

LE DELIRE D'INFESTATION OU SYNDROME D'EKBOM : *Actualisation des connaissances et presentation d'une vignette clinique*

YKHLEF M.

Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine.

E-mail: yakhlef@yahoo.fr

RÉSUMÉ:

Le délire d'infestation, ou syndrome d'Ekbom ou délire de parasitose, est une pathologie rare caractérisée par la conviction inébranlable que de petits animaux grouillent sous la peau, il est aux frontières nosographiques floues, invitant souvent les somaticiens et les psychiatres à travailler en étroite collaboration. Il touche le plus souvent des personnes âgées vivant seules dans des conditions matérielles précaires. Le plus souvent de sexe féminin. Ce délire aboutit à des lésions de grattage pouvant être graves, mais sans aucune étiologie organique. A partir d'un cas clinique et de sa prise en charge thérapeutique nous avons cherché à affiner nos connaissances sur ce trouble afin d'en dégager la principale problématique.

Mots clés : Délire d'infestation ou syndrome d'Ekbom, Pathologie rare, Lésions de grattage.

ABSTRACT : *DELUSION OF INFESTATION, OR EKBOM SYNDROME : updating of knowledge and representation of a clinical vignette.*

Delirium of infestation, or Ekbom syndrome or parasitic delirium, is a rare pathology characterized by the un wavering conviction that small animals crawl under the skin, it is at fuzzy nosographic borders, often inviting Somaticians and psychiatrists to work closely to gether. It most often affects elderly people living alone in precarious material conditions. Most often of the female sex. This delirium results in scratching lesions that can be severe, but without any organic etiology. On the basis of a clinical case and its therapeutic management, we sought to refine our knowledge of this disorder in order to identify the main problem

Key words : Delusions of infestation or Ekbom syndrome, Rare pathology, Scratching lesions.

INTRODUCTION

La peau est un organe sensoriel extrêmement diversifié, qui dérive comme le cerveau de l'ectoderme, elle représente l'organe le plus volumineux du corps humain, elle joue un rôle protecteur de l'organisme.

C'est une interface dans la vie de relation ; elle réagit aux agressions physiques ou psychiques, elle exprime les sentiments, les émotions, les conflits psychiques, qui peuvent être révélés, par une pâleur, un érythème, une érection des follicules pilosébacés, une sudation excessive. Ces relations entre la peau et le psychisme expliquent les liens de comorbidité entre la psychiatrie et la dermatologie.

On peut souligner le rôle souvent évoqué de facteurs psychologiques, comme le stress ou les traits de personnalité des patients, dans le déclenchement et/ou l'évolution de nombreuses dermatoses, souvent étiquetées comme « psychosomatiques » : l'acné, l'hyperhidrose idiopathique, la pelade, le psoriasis...

Certains troubles du comportement s'expriment clairement par la peau ou les phanères, comme : la pathomimie, la trichotillomanie, l'onychotillomanie, l'onychophagie, le mordillement des lèvres.

Le Délire d'Infestation cutanée, ou syndrome d'Ekbom, mérite d'être étudié. Cette pathologie psychiatrique est rarement prise en charge par les psychiatres, mais très souvent prise par les dermatologues.

ÉVOLUTION DES CONCEPTS

En 1894, le dermatologue Georges Thibierge réalise la première description médicale d'un tableau clinique de syndrome de délire d'infestation [1].

En 1923, Giacardy est le premier à décrire l'induction de la croyance délirante chez une autre personne (croyance délirante partagée dans un couple) [2].

En 1938, le neuropsychiatre suédois Karl Axel Ekbom, décrit un délire d'infestation présénile chez 22 patients. S'agissant essentiellement de femmes âgées avec pour caractéristiques majeures, un prurit et un délire monothématique interprétatif de parasitisme exogène, l'hypothèse explicative invoquait le vieillissement de la peau et du système nerveux central. Il propose le concept de « syndrome cérébral présénile » et considère que les symptômes du délire d'infestation résultent d'un prurit présénile, avec des perceptions réelles, interprétées d'une manière délirante (illusions tactiles) [3].

En 1940 Wilson et Miller parlent de « délire de parasitose ». Ils ont décrit quatre étiologies (intoxication, schizophrénie, dépression de la personne âgée et troubles délirants/paranoïaques) [4]. Hubert Harbauer, est le premier à utiliser la thérapie par électrochocs (ECT) avec succès chez deux patients présentant des symptômes du délire d'infestation, et souffrant de dépression psychotique [5].

