Un cas de syndrome d'Ekbom chez un militaire : discussion clinique, nosographique et médico-militaire

S. Morogea, F. Paula, C. Milana, S. Perezª, A. Jouvionb, M. Pilarda

a Service de psychiatrie, HIA Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille Cedex 13.
b Service de médecine physique et de réadaptation, HIA Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille Cedex 13.

Article reçu le 6 août 2012, accepté le 11 décembre 2012.

Résumé

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 mûr. 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 boîte d'allumette. Nous avons rencontré le cas d'un légionnaire âgé 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 et nous amène à nous interroger sur les enjeux d'une expertise psychiatrique.

Mots-clés : Aptitude. Délire parasitaire. Légion étrangère. Syndrome d'Ekbom.

Abstract
A LEGIONNAIRE'S DELUSIONAL PARASITOSIS CASE: CLINICAL, NOSOGRAPHIC AND MEDICO-MILITARY STUDY.

Delusional parasitosis is a syndrome which is more familiar to dermatologists or infectious diseases physicians than to psychiatrists. If the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders considers that it is a delusional disorder, we can question the psychopathologic bases of this disease, in view of the variety of clinical cases. We met a 36-year-old legionnaire who consulted a physiatrist for a back pain and self-incised his abdomen to show the physician that he was infested by parasites. This atypical case of a legionnaire's delusional parasistosis points to the necessity of a psychiatric evaluation.

Keywords: Capacity. Delusional parasitosis. Foreign Legion.

Observation clinique

Dans le cadre de notre activité de psychiatrie de liaison, nous avons été sollicités en urgence par un confrère rééducateur. Monsieur D., légionnaire âgé de 36 ans, d'origine brésilienne venait consulter pour la troisième fois ce médecin pour des lombalgies. Au cours de la consultation, il a soudain baissé son pantalon et s'est infligé une incision suspubienne, voulant prouver la réalité de son infestation par des vers au médecin rééducateur.

À notre arrivée, le patient acceptait calmement de se faire recoudre par un somaticien. Il présentait une plaie verticale, réalisant une fente de 10 cm de longueur et de 2 cm de profondeur située deux doigts au-dessus de la

S. MOROGE, médecin, praticien confirmé. F. PAUL, médecin en chef, praticien certifié. C. MILAN, interne des hôpitaux des armées. S. PEREZ, médecin en chef, praticien certifié. A. JOUVION, médecin principal, praticien confirmé. M. PILARD, médecin chef des services, patricien certifié, professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : Médecin S. MOROGE, Service de psychiatrie, HIA Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille Cedex 13.
E-mail : sophie.moroge@yahoo.fr

symphyse pubienne. Rationalisant, il nous expliquait avoir préparé son geste en désinfectant son couteau au whisky et nettoyant la zone qu'il prévoyait d'inciser avec de la Bétadine®. Il nous montrait fièrement le fil et l'aiguille qu'il avait prévus pour se recoudre « au cas où les médecins ne l'auraient pas fait » (sic). Devant la gravité du passage à l'acte – qui n'avait heureusement pas eu de répercussions vasculo-nerveuses – nous avons proposé une hospitalisation en psychiatrie, que le patient a rapidement acceptée, se défendant malgré tout en indiquant « je ne suis pas fou ».

Une hospitalisation d'une dizaine de jours, sur le mode libre, nous a permis de dérouler plus avant l'histoire de ce patient.

Antécédents

Dans son anamnèse, le patient ne rapportait aucun antécédent psychiatrique, que ce soit dans son pays natal ou depuis son entrée à la Légion étrangère. On retrouvait cependant, depuis une chute en service survenue deux ans plus tôt lors d'un séjour Outre-mer, l'apparition de plaintes somatiques multiples à type d'algies (pubalgies, lombalgies, gonalgies, douleurs à la cheville). Ces symptômes avaient motivé de multiples consultations médicales et une intervention chirurgicale qui n'avaient jusque-là pas permis de soulager le patient. Ces polyalgies résistantes aux explorations et aux différents traitements proposés avaient motivé la mise en congé de longue maladie pour « séquelles de pubalgie, entorse grave du genou et cure de corps étranger de l'articulaire postérieure L5-S1 ».

Éléments biographiques

Monsieur D. est originaire du Brésil où résident ses parents et sa fratrie composée de onze enfants. Il est célibataire, il vit seul dans un appartement au centre-ville. Avant d'intégrer la Légion étrangère, il décrit un parcours de vie où ses capacités lui ont permis de s'élever au-dessus de sa condition familiale, celle-ci vivant selon lui dans un grand dénuement. Il compte trois ans de service dans la Légion, dont près de la moitié en congé de longue maladie. Il a été initialement affecté outre-mer mais a dû être rapatrié pour raison sanitaire avant la fin du séjour programmé pour deux ans. Le motif du rapatriement est une « pubalgie », prise en charge dans un hôpital parisien, sans grande efficacité selon lui. À l'issue de son congé de longue maladie, il comptait reprendre le service et pensait pouvoir atteindre dix-sept ans de carrière afin de bénéficier de la retraite militaire.

