les parasite.

Il s'agit donc apparemment d'un délire monothématique d'infestation, l'adhésion est totale, le patient présentant des hallucinations cénesthésiques (il ressent les parasites grouiller, migrer sous la peau), parfois auditives ou visuelles (les parasites pouvant être entendus, plus rarement vus). Les lésions dermatologiques constatées sont parfois grave.. L'auto-induction des lésions est rapidement suspectée, parfois avouée par le malade qui s'en défend aussitôt, expliquant qu'elles sont involontaires et imposées par l'intensité du prurit. Les auteurs s'accordent à dire que le syndrome d'Ekbom doit être distingué de la pathomimie et du trouble factice que le DSM IV-TR. La participation anxieuse est variable, souvent importante la nuit et génératrice d'insomnie. L'idée d'être contagieux est fréquente, poussant le patient à s'isoler. Parfois le délire est « contagieux » pouvant aller jusqu'à des tableaux de folie à deux voire à trois. Cette situation concernerait 10 à 20% des cas de syndrome d'Ekbom et a fait considérer ce syndrome comme étant « le plus contagieux des troubles mentaux ».

## Cas clinique de Mr D.

Mr D. est un légionnaire de 36 ans d'origine brésilienne. Au cours de sa consultation avec un médecin rééducateur qu'il rencontrait pour des lombalgies, le patient s'est incisé sur 10 cm de long dans la région suspubien, voulant apporter la preuve de son infestation par des parasites. Suite à son geste, il a accepté d'être hospitalisé en psychiatrie, fait rare pour un syndrome d'Ekbom.

Cliniquement, le patient était de bon contact, non discordant, il ne présentait pas d'altération de l'humeur.

Les test psychométriques réalisés n'étaient pas ne faveur d'un processus psychotique mais orientaient plutôt vers un état névrotique grave avec risque d'effondrement dépressif.

La discussion nosographique a été longue. Certains voyaient un syndrome de Cottard quand Mr D. expliquait qu'il « était foutu » et voulait donner ses organes. D'autres argumentaient pour l'hypochondrie tant les plaintes somatiques occupaient tout le discours. Certains diagnostiquaient de l'hystérie tant la dimension relationnelle était présente, Mr D se montrant séducteur avec les soignants et affichant une « belle indifférence » face à ses symptômes. D'autres notaient un fonctionnement paranoïaque dans la mise au défi de la compétence médicale et l'injonction à guérir. Pour d'autres le passage à l'acte planifié et insensé associé à la pauvreté de la vie affective, relevait de la psychose.

De façon à pouvoir prendre une décision médico-militaire nous avons du trancher et avons considéré qu'il s'agissait d'une décompensation névrotique grave secondaire à un trouble de l'adaptation à la vie militaire.

## Données épidémiologiques

Ce tableau clinique est rare et polymorphe, ce qui rend son recensement périlleux. Les données de prévalence et d'incidence de ce trouble sont donc probablement largement sous-estimées.

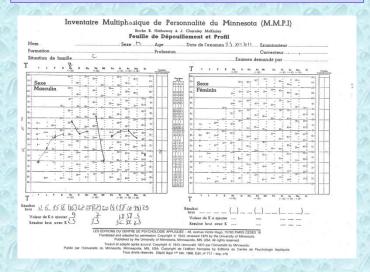
En 1995 Trabert réalisait une méta-analyse portant sur « 100 ans de délire parasitaire ». Ses résultats étaient proches de ses prédécesseurs concernant les variables socio-démographiques, avec notamment un sex ratio de 2,36 femmes pour un homme (la différence entre les sexes augmentait avec l'âge), une incidence annuelle de 0,2 pour 1 000, une prévalence de 0,8/1000, un âge moyen de début de 58 +/- 13,8 pour les femmes et de 54,8 +/- 15,7 pour les hommes. L'isolement social touchait plus de 53% des patients et Trabert soulignait que dans 60% des cas, le syndrome d'Ekbom était secondaire à une autre maladie.

#### Considérations psychopathologiques

Comme le soulignent tous les auteurs, le syndrome d'Ekbom se caractérise par une hétérogénéité de tableaux cliniques, les traits de personnalités rencontrés sont variables selon les études : histrioniques, sensitifs, paranoïaques, psychasthéniques, obsessionnels... La frontière entre psychose et névrose est floue, la fausse croyance d'infestation semblant tantôt s'intégrer dans un fonctionnement psychotique, tant la conviction est inébranlable, tantôt dans un fonctionnement plus hystérisé comme peuvent en attester l'ambivalence, la théâtralisation et la suggestibilité du patient.

Certains dont Mac Namara rapprochent le syndrome d'Ekbom de la psychose hallucinatoire chronique à forme cénesthésique pure, soulignant le contexte d'isolement social dans lequel se développent ces deux maladies et l'existence d'une riche expérience hallucinatoire psychosensorielle.

Le vécu douloureux punitif et culpabilisé de l'infestation, associé à la peur d'être contagieux et de nuire à ses proches peut rentrer dans le cadre d'idées délirantes congruentes à l'humeur évoquant les idées d'indignité, de saleté, de culpabilité, de punition et de mort de la mélancolie. Notons que, à l'inverse, la dépression peut être réactionnelle au vécu d'incurabilité et peut aller jusqu'au suicide.



Dans le cas de Mr D., le patient laisse entrevoir que son adaptation à l'institution militaire ne semble pas aussi bonne qu'il pourrait le souhaiter. Le symptôme « infestation » peut servir d'une part à remplir une vie pauvre du point de vue affectif, rythmée par les rendez-vous médicaux, et d'autre part à justifier son absence de progression au sein de la Légion, à faire l'économie d'une remise en question de ses capacités personnelles.

Ce cas clinique nous permet également de repérer que, face aux syndromes d'Ekbom, les médecins peuvent agir en miroir de leurs patients, dans une clinique de la preuve, en tentant de ranger ces tableaux atypiques dans une « boite » nosographique.