En 1950, apparaissent les premières publications basées sur des échantillons plus grands. Huber de Bonn, un autre élève de Kurt Schneider, comprend le délire d'infestation comme appartenant au sous-type cénesthésique de schizophrénie paranoïde qu'il a décrit [6].

En 1978, Annika Skott réalise une première étude innovante, incluant des électroencéphalogrammes et la génétique familiale des patients atteints du délire d'infestation. On notait des antécédents de déménagement. Le traitement reposait le plus souvent sur la prescription de pimozide [7].

En 1980, Alistair Munro rattache les symptômes du délire d'infestation à un groupe de troubles psychotiques rassemblés sous le concept de « psychose monosymptomatique hypocondriaque ». La psychose hypocondriaque monosymptomatique

pouvait avoir d'autres thèmes : idée délirante d'avoir une mauvaise odeur (mauvaise haleine ou odeur corporelle), idée de laid ou de difformité, idée d'être atteint de la rage, etc. [8].

En 1990, l'éventuelle supériorité du pimozide sur d'autres antipsychotiques dans le traitement des délires d'infestations est l'objet d'une étude en Inde, qui montre une réponse tout aussi bonne avec les antipsychotiques classiques [9].

Depuis l'an 2000, les travaux de deux psychiatres, Peter Lepping et Roland W. Freudenmann, sont d'une aide importante dans la compréhension de cette pathologie.

Ces deux auteurs proposent en 2009, une large revue de la littérature et des études réalisées par des spécialistes de toutes nationalités [10]. Ce sont eux qui proposent le terme de « délire d'infestation ».

EPIDEMIOLOGIE

1. Prévalence et incidence

On manque de données fiables sur l'épidémiologie du délire d'infestation pour la plupart des pays.

2. Sex-ratio

La majorité des études ont révélé qu'il y a plus de femmes que d'hommes qui présentent un délire d'infestation. Dans de grands échantillons, le ratio est habituellement d'environ 2,5 pour 1 [10]. Il a été calculé à 2.36 pour 1 dans la plus grande méta-analyse, avec 1196 cas [11].

3. Age de début

Le délire d'infestation touche en général les personnes d'âge moyen et les personnes âgées. L'âge moyen lors de la présentation clinique était 57.02 ($\pm$ 14,6) ans, selon la méta-analyse de Trabert [11]. Il était de 60 ans dans sa propre étude épidémiologique [11].

CLINIQUE

1. Critères diagnostiques

- Conviction d'être infesté par des pathogènes sans preuve médicale ou microbiologique, avec une croyance allant d'une idée exacerbée à une idée fixe, voire inébranlable.

L'idée de l'infestation peut aussi faire partie du tableau clinique d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique [12].

- Sensations tactiles anormales.

Symptômes additionnels facultatifs :

* Symptômes d'ordre psychotique ou non, incluant hallucination visuelle, illusions habitat : la peau et toutes les parties du corps.

* Durée : typiquement mois ou années (chronique), allant de quelques minutes à des années.

2. Profils typiques selon Lepping et Freudenmann

- Femme d'âge moyen à mûr ayant peu de contacts sociaux, sans histoire psychiatrique personnelle, avec des fonctions cognitives et sociales normales (délire d'infestation primaire).

- Patient âgé multimorbide avec démence et troubles sensoriels (vision, audition) vivant en institution et développant un délire d'infestation parallèlement à un délire de persécution (délire d'infestation secondaire à une démence).

- Patient âgé présentant une atrophie corticale et une encéphalopathie vasculaire (délire d'infestation secondaire à une atteinte cérébrale) [10].

- Jeune homme présentant un délire d'infestation brutal après intoxication par THC, amphétamines, ou cocaïne. Les questions à se poser subtilement devant un tableau complexe mêlant abus de substance, symptômes psychotiques et troubles de l'humeur [13].

3. Pathogènes imaginaires décrits par les patients

Les espèces sont variées et évoluent dans le temps. Il y a de moins en moins d'insectes, de plus en plus de « non insectes », et pathogènes inanimés avec l'apparition du phénomène de Morgellons qui augmente en fréquence depuis 2002. On retrouve des insectes, vers, bactéries, champignons, mais aussi matériel inanimé (pigment, fibre, sable).

Leur couleur est variable, souvent blanc, noir ou gris, parfois couleur de la peau ou caméléon qui change de couleur de rouge à vert.

Le mode de contagion est supposé humain (50%), via les plantes, animaux, ou l'environnement...