Histoire de la maladie

L'histoire de la maladie remonte à son séjour Outre-mer lors duquel il décrit une sensation « d'eau dans le ventre » (sic). Il nous montre une photo de lui en treillis sur laquelle, en grossissant au maximum, on peut distinguer une plaque érythémateuse sur son cou. Selon lui, elle représente le signe du début de son infestation. Après son retour en France, la symptomatologie s'est modifiée avec l'apparition de sensations à type de grouillements, de reptations dans le ventre et sous la peau. Au printemps 2001, lors de sa première rencontre avec le médecin rééducateur à qui il a imposé la scène d'ouverture de son abdomen, celui-ci note dans son dossier des « sensations de piqûres diffuses, comme de l'eau qui coule, un vers qui bouge dans les muscles, au départ au niveau abdominal puis diffusément ». Les multiples analyses réalisées n'ont pas mis en évidence de signes de parasitose. Il explique la méthode qu'il a employé pour se défaire de ces parasites « j'ai essayé de me raser, de désinfecter… ça n'a rien fait ». Le passage à l'acte arrive comme une étape, logique selon lui, « j'avais prévenu que si personne ne faisait rien, j'allais devoir ouvrir moi-même et faire le travail des médecins ! ». Il rationalise son comportement, mettant en avant un souci pour sa santé qu'il estime légitime « c'est ma santé, après 17 ans de service et quoi ? Il faut que je me soigne, c'est dans une région sensible ».

S'il accepte l'hospitalisation en psychiatrie, il se montre déçu que nous n'en profitions pas pour réaliser de nouveaux examens visant à étiqueter son infestation : « avant de dire que je suis fou et de me faire parler au psychologue, pourquoi vous ne me faites pas passer des examens ? » nous demande-t-il.

Durant l'hospitalisation, l'équipe paramédicale note que le patient semble très à l'aise dans le service, il plaisante avec les soignants, étant même dans la séduction avec certains.

En entretien, l'énumération de ses différentes douleurs articulaires prend toute la place. Il en vient ensuite à son vécu d'infestation qu'il attribue à « des vers », qu'il mime en agitant son doigt recourbé en crochet. Il décrit la sensation que les parasites se déplacent dans son ventre et parfois sous sa peau « parfois ça peut monter dans le cou, ou passer dans l'œil » explique-t-il. Le récit se construit autour de ses « points de faiblesse » : il explique ainsi que son genou est faible (il devait en effet subir une ligamentoplastie) et que « le vers essaie d'entrer par là ». Les préoccupations centrées sur sa « santé pourrie » sont nombreuses, avec une mise au défi de la compétence médicale « il faudrait s'en occuper avant que quelque chose de plus grave arrive ! » dit-il. Le patient nous interroge sur la possibilité de réaliser une greffe, imaginant pouvoir remettre ainsi un de ses organes au corps médical en vue d'analyses et que celui-ci soit remplacé par un organe sain. Concernant son passage à l'acte, il en réfute l'aspect insensé. Au contraire, selon lui « le fou c'est celui qui le fait pas, qui accepte en silence… moi je suis un mec de courage qui voulait être soigné ».

Par ailleurs, on note que la thématique sexuelle est souvent présente, s'exprimant au travers de plaintes somatiques : il évoque une douleur testiculaire survenue en Outre-mer puis une pubalgie qui aurait motivé son rapatriement. Concernant son séjour là-bas, il a des énoncés étonnants « çà s'est bien passé… je suis encore vivant et j'ai pas le SIDA ».

La passation de tests psychométriques a marqué un tournant dans l'hospitalisation. Suite à cela, nous avons pu aider le patient à décaler son discours. Il a commencé à parler de lui et de son vécu au sein de l'institution militaire. Le thème de la violence est devenu très présent : « je me suis préparé psychologiquement avant de m'engager… ça me dérange pas de recevoir des claques et

des coups de poing, c'est normal ! ». Il peut verbaliser des pulsions hétéro-agressives, demeurant au stade de fantasmes « ouvrir la gorge, décapiter », concernant les personnes qui lui causeraient du tort au sein de la Légion. Il se défendait rapidement d'un risque de passage à l'acte, voulant être un « bon légionnaire ». Il explique que certains légionnaires de même grade que lui, jaloux de ses capacités, auraient entravé son avancement « ils font tout pour me gonfler la tête, que j'explose, que je perde la raison pour m'empêcher de progresser ». Il évoque ensuite les brimades émanant de gradés et qui semblent faire son quotidien « ceux qui utilisent les galons pour t'humilier ». Il se sent victime de racisme « moi je suis petit et noir », se décrivant comme l'objet de brimades répétées qui permettent à d'autres légionnaires d'asseoir leur autorité sur le groupe. Cependant, il se défend de souffrir de cette situation, en faisant preuve d'humour. Il explique s'y être préparé « psychologiquement ». Selon lui: « c'est normal, l'entraînement difficile rend la guerre facile ».