La localisation concerne essentiellement les mains, bras, haut du dos, parties génitales, pieds, jambes, scalp, orifices, tube digestif et yeux. Au niveau cutané, c'est plus souvent sur la peau dans les délires d'infestations secondaires à une schizophrénie, plutôt sous ou dans la peau pour les délires d'infestations primaires, et plutôt dans le corps pour les atteintes cérébrales [10].

4. Particularités cliniques

Fréquemment, les patients pensent leur entourage et leur environnement et animaux infestés par la contagion si eux sont les porteurs primaires. Si l'entourage le croit aussi, il s'agit d'un délire partagé.

Les patients effectuent des recherches dont émanent des théories. Il s'agit de pseudo essais scientifiques. Ils observent leur environnement avec des instruments, prennent des photos, cherchent des preuves à ramener pour investigations plus poussées. L'observation poussée des patients les amène à donner des détails sur les pathogènes, d'où la description des phénomènes ressentis comme faisant partie du cycle d'évolution du pathogène [10].

5. Signe du spécimen (ex « signe de la boîte d'allumettes »)

C'est un signe caractéristique. Il s'agit de la « preuve » (squames, insectes, fibres, etc...) amenée dans un récipient quelconque ou photo ou film. Ni spécifique ni sensible, le signe est variable, il permet le diagnostic du délire d'infestation.

6. Nettoyage, autothérapie, blessures

Pour se débarrasser des pathogènes, les patients utilisent de nombreux moyens dangereux et invasifs : extraction au scalpel, arrachement de la peau, nettoyage avec des produits corrosifs (Javel...). Les patients cherchent des solutions par eux-mêmes [10].

7. Autres conséquences dangereuses

D'autres conséquences peuvent survenir : incendie, fugue, dépression secondaire, suicide, actes de colère avec agitation, agressivité, voire actes médico-légaux, dépenses inconsidérées (produits, médecins) [10].

8. Trouble psychotique partagé

On estime la fréquence du délire d'infestation partagé à 14,4% dans une étude sur 449 cas [11]. De nombreux « case reports » rapportent l'atteinte de personnes proches, parfois toute la famille.

CLASSIFICATIONS ET TYPES DU DELIRE D'INFESTATION

1. Classification

La nosologie et la classification sont controversées depuis sa première description. Le délire d'infestation était d'abord considéré comme présénile et organique alors que d'autres le voyaient dans le spectre des troubles de l'humeur, de la schi-

zophrénie ou encore de la paranoïa. Dans le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [14], le délire d'infestation n'est pas référé à un diagnostic se trouve classé dans les « troubles délirants persistants ».

Dans l'International Classification of Diseases (ICD-10), version américaine, on repère « Persistent Delusional Disorder » et « delusion, parasitosis » > 3 mois

La Classification Internationale des Maladies (CIM-10) [15] propose la classification suivante :

F22 (code de classification dans la CIM-10) se sont des Troubles Délirants Persistants.

On classe le délire d'infestation en F22.9 Trouble délirant persistant, sans précision, puisqu'il ne s'agit pas des troubles précisés suivants : État paranoïaque, Paranoïa, Paraphrénie (tardive), Psychose paranoïaque, Délire de relation des sensitifs, Dysmorphophobie délirante, État paranoïaque d'involution, Paranoïa quérulente.

2. Types du délire d'infestation

Ganner et Lorenzi sont les premiers à distinguer une forme primaire et secondaire [27].

Secondaire, soit à une affection psychiatrique (schizophrénie, dépression), soit à une affection somatique, type neurologique (tumeur, encéphalopathie vasculaire), ou toute maladie prurigineuse (insuffisance rénale ou hépatique, cancer, diabète).

Primaire, il correspond au trouble délirant persistant type somatique, terme introduit par Skott selon le DSM-V [7].

2.1. Les « fourmillements », paresthésies

Le symptôme de sensation de « fourmis qui rampent sur la peau » est très fréquent et non spécifique et ne justifie pas un diagnostic du délire d'infestation.

On constate d'ailleurs une absence de croyance fixe d'être infesté. Les paresthésies peuvent être idiopathiques ou secondaires à un diagnostic neurologique sous-jacent comme la sclérose en plaques.

2.2. Les autres causes du prurit

Toutes les affections, occasionnant des démangeaisons ou un prurit chronique, appartiennent aux diagnostics différentiels :

- Le prurit sénile, fréquent chez les personnes âgées et sans symptômes psychotiques.

- Le prurit médicamenteux. La plupart des substances les plus fréquemment prescrites peuvent occasionner un prurit, des paresthésies, ou des effets dermatologiques nocifs.

2.3. Les affections cutanées « vraies »

Les patients atteints de la maladie de Grover ou de la gale, peuvent être diagnostiqués à tort pour un délire d'infestation.

En effet, la maladie de Grover peut présenter des sensations similaires à un délire d'infestation parce que les lésions primaires de la maladie sont de petite taille et prurigineuses, et le patient peut souvent avoir gratté toutes les lésions avant d'être évalué par le dermatologue.

2.4. Les causes systémiques, troubles biologiques et toxiques

Les autres diagnostics qui peuvent être considérés sont des causes systémiques.

- Les carences nutritionnelles, une carence en vitamine B12 et en acide folique, peuvent présenter des symptômes « DI-like ».

- Des troubles ou des maladies d'origine biologique ou toxique peuvent être à l'origine d'un délire d'infestation d'origine secondaire (affections médicales générales, les troubles cérébraux, les médicaments prescrits et les substances illicites).

2.5. Les états démentiels

Les patients atteints de démence type Alzheimer souffrent d'un trouble de la mémoire, global et progressif, de troubles cognitifs qui affectent les activités de la vie quotidienne. Dans tous les types de démence, des symptômes psychotiques divers peuvent se rencontrer : illusions, délires, hallucinations. Le sentiment d'être persécuté ou volé et les hallucinations visuelles sont courants. Dans certains cas, ces symptômes psychotiques comprennent le délire d'infestation et des sensations tactiles anormales. Il s'agit là d'une forme secondaire à une démence.

2.6. Les psychodermatoses

Deux types de troubles psychiatriques, qui diffèrent du délire d'infestation par l'absence de symptômes psychotiques.

- La Dermite Artefacta (ou eczéma factice).

Elle fait partie des troubles factices et peut également être «transmise» par procuration.

Le patient produit intentionnellement des lésions cutanées ou aggrave les lésions existantes.

- L'excoriation psychogène : les patients atteints de ce trouble créent des lésions cutanées, grattent et collectent leur peau, par des rituels stéréotypés («skin picking disorders», aussi appelée «Dermatotillomania»). Comme avec la dermatite factice, ils sont conscients de la nature auto-infligée des lésions. Par contre, ils ne tentent pas de feindre une pathologie dermatologique.

2.7. Les troubles psychiatriques distincts

Tous les troubles psychiatriques majeurs avec des délires centrés sur le corps, des hallucinations et des lésions cutanées auto-infligées sont des diagnostics différentiels importants et peuvent être une cause du délire d'infestation secondaire.

PATHOGENESE ET PHYSIOPATHOLOGIE

1. Psychopathologie

Dans la forme secondaire, le trouble sous-jacent peut être associé à des sensations tactiles ou des démangeaisons, interprétées d'une façon délirante [16].

La pathogénie est actuellement considérée comme multi-factorielle. Les facteurs envisagés tels que la génétique, les facteurs biologiques, les traits pré-morbides, les déclencheurs de courte durée et la vulnérabilité sociale sont connus des autres troubles psychotiques. Ils sont également discutés dans le cas du délire d'infestation.

2. Au niveau moléculaire

2.1. la génétique et l'hérédité

Une première étude [7] menée par Skott en 1978 sur l'histoire familiale a montré que les patients atteints du délire d'infestation ont des parents beaucoup plus touchés par un trouble psychiatrique (environ deux fois plus) que les témoins du groupe contrôle.

Serretti et al. ont montré en 2001 que les allèles longs du gène du récepteur de la dopamine D4 (DRD4) sont associés à la sévérité du délire dans les troubles psychotiques en général et plus spécifiquement, dans les troubles délirants [17].

2.2. le rôle du stress oxydatif cellulaire

En 2008, des auteurs ont affirmé dans une revue de neuropsychopharmacologie que le stress oxydatif était impliqué dans la pathogenèse de divers états pathologiques. Ils confirment le rôle du stress oxydatif dans divers troubles psychiatriques, le cerveau étant particulièrement vulnérable au dommage oxydatif. [18].

2.3. le rôle de la neurotransmission dopaminergique

La neurotransmission dopaminergique pourrait jouer le rôle étiologique le plus important dans le délire d'infestation comme

pour d'autres troubles psychotiques et délirants. La voie dopaminergique méso-corticale se termine dans le cortex frontal médian, celle-ci peut être impliquée dans la génération de fausses croyances.

En outre, les substances anti-dopaminergiques comme les anti-psychotiques sont efficaces pour la majorité des patients atteints du délire d'infestation [19].