Lors du suivi ambulatoire, le patient a introduit un nouveau thème qui a conduit à lui proposer une seconde hospitalisation programmée. La demande de greffe d'organe verbalisée lors de la première hospitalisation s'est transformée en un souhait de donner ses organes dans une double dimension d'altruisme « pour que ça serve aux gens, je peux aider beaucoup de gens avec les différents organes » et d'incurabilité « c'est fini pour moi, il faut prendre mes organes avant que ça soit foutu et qu'ils partent à la poubelle ».

Examen psychiatrique

En entretien, la présentation du patient est marquée par une certaine négligence, le patient portant souvent les mêmes vêtements et se rasant rarement en fin d'hospitalisation. Le contact est globalement de bonne qualité, sans réticence.

On note un rétrécissement du champ de conscience avec un discours centré sur les parasites. Il existe une fausseté du jugement et une tendance interprétative avec notamment une notion de cloisonnement du corps. En effet, le patient explique son passage à l'acte non par le souhait de montrer directement « ses » vers au médecin mais par son désir que l'on prélève du sang au plus près de ses organes abdominaux, imaginant que ce sang serait plus chargé en parasites, avec un rationalisme morbide autour des bilans de sang périphérique revenus normaux.

Le débit verbal se caractérise par une discrète élation quand M. D. évoque son infestation. Mais celle-ci reste canalisable durant l'entretien, laissant une relation soignant-soigné ouverte à la parole.

En analysant le contenu des pensées, on ne note pas d'idées de dépréciation ni de dévalorisation. Au contraire, le patient se décrit sous un jour altruiste, avec une note mégalomaniaque dans son rapport à l'argent, considérant être un *self-made man* qui aurait apporté une aide financière notable à sa famille. Le patient peut également verbaliser un contenu de pensées plus violent, semblant s'inscrire dans un jeu relationnel avec le soignant, dans une tentative d'intimidation. Ainsi le passage à l'acte d'une grande violence est adressé au corps médical, le médecin rééducateur étant placé en position de le subir. La conviction d'être infesté par des parasites est exprimée dans un langage imagé. L'intéressé recherche l'adhésion de l'interlocuteur. Quand il ne l'obtient pas, il se contente de l'explication du soignant sans entrer dans une escalade pour emporter sa conviction.

Concernant le vécu de son trouble des perceptions, M. D. est peu sthénique, peu angoissé. Au contraire, il semble détaché, indifférent avec absence de doute.

Le patient ne verbalise pas d'idée de ruine, ni de faute à expier. Il n'a jamais mentionné d'idées suicidaires. Les conduites instinctuelles sont perturbées, non pas dans le registre du sommeil ou de l'appétit qui sont tous deux conservés, mais dans le champ de la libido. Le patient explique facilement que depuis son départ du Brésil, il n'a plus eu de relations sentimentales. Tout au plus a-t-il eu recours de temps à autre à des relations tarifées, rares et peu investies.

L'étude des traits de personnalité met en évidence une suggestibilité associée à une « monstration ». Le patient présente une certaine passivité : il est ainsi resté hospitalisé sans difficulté en psychiatrie plusieurs semaines alors qu'il savait qu'aucune exploration organique ne serait réalisée en dehors du bilan d'entrée systématique. Pourtant on note une rigidité des pensées, une inflexibilité des positions. La production symptomatique est mouvante, inconstante, fluctuante, le patient passant du thème de l'infestation à celui du don d'organes. Il se montre ambivalent, notamment dans son rapport à l'institution, dans un même temps idéalisée (le patient expliquant qu'elle est faite d'hommes se dévouant pour la France) et dévalorisée (le patient avouant souffrir de racisme et de brimades régulièrement). L'isolement affectif est important, s'associant à une pauvreté émotionnelle, un désert affectif. Ce tableau se complète d'éléments d'impulsivité, comme en témoigne le passage à l'acte soudain et la violence des termes qu'il emploie parfois.

L'analyse du passage à l'acte retrouve une valeur d'adresse au corps médical. L'aspect en apparence subit du geste contraste avec la préparation minutieuse que le patient rapporte : désinfection de son instrument et de la zone à inciser avant de venir en consultation, préparation du matériel pour se suturer. Calme après son geste, il n'a pas paru angoissé de ne pas avoir réussi à objectiver « ses » parasites.

Les tests psychométriques (Rorschach, TAT, MMPI) orientent vers une hypothèse de décompensation névrotique grave avec préoccupations hypochondriaques masquant un état dépressif avec risque de passage à l'acte.