3. Au niveau macro-anatomique

Huit cas ont été étudiés par différents auteurs [10]. Une atrophie corticale était présente dans six des huit cas, alors qu'une atrophie sous-corticale avec dilatation du troisième ventricule a été observée dans six cas et une atrophie sub-corticale avec dilatation des ventricules latéraux a été observée dans quatre cas. La découverte de lésions striales peut orienter vers l'hypothèse d'un dysfonctionnement de la « boucle somatique » (la boucle striato-thalamo-corticale) et pourrait indiquer un dysfonctionnement dopaminergique.

4. Le développement neuro-comportemental

4.1. le modèle cognitif

Dans le délire d'infestation primaire, la croyance d'être infesté survient de façon inattendue, à un moment précis dans le temps, sans antécédent de sensation anormale ou de sensation tactile anormale.

Elle est faussement attribuée une infestation dans un contexte probable de vulnérabilité biopsychosociale à développer une maladie psychiatrique.

Comme pour d'autres maladies mentales graves, un stress aigu ou chronique intense, un événement de la vie dramatique ou la fréquentation de quelqu'un présentant des démangeaisons parlant d'une maladie infectieuse peuvent déclencher un épisode du délire d'infestation.

4.2. les caractéristiques pré-morbides

Certains facteurs prémorbides ont été rapportés [10] :

- Des traits de personnalité obsessionnelle/compulsive pré existants ont été retrouvés chez environ 50% des patients atteints du délire d'infestation, suggérant une vulnérabilité pour le développement du délire d'infestation [20].

- Un autre facteur prédisposant fréquemment rencontré semble être l'isolement social.- Des maladies de la peau ou des réelles infections : chez le patient, des personnes contact, ou des animaux ont été trouvés dans certains cas, par exemple la gale [1,21], ou la syphilis avait précédé le délire [3].

- Les déficits sensoriels tels que les troubles de la vision ou de l'ouïe [10].

Le délire d'infestation est rare, les psychiatres le rencontrent moins souvent. Par contre, les dermatologues et microbiologistes questionnent la fréquence de ce trouble. Environ 90% des patients atteints du délire d'infestation consultent en dermatologie [22].

La prédominance féminine à partir de l'âge mûr pourrait en partie s'expliquer par la xérose cutanée post-ménopausique.

PRISE EN CHARGE

Dans la grande majorité des cas, la prise en charge ne conduit pas à une hospitalisation, que ce soit en dermatologie ou en psychiatrie, elle s'effectue en ambulatoire.

Le risque doit être évalué notamment dans la dépression réactionnelle sévère, les conduites dangereuses d'auto-thérapies avec complications cutanéomuqueuses (plaies, brûlures) et les surinfections.

Pour Trabert, seulement 9% des patients atteints du délire d'infestation mixte présentent une réponse complète au traitement psychiatrique [23].

Les antipsychotiques représentent le traitement le plus approprié dans les délires d'infestations, en particulier dans sa forme primaire.

Freudenmann et Lepping ont montré l'efficacité des antipsychotiques typiques et atypiques [10] dans les délires d'infestation cutanée. Les résultats sont hétérogènes.

1. Les psychotropes

* Les antipsychotiques typiques : exemple du PIMOZIDE

C'est un bloqueur des récepteurs dopaminergiques D2 par excellence. Il bloque également les récepteurs D1, D3 et D4, ainsi que les récepteurs sérotoninergiques 5-HT_{2A}, impliqués dans les effets antipsychotiques.

Il a également des propriétés antagonistes sur les récepteurs opiacés qui ont été associés à ses éventuels effets antiprurigineux et comme une explication de ses effets particuliers sur les délires d'infestations [24].

Sa faible affinité pour les récepteurs histaminiques H1 explique pourquoi ce médicament provoque peu ou pas de sédation. Les effets anticholinergiques sont rares.

Le pimozide n'est plus un antipsychotique de première ligne pour des raisons de sécurité des médicaments, selon les autorités de la FDA et d'autres. Le risque élevé d'un allongement du QTc et d'interactions médicamenteuses au niveau hépatique (principalement par le CYP 3A4) en sont les principaux arguments.

Les puissants inhibiteurs de la CYP 3A4 peuvent provoquer des concentrations plasmatiques élevées et augmenter la toxicité du pimozide, par exemple, en provoquant un allongement de l'intervalle QTc.

* Les antipsychotiques atypiques

Les antipsychotiques atypiques y compris l'olanzapine, la sertindole, la quétiapine, l'amisulpride, la ziprasidone [19], l'aripiprazole, et la palipéridone sont utilisées, en cas du délire d'infestation primaire ou secondaire [10].