Examen physique

Il est dominé par des plaintes fonctionnelles autour de douleurs chroniques se situant dans différentes régions: les lombaires, le pelvis, le genou et la cheville. Tous les examens complémentaires réalisés par différents somaticiens retrouvent des anomalies minimes avec une discordance anatomoclinique. Bien que le patient ne soit pas limité dans ses mouvements, il se dit toujours douloureux et reste persuadé d'être condamné

à court terme. Un bilan réalisé à l'entrée a permis d'écarter toute pathologie organique co-occurente. La tomodensitométrie cérébrale est normale ainsi que les différents bilans biologiques réalisés (NFS, TSH, bilan hépatique, sérologies).

Historique du concept

C'est au neuropsychiatre suédois Karl Axel Ekbom (1) que l'on doit la description de ce délire parasitophobique en 1938, trouble qu'il dénommait « délire dermatozooique pré-sénile » et qui porte désormais son nom. Ce délire touchait principalement les femmes âgées et se manifestait par une conviction inébranlable d'être infesté par un parasite, les patientes ne présentant par ailleurs pas de détérioration intellectuelle.

Ce n'est pourtant pas le premier à avoir identifié ce type particulier de délire et on en attribue la description princeps à un dermatologue français, Georges Thieberge (2) qui en 1894 introduisit dans la nosologie psychiatrique le terme d'acarophobie et différencia les parasitophobies secondaires (faisant suite à une réelle parasitose cutanée) et les parasitophobies primitives. En 1896, le dermatologue français L. Perrin (3) utilisait le terme de névrodermie parasitophobique. Pour ces deux médecins, la caractéristique principale du syndrome était « l'idée fixe » du parasite, vécue sur un mode phobique ou obsessionnel.

En 1946, Miller et Wilson (4) emploient le terme de délire de parasitose (*delusion of parasitosi*) et soulignent l'aspect non spécifique de ce trouble qui peut s'observer dans plusieurs pathologies neurologiques et psychiatriques distinctes, telles que la démence, la schizophrénie, la mélancolie mais également chez des patients ne présentant pas de trouble du jugement ni d'altération cognitive.

Dans l'ouvrage consacré aux « syndromes psychiatriques rares » de David Enoch et Adrian Ball (5), et dont la première édition remonte à 1967, le délire parasitaire du syndrome d'Ekbom est défini comme « la conviction inébranlable que des petites vermines, des insectes, des poux, des asticots prolifèrent dans la peau et quelquefois dans le corps » (6).

Henry Ey (7), dans son traité relatif aux hallucinations, propose deux étiologies distinctes pour le délire parasitaire : les intoxications diverses et les psychoses d'involution.

Les classifications modernes rangent le syndrome d'Ekbom dans les « troubles délirants persistants » pour la CIM-10 (8) (F.22.0) et le désignent comme « trouble délirant du type somatique » dans le DSM IV-TR (9) (délire d'infestation 97.1).

Définition

Le tableau typique est celui d'une femme d'une soixantaine d'années, sans antécédent psychiatrique ou somatique particulier, soucieuse de la propreté de son corps mais aussi de son domicile et qui connaît un isolement social et affectif. Elle redoute la saleté et se plaint de façon subaiguë d'un prurit qu'elle attribue à une infestation par des poux, des insectes ou autre ectoparasite. Elle collecte méticuleusement des preuves de son infection, de ces parasites qui la rongent, qui la mangent et la démangent : débris organiques, miettes, fibres vestimentaires et autres « spécimens » qu'elle rassemble et apporte à son médecin, ou plutôt à ses médecins car le nomadisme médical est la règle, la patiente ne parvenant pas à convaincre les différents examinateurs (10). C'est le célèbre « signe de la boîte 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 parasites (11) : lavages réguliers du corps par des antiseptiques, voire des désinfectants plus ou moins corrosifs (un sort identique est réservé aux éventuels animaux de compagnie), destruction des habits et du linge de maison par le feu, vente du mobilier, parfois déménagement…

Il s'agit 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 graves, allant de simples lésions de grattage avec prurigo, aux dermites d'irritation chimiques, aux brûlures caustiques, voire thermiques, avec parfois des pertes de substance. 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 (12) et du trouble factice que le DSM IV-TR définit par la « production ou feinte intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques avec la motivation de jouer le rôle de malade ».

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, à s'interdire le contact avec son entourage habituel ou ses proches. Parfois le délire est « contagieux » pouvant aller jusqu'à des tableaux de folie à deux (dans 26 % des cas pour certains auteurs (13)) ou à trois (14, 15). Généralement, il existe un cas primaire qui induirait le délire par suggestion chez l'autre. Ce tableau s'observe souvent au sein d'une famille : entre époux, entre parents et enfants. 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 » (16).