La rispéridone et l'olanzapine sont les antipsychotiques atypiques les plus largement utilisés. La rispéridone a été utile dans 24 des 35 cas (69% de rémission partielle ou complète), et l'olanzapine a été utile dans 13 des 18 cas (72%). La rispéridone a été particulièrement efficace et a obtenu davantage de rémissions complètes que partielles dans la forme secondaire que dans le cas des délires d'infestations primaires.

En pratique, la rispéridone et l'olanzapine sont les solutions privilégiées [13]. La rispéridone est souvent initiée à 0,5 mg le soir, car elle peut être sédative. Ensuite, la dose peut être augmentée de 0,5 mg toutes les 2-4 semaines pour obtenir une dose allant de 1 à 3 mg/j.

L'olanzapine peut être démarrée à 2,5 mg par jour, et atteindre très progressivement une dose thérapeutique de 5-10 mg par jour.

2. Antidépresseurs

Selon les Guidelines actuelles, ils sont le traitement de choix en cas de forme secondaire à un épisode dépressif majeur. Ils peuvent également être nécessaires en cas de symptômes dépressifs au sein d'un délire d'infestation primaire.

Certains auteurs prescrivent d'abord les antidépresseurs seuls pendant 6 à 8 semaines et, en cas d'échec seulement, y associent un neuroleptique. D'autres ont une démarche inverse. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont habituellement les agents de première ligne. Parmi ceux-ci, l'escitalopram et la sertraline sont associées au plus faible risque d'interactions hépatiques avec un traitement antipsychotique concomitant, et à une meilleure acceptabilité. L'escitalopram comporte un risque d'allongement du QT non négligeable.

3. Les thérapies psychiatriques non pharmacologiques

Les psychothérapies peuvent s'avérer d'usage limité pour ces patients dont le trouble sous-jacent s'appuie sur des mécanismes psychotiques.

Certains auteurs ont utilisé une psychothérapie de soutien. L'électroconvulsivothérapie (ECT) :

L'approche non pharmacologique la plus intéressante serait l'ECT. Néanmoins, elle ne peut être considérée que comme un traitement de deuxième ou troisième ligne, en cas de pharmacorésistance. [10,21].

L'ECT pourrait donc être une option de traitement, en particulier en cas du délire d'infestation secondaires à la dépression pharmacorésistante et chez les personnes âgées.

VIGNETTE CLINIQUE

Il s'agit de Mme. RD âgée de 71 ans, originaire et demeurant à l'Est du pays, mariée et mère de 5 enfants, jamais scolarisée, sans profession, qui a consulté à notre niveau pour une symptomatologie délirante et une forte angoisse.

- De ses antécédents personnels, on retient :

Nous avons trouvé dans les antécédents médico-chirurgicaux :

* *Un diabète insulinodépendant compliqué de rétinopathie, ayant subi plusieurs séances de Laser.*

* *Une HTA non compliquée : elle reçoit une monothérapie à base d'antihypertenseurs*

* *La patiente a subi une thyroïdectomie totale en 2010, il y a dix ans, depuis elle est mise sous le levothyrox, ce dernier est préconisé à vie.*

- De sa biographie on retient :

Elle vit dans des conditions socioéconomiques moyennes.

N'a jamais été scolarisée. Mère de 5 enfants.

- De l'histoire de la maladie on retient :

Le début des troubles semble remonter à 2 ans, suite à des séances de Laser, pour sa rétinopathie, marqué par des grattages intenses au niveau des avant-bras, jusqu'à provoquer des lésions dermatologiques réplétives et invalidantes, ce qui a justifié une consultation en dermatologie, puis une deuxième consultation dans la même spécialité, cette fois-ci, en Tunisie et enfin un troisième avis de dermatologie, au niveau de notre institution, d'où son orientation en psychiatrie par notre confrère le dermatologue.

Le premier contact, en soin psychiatrique, fut au mois avril 2019. Elle était mise sous Athymil 30 mg, sans résultat, revue une seconde fois en mois d'octobre 2019, cette fois un antipsychotique atypique est instauré, il est à base de rispéridone 2 mg, les résultats étaient meilleurs avec un amendement des idées délirantes d'infestations, lors de son contrôle en janvier 2020. Le suivi est régulier jusqu'à aujourd'hui.

Examen mental

Sur le plan psychiatrique, la patiente est calme et coopérante. Sa tenue corporo-vestimentaire correcte. Son visage est ouvert éprouvant une vive inquiétude. Sa thymie est légèrement affaiblie. Sa mimique est anxieuse, la patiente est irritable.