Le vagabondage médical est la règle, le patient harcèle divers généralistes, dermatologues, infectiologues… mais refuse de rencontrer les psychiatres (17). En miroir, la sollicitude manifestée initialement au malade par le corps médical tourne rapidement au rejet quand les bilans étiologiques négatifs s'accumulent et que l'hypothèse

psychogène est envisagée avec de plus en plus de certitude. L'agressivité est également présente du côté du malade qui, revendicateur voire quérulent, s'acharne à rencontrer un grand nombre de somaticiens. Cette mise au défi de la compétence médicale peut, dans de rares cas, se résoudre par un passage à l'acte hétéro-agressif (M.-L. Bourgeois décrit ainsi une tentative de meurtre d'une patiente qui n'admettait pas le diagnostic de délire parasitaire soutenu par son médecin (18)).

Il est important d'insister sur la fréquence des perturbations sensorielles associées au syndrome d'Ekbom : déficits visuels, auditifs, tactiles contribuant, par la déprivation sensorielle, à un isolement pénible (19). Ces deux facteurs sont réputés précipiter les décompensations délirantes.

Un facteur déclenchant n'est pas toujours retrouvé. Il s'agit généralement d'un évènement de perte : deuil, déménagement, retraite.

Le coût de ce syndrome pour les patients est important. La souffrance réelle engendrée par la croyance d'être atteints d'une pathologie somatique, l'absence de validation par la communauté médicale, les répercussions professionnelles (dans deux tiers des cas pour certaines séries de patients (20)), la limitation des interactions sociales et les ruptures familiales imposées par la crainte de la contagion, sont le prix à payer par ces patients.

Épidémiologie

Même si le syndrome d'Ekbom est reconnu dans le monde entier (21), ce tableau clinique est rare et polymorphe, ce qui rend son recensement périlleux. De plus, si le syndrome d'Ekbom est bien connu des dermatologues, interlocuteurs privilégiés des patients atteints d'un délire de parasitose, les psychiatres peuvent parfois le méconnaître. Les données de prévalence et d'incidence de ce trouble sont probablement largement sous-estimées.

En 1978, grâce à une revue de la littérature, le psychiatre suédois Annika Skott (22), estimait l'incidence annuelle du syndrome d'Ekbom à 0,3/1000, le *sex ratio* était de 2,8 femmes pour un homme, l'âge moyen de début des troubles était de 64 ans, deux tiers des patients vivaient seuls. Le signe de la boîte d'allumette était retrouvé chez 54 % des patients et 56 % souffraient de troubles sensoriels (vue ou audition).

Allan Lyell (15), dermatologue écossais, publiait en 1983 les résultats de son enquête réalisée auprès de confrères dermatologues. Ses conclusions étaient proches de celle d'Annika Skott. Selon lui, l'isolement social était le principal facteur de risque de la maladie. Il insistait également sur la fréquence d'une parasitose réelle sous-jacente à ne pas sous-estimer.

Plus récemment, Trabert (23) réalisait en 1995 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.

Considération psychopathologiques

Comme le soulignent l'ensemble des auteurs, le syndrome d'Ekbom se caractérise par une hétérogénéité de tableaux cliniques. Les traits de personnalité rencontrés sont variables selon les études : histrioniques, sensitifs, paranoïaques, psychasthéniques, obsessionnels (12)…

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 (24).

Certains rapprochent le syndrome d'Ekbom de la psychose hallucinatoire chronique (PHC), soulignant le contexte d'isolement social dans lequel se développent ces deux maladies et l'existence d'une riche expérience hallucinatoire psychosensorielle. Ce lien avait notamment été développé par Mac Namara (25). Certains cas de délire parasitaire peuvent évoquer une PHC à forme cénesthésique pure (26). Cependant, la notion d'hallucination ne fait pas l'unanimité. La nature des symptômes à l'origine de la conviction délirante est-elle une hallucination cénesthésique, une illusion ou une interprétation délirante de paresthésies ? G.E. Berrios (27) rappelle que dans la sphère tactile, il est difficile de faire la différence entre hallucinations et illusions, du fait du caractère non objectivable de la sensation. Dans tous les cas, quel que soit le phénomène perceptif originel, c'est l'interprétation faite par le sujet qui donne ses caractéristiques au syndrome.

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 propres à la mélancolie (19). Notons que, à l'inverse, la dépression peut être réactionnelle au vécu d'incurabilité et peut aller jusqu'au suicide. Il est également intéressant de remarquer que certains (28) auteurs s'intéressent actuellement aux liens existant entre des délires monothématqiues comme le syndrome de Cotard, le syndrome de Capgras (et accessoirement le syndrome d'Ekbom) et les cénesthopathies.

Certains syndromes d'Ekbom entrent dans le cadre d'une pathologie psychiatrique caractérisée. Si Trabert considère qu'il existe une majorité de formes primitives, dans son étude épidémiologique il retrouve 10,6 % de schizophrénies, 21,8 % de psychoses organiques, 3,5 % de névroses, 9 % de troubles de l'humeur et près d'un quart de psychoses induites. Selon une étude plus récente (29), au contraire, les formes présentant des comorbidités psychiatriques sont majoritaires (comorbidité retrouvée dans 74 % des cas pour Hylwa) avec notamment 44 % de dépression, 19 % d'anxiété et 19 % d'abus/dépendance à des substances psychoactives. Une autre étude récente

(30) s'intéresse au maitre-symptôme: si le patient se plaint d'une infection par des insectes ou des parasites, il y plus de chances que le diagnostic final soit celui d'un trouble délirant ou d'une pathologie médicale ; s'il se plaint de retrouver des fibres ou des fils sur sa peau, il y a plus de chances que le diagnostic de trouble somatoforme soit finalement posé.

Un débat idéologique concernant l'étiologie de la maladie oppose, de façon schématique, l'école anglo-saxonne qui estime que l'origine du trouble est plutôt organique et l'école francophone pour qui l'étiologie est psychogène (12).

Dans tous les cas, il s'agit d'éliminer les causes organiques telles que :

– une parasitose réelle, en réalisant un examen des téguments, de préférence par un dermatologue ;

– une carence en vitamine B12, en folates et en fer, en effectuant un dosage biologique ;

– des affections neurologiques (neurosyphilis, infection par le VIH, tuberculose, tumeurs cérébrales, épilepsie, démence), en pratiquant un examen neurologique complété d'examens paracliniques adaptés (biologie, IRM, EEG) ;

– des maladies générales responsables d'un prurit chronique (diabète, hypertension artérielle, hypothyroïdie, insuffisance cardiaque, hépatopathies et néphropathies, pathologies hématologiques) ;

– une psychose pharmacotoxique, secondaire à une ingestion d'alcool, de cannabis, de cocaïne, d'amphétamines, d'antiparkinsoniens, d'anticholinergiques, de corticoïdes…

En somme, la discussion nosologique est complexe, le syndrome d'Ekbom pouvant rester un phénomène isolé, pouvant être un des symptômes d'un plus large désordre psychiatrique et pouvant parfois être secondaire à une atteinte organique.

Considérations thérapeutiques

La prise en charge des patients présentant un syndrome d'Ekbom est complexe: il existe généralement un retard diagnostique (23) et l'alliance thérapeutique est mise à rude épreuve. Il faut insister sur la nécessaire coopération entre les différentes disciplines impliquées (dermatologie, psychiatrie, médecine générale). Lepping et Freudenmann (31) ont proposé l'utilisation d'un algorithme diagnostique en pratique courante :

– éliminer une authentique infection ;

– confirmer le délire parasitaire et éliminer des maladies neuropsychiatriques autres ;

– préciser le sous-type de délire parasitaire : primaire ou secondaire (schizophrénie, dépression, intoxication, maladie cérébrale ou autre affection médicale), ou délire induit (délire à deux, trois) ;

– thérapie ou traitement adapté au type de délire parasitaire.

Du point de vue thérapeutique, la nécessité de soins psychiatriques semble faire l'unanimité et la prescription d'un antipsychotique peut s'avérer utile (32). Cependant, si le diagnostic du syndrome d'Ekbom reste clinique, il semble nécessaire de poursuivre les recherches notamment dans le domaine de la neuro-imagerie (33) afin d'évaluer la place que certaines thérapies physiques neurociblées (stimulation magnétique transcranienne réitérée rTMS ; stimulation transcrânienne en courant continu tDCS) pourraient avoir dans l'arsenal thérapeutique.

L'information de l'entourage s'avère essentielle, devant l'aspect paradoxal et convainquant de la croyance délirante. Elle contribue à éviter une incompréhension des proches souvent préjudiciable à l'évolution.

Discussion

Notons tout d'abord qu'il est assez rare de pouvoir hospitaliser en psychiatrie un patient présentant un syndrome d'Ekbom, tant les patients qui présentent ce trouble fuient les psychiatres pour courir de dermatologues en infectiologues. Le statut de ce patient, légionnaire hospitalisé au sein d'un hôpital militaire, n'est probablement pas étranger au fait qu'il ait accepté l'hospitalisation. Notons d'autre part, que, dans notre revue de la littérature, nous n'avons retrouvé aucun cas de syndrome d'Ekbom chez un militaire, ni de données étudiant le lien entre ce syndrome et le statut de militaire. Tout au plus avons-nous retrouvé un cas de délire parasitaire secondaire à un viol subi par une civile durant la guerre en Bosnie (34).

Dans ce travail, nous avons choisi de nous intéresser, non pas à la question de la classification nosographique de ce patient atypique, mais plutôt à la dimension expertale. En effet, quand nous avons rencontré ce patient il était en position de non-activité et bénéficiait d'un congé de longue maladie pour « séquelles de pubalgie, entorse grave du genou et cure de corps étranger de l'articulaire postérieure L5-S1 ». Malgré l'intervention de différents médecins civils et militaires sur le plan chirurgical mais aussi sur celui de la rééducation, le patient restait particulièrement symptomatique. Cette aggravation clinique, non expliquée par les résultats de différents examens paracliniques, faisait redouter une impossibilité pour le patient à retrouver son aptitude à servir dans la Légion étrangère.