Le discours est clair, émis à débit normal et à voix audible rapporte spontanément un délire d'infestation « j'ai sous la peau des parasites qui me dévorent », « ils veulent me rendre folle » à mécanisme interprétatif, recruté au fur et à mesure de l'entretien, ce délire est ponctué de nombreuses allusions à des preuves « je l'ai montré à mes enfants » avec une sensation de grouillement sous la peau, voit des insectes microscopiques sur la peau tout en exhibant les zones d'érosion cutanée. Elle ne verbalise pas de troubles perceptifs, ce jour.

Elle présente une insomnie d'endormissement. Elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace.

DISCUSSION

Le délire de notre patiente s'est installé dans les suites des séances au Laser pour les complications de son diabète. Plusieurs auteurs rapportent la notion d'installation du syndrome d'Ekbom suite un événement précis : une affection dermatologique, un bouleversement dans la vie du sujet, etc. [25]. L'isolement social favorise l'éclosion de ce syndrome [11]. L'adhésion au délire est totale. La réaction du patient à ce délire est faite d'une démangeaison intense, avec pour conséquences des grattages itératifs et intenses.

Le «*match box sign*» est le signe caractéristique d'une preuve, apporté au médecin traitant. L'évolution est chronique, avec des rémissions temporaires sous traitement.

1. Démarche psychopathologique et clinique

La peau, cette enveloppe charnière, assurant la protection ; tant physique que psychologique de la personne, c'est un organe de relation par excellence avec autrui. Chez le sujet âgé, le vieillissement représente sur le plan fantasmatique inconscient une perte d'objet. La perception du parasite peut représenter la récupération symbolique de l'objet perdu, la peau en l'occurrence [16].

Le vieillissement de la peau, rappelle souvent le rapprochement de la mort et risque d'alimenter une angoisse importante et profonde, vécue parfois sur un mode de morcellement. La vulnérabilité conséquente peut être exprimée de façon transposée, aboutissant au discours délirant [26]. D'un autre point de vue, ce parasite dévorant et donc dangereux peut représenter une punition implacable, un maléfice, qui doit conduire à la pourriture [25], le prurit et le grattage ont été aussi interprétés comme signe d'une culpabilité et d'un mécanisme punitif [12]. Dans le cas de notre patiente qui présente un prurit avec sensations anormales sous la peau, des parasites, pour lesquelles elle suspecte une infestation dermatologique type parasitaire. Elle a déjà consulté plusieurs spécialistes. Elle demande une réponse médicale de manière urgente.

Cette démarche amène à conclure à un délire d'infestation primaire.

Cette forme clinique est différente d'un délire hypocondriaque «*estimation péjorative de l'état d'intégrité ou de santé du corps*» [27].

2. Démarche thérapeutique

Le premier temps de la prise en charge est le plus souvent dermatologique, pour traiter les lésions cutanées. Parfois, un traitement antiparasitaire pourra être proposé pour faciliter la prise en charge psychiatrique [13]. Une attitude empathique avec une écoute bienveillante permet d'établir une relation de confiance avec la patiente. Le traitement psychiatrique est essentiellement basé sur la prescription des antipsychotiques atypiques qui sont mieux tolérés. Une coprescription d'antihistaminique peut permettre la réduction des démangeaisons, de l'anxiété, et une certaine sédation.

Lorsqu'un état dépressif est repérable, ce qui est loin d'être rare, un antidépresseur pourra être associé.

Enfin, un soutien psychothérapique est fondamental, permettant un accompagnement psychologique de la patiente.

Le suivi pluridisciplinaire (dermatologue, psychiatre) incluant les consultations, le traitement par rispéridone et la prise en charge de l'entourage ont montré une efficacité partielle, mais encourageante.

CONCLUSION

Les délires d'infestation se définissent par une croyance fixe d'être infesté par des organismes vivants ou non vivants en l'absence de preuves médicales. Il faut toujours exclure les infestations réelles d'abord, via un examen par un dermatologue ou un spécialiste des maladies infectieuses, et des tests appropriés. C'est l'interdisciplinarité qui permet actuellement le mieux de répondre au besoin de prise en charge conjointe. Il existe plusieurs façons de travailler ensemble : réseau ciblé entre spécialités concernées, liens avec le médecin généraliste, entourage, psychiatrie de liaison, cliniques spécialisées en dermato-psychiatrie, formations conjointes...

DATE D'ENVOI : 05/03/2021.

DATE D'ACCEPTATION : 25/12/2021.

DATE DE PUBLICATION : 28/06/2022.