Son passage à l'acte auto agressif subit et spectaculaire a détourné le projecteur de la scène somatique pour le braquer sur la sphère psychique. Suite aux échanges avec l'équipe de psychiatrie et avec nos confrères rééducateurs, nous avons estimé que la question de l'aptitude psychique prime ici sur celle de l'aptitude physique. Nos collègues de Médecine physique et de réadaptation (MPR) ont conclu que l'état clinique objectif de M. D., du point de vue organique, pouvait lui permettre de reprendre le service dans un poste sédentaire. La perception subjective du patient de la gravité de ses troubles et de son incapacité à assurer son métier de soldat doit dès lors être intégrée dans une problématique de trouble de l'adaptation à l'institution militaire.

Après une seconde période d'observation en milieu hospitalier, nous avons proposé au patient une réforme avec un classement P = 4 pour « décompensation névrotique grave dans un contexte de trouble de l'adaptation à l'institution, ne permettant pas d'envisager

une reprise du service ». La nécessité d'un classement « P » a été à l'origine d'un long questionnement quant au diagnostic de ce patient, certains penchants pour la psychose, d'autres pour la névrose. Toutefois, nous penchons pour le génie évolutif de l'hystérie qui présenterait ici un nouveau visage, dans un redéploiement moderne de cette question qui a disparu des classifications internationales. Ce débat aurait pu masquer la question de fond qui nous est posé en tant qu'expert : l'état du patient est-il compatible avec la poursuite du service ? Dans le cas de M. D., nous avons estimé que le fait de permettre au patient de reprendre le service ne lui serait pas bénéfique et risquerait au contraire de l'entraîner dans une escalade de passages à l'acte qui créerait un péril au niveau individuel mais aussi groupal.

Sur le plan psychopathologique, ce patient laisse entrevoir que son adaptation à l'institution militaire n'est pas aussi conforme à ce qu'il pourrait le souhaiter. Le symptôme « infestation » peut servir à remplir une vie pauvre du point de vue affectif, rythmée par les rendez-vous médicaux. Ce symptôme peut aussi lui permettre de justifier son absence de progression au sein de la Légion et faire l'économie d'une remise en question de ses capacités personnelles. Le « choix » inconscient de la parasitose est probablement lié à ses origines, le patient expliquant avoir été élevé dans un milieu très pauvre où il côtoyait saleté et vermine. Le syndrome d'Ekbom sert ici de masque à la perte de l'idéal, dans un contexte de conflit psychique entre un idéal professionnel qui lui a permis de progresser socialement par rapport à sa famille et un quotidien fait de vécus d'humiliation et de renoncement. Il est moins douloureux de se vivre malade d'une parasitose que de se vivre déprimé. Le renoncement au symptôme « infestation » exposerait le patient à une décompensation dépressive grave avec risque majeur de passage à l'acte.

L'étude de ce cas clinique montre l'échec d'une prise en charge initiée sous le sceau du malentendu, d'un jeu de dupes mobilisant plusieurs spécialistes qui cependant restent dans l'incapacité d'apporter une réponse au patient. Que ce soient les chirurgiens, les rééducateurs ou les psychiatres, aucun médecin n'a permis aux symptômes de s'amender. Cette dynamique de « renvoi de la balle » est classique dans la prise en charge des patients souffrant d'un syndrome d'Ekbom, les somaticiens étant assez rapidement convaincus de l'origine psychogène des troubles et renvoyant le patient vers le psychiatre avec comme adresse « prise en charge des répercussions psychiques d'une pathologie invalidante ». Les patients souffrant d'un délire parasitaire ne s'estiment pas fous puisqu'ils sont dans le déni de l'origine psychique du trouble. Pourtant, ils sont rarement dupes d'une orientation vers la psychiatrie.

Depuis sa réforme, ce patient n'a pas réitéré de passage à l'acte.

Conclusion

Le syndrome d'Ekbom demeure une entité nosologique difficile à classer. Il reste en l'état au stade de syndrome pour lequel il faut rechercher les causes étiopathogéniques, somatiques parfois et psychiques toujours. Il met en exergue une tendance actuelle de la médecine qui s'épuise dans une clinique de la preuve, fonctionnant en miroir des patients souffrant ici en l'occurrence d'un délire parasitaire. Si les patients atteints de syndrome d'Ekbom sont pris dans le « signe de la boîte d'allumette », nous remarquons que les médecins peuvent être pris au travers de leur quête diagnostique dans le signe de « la boîte nosologique ». Ne serait-ce pas un signe positif du syndrome d'Ekbom ?