RÉFÉRENCE

1. **Musalek M, Bach M, Passweg V, and Jaeger S.** The position of delusional parasitosis in psychiatrics and classification. *Psychopathology*. 1990; 23: 115-124.
2. **Giaccardi P.** Un cas d'acarophobie familiale. *J Med Bordeaux*. 1923; 53: 479-480.
3. **Von Ekbom K.** Der präsenile dermatozoenwahn. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1938; 13: 227-259.
4. **Wilson JW and Miller HE.** Delusion of parasitosis (acarophobia). *Archives of Dermatology and Syphilology*. 1946; 54: 39-56.
5. **Harbauer H.** Delusion Syndrome. *Nervenarzt*. 1949; 20: 254-258.
6. **Huber C.** Delusional parasitosis: a till today not sufficiently known psychiatric syndrome. *Psiquiatria biológica (Belo Horizonte)*. 1997; 5: 105-115.
7. **Skott A.** Delusions of infestation : Dermatozoenwahn-Ekbom's syndrome, 1978.
8. **Munro A.** Monosymptomatic hypochondria cal psychosis. *Br J Hosp Med*. 1980; 24: 34-38, 1980.
9. **Srinivasan T, Suresh T, Jayaram V, and Fernandez M.** Nature and treatment of delusional parasitosis: a different experience in India. *International Journal of Dermatology*. 1994; 33: 851-855.
10. **Freudenmann RW and Lepping P.** Delusional infestation. *Clinical microbiology reviews*. 2009; 22: 690-732.
11. **Trabert W.** 100 years of delusional parasitosis. *Psychopathology*. 1995; 28: 238-246.
12. **Bourgeois ML.** Les délires d'infestation cutanée parasitaire. Syndrome d'Ekbom in *Annales Médico-psychologiques. Revue Psychiatrique*. 2011: 143-148.
13. **Berhili N, Bout A, Hlal H, Aarab C, Aalouane R, and Rammouz I.** Considérations nosographiques sur le délire d'infestation parasitaire à travers trois observations cliniques. *Pan African Medical Journal*. 2016; 24.
14. **A.P. Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) : American Psychiatric Pub. 2013.
15. **Schulz P.** Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10. 2016; 3 : De Boeck Supérieur.
16. **Faure H, Berchtold R, and Ebtinger R.** Parasitic diseases causing delusional states; relations between delusions due to internal parasitic infections, Ekbom's dermatozoic delusions, hallucinatory obsessions due to parasites & tactile hallucinations of Bers & Conrad. *L'évolution Psychiatrique*. 1957: 357.
17. **Serretti A, Lilli R, Lorenzi C, Lattuada E, and Smeraldi E.**

DRD4 exon 3 variant associated with delusional symptomatology in major psychoses : a study on 2011 affected subjects. American Journal of Medical Genetics. 2001; 105: 283-290.

18. Ng F, Berk M, Dean O, and Bush AI. Oxidative stress in psychiatric disorders: evidence base and therapeutic implications. International Journal of Neuropsychopharmacology. 2008; 11: 851-876.

19. Freudenmann RW and Lepping P. Second-generation antipsychotics in primary and secondary delusional parasitosis: outcome and efficacy. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2008; 28: 500-508.

20. Hoffmann S. Retrogression of the so-called dermatozo on delusion following pacemaker implantation. Problem of symptomatic psychoses in heart diseases. Der Nervenarzt. 1973; 44: 48.

21. Kölle M, Lepping P, Kassubek J, Schönfeldt-Lecuona C, and Freudenmann R. Delusional infestation induced by piribedil add-on in Parkinson's disease. Pharmacopsychiatry. 2010; 43: 240-242.

22. Wykoff RF. Delusions of parasitosis: are view. Reviews of Infectious Diseases. 1987; 9: 433-437.

23. Trabert W. Delusional parasitosis. Studies on frequency, classification and prognosis. Dissertation. Universität des Saarlandes, Homburg/Saar, Germany. (In German). 1993.

24. Lorenzo CR and Koo J. Pimozide in dermatologic practice. American Journal of Clinical Dermatology. 2004; 5: 339-349.

25. Le Roux A, Benattar B, Van Amerongen P, Hanon C, and Pascal J. À propos du syndrome d'Ekbom. In Annales Médico-psychologiques. Revue Psychiatrique. 2004; 755-761.

26. Sizaret P. Les délires à ectoparasites de l'âge avancé. Syndrome d'Ekbom. 1976.

27. Ganner H, Lorenzi E. Delusions of skin infestations? Psychiatry Clinical. 1975; 8(1-2): 31-44.