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ekbom KA. Der praesenile dermatozoenwahn. Acta psychiat Neurol Scandinavia 1938; 13: 227-59.
2. Thibierge G. Les acarophobes. Revue Générale de clinique et de thérapeutique 1894; 32: 373-6.
3. Perrin L. Des nevrodermies parasitophobiques. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1896, 7: 129-38.
4. Wilson JW, Miller HE. Delusion of parasitosis. Arch Dermatol 1946; 54: 39-56.
5. Enoch D, Ball H. Uncommon psychiatric syndroms. London: Arnold: 2001.
6. Bourgeois ML. Les délires d'infestation cutanée parasitaire, syndrome d'Ekbom ; Ann Méd Psychol 2011; 169: 143-8.
7. Ey H. Les hallucinations tactiles. Traité des hallucinations, 2 vol. Paris : Masson ; 1973 :233-48.
8. Organisation mondiale de la santé (OMS). Classification internationale des maladies, 10e éd (CIM-10). Liège: Edition Masson; 1997 : 226p.
9. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition révisé (DSM IV-TR). Paris: Masson, 2004: 1065 p.
10. Murray W. Delusional parasitosis. Clinical Microbiology Newsletter 2004; 26: 73-7.
11. Edlich R, Cross C, Wack C, Long W. Delusions of parasitosis. American Journal of Emergency Medicine 2009; 27: 997-9.
12. Ait-Ameur A, et al. Les délires de parasitose ou syndrome d'Ekbom ; Rev Méd Interne 2000 ; 21 : 182-6.
13. Foster A. Hylwa S, Bury J, Davis M, Pittelkow M, Bostwick M. Delusional infestation: Clinical presentation in 147 patients seen at Mayo Clinic. J Am Acad Dermatol, octobre 2012; 67(4):673.e1-673.e10.
14. Friedmann, et al. Delusional parasitosis presenting as folie à trois : sucsessfull treatment with risperidone. Br J Dermatol 2006; 155: 841-2.
15. Lyell A. Delusions of parasitosis. Br J Dermatol 1983; 108: 485-99.

16. Driscoll MS, et al. Delusional parasitosis: a dermatologic, psychiatric and pharmacologic approach; J AM Acad Dermat 1993; 29: 1023-33.
17. Sandoz A, LoPiccolo M, Kusnir D, Tausk FA. A clinical paradigm of delusions of parasitosis. J Am Acad Dermatol 2008; 59: 698-704.
18. Bourgeois ML, et al. Delusional parasitosis: folie à deux and attempted murder of a family doctor. Br J Psychiatry 1992; 161: 709-11.
19. Benattar B, et al. À propos du syndrome d'Ekbom ; Annales Médico Psychologiques 2004; 162: 755-61.
20. Boggild AK, et al. Delusional parasitosis: six-year experience with 23 consecutive cases at an academic medical center. International Journal of Infectious Diseases 2010; 14: e317–e321.
21. Bhatia MS, Jhanjee A, Srivastava S. Delusional infestation: A clinical profile. Asian Journal of Psychiatry, In press 2012.
22. Skott A. Delusion of infestation, Dermatozoenwahn. Ekbom's syndrome. Report from the psychiatrist research center. Goteborg ; 1978.
23. Trabert W. 100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1 223 cas reports. Psychopathology 1995; 28: 238-46.
24. Paul F. Le syndrome d'Ekbom : l'impasse entre soins somatiques et soins psychiatriques. Communication du 15 juin 2011 devant la Société de psychiatrie du Sud-Est.
25. Mac Namara ED. Note on cutaneous and visual hallucinations in the chronic hallucinatory psychosis. Lancet 1928; 807-8.
26. Giboin C, Mantelet S. Le syndrome d'Ekbom. Ann Med Psychol 1998; 156: 649-58.
27. Berrios GE. Delusional parasitosis and physical disease. Compr Psychiatry 1985; 26: 395-403.
28. Graux J, Lemoine M, Gaillard P, Camus V. Les cénesthopathies: un trouble des émotions d'arrière plan. Regards croisés des sciences cognitives et de la phénoménologie. L'Encéphale 2011; 37: 361-70.
29. Hylwa S, Foster A, Bury J, Davis M, Pittelkow M, Bostwsick. Delusional infestation is typically comorbid with other psychiatric diagnoses: review of 54 patients receiving psychiatric evaluation at Mayo Clinic. Psychosomatics 2012; 53: 258-65.
30. Reichenberg J, Magid M, Jesser C, Hall C. Patients labeled with delusions of parasitosis compose a heterogenous group: A retrospective study from a referral center. J Am Acad Dermatol, In press 2012.
31. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. Clin Exp Dermatol 2008; 33(2): 113-7.
32. Lepping P, Russell I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic review. Br J Psychiatry 2007;191:198-205.
33. Geoffroy PA, et al. Corrélats anatomofonctionnels du syndrome d'Ekbom. PresseMed 2012, doi: 10.1016/ j.lpm.2012.01.029.
34. Oruc L, Bell P. Multiple rape trauma followed by delusional parasitosis. A case report from the Bosnian war. Schizophrenia Research 1995; 16: 173-4.