



Cas clinique

Syndrome d'Ekbohm chez la race noire : 2 cas dans le service de psychiatrie de Toamasina Madagascar

Ekbohm syndrom in the black race: 2 cases reported in psychiatric unite care of Thomasina Madagascar

HH Ratobimanankasina^{*1}, EN Raobelle², S Randriambololona³, BH Rajaonarison², A Raharivelo³

Résumé

Nous étions fascinés par la découverte fortuite de cas d'ectoparasitose délirante chronique dans la race noire, évoquant le syndrome d'Ekbohm, dans le service de Psychiatrie de Toamasina, Madagascar, une forme clinique particulière de la Psychose Hallucinatoire Chronique. Nous allons ainsi rapporter deux cas typiques de cette affection rare et relativement méconnue par la majorité de nos collègues médecins Malagasy. Le symptôme "infestation" servait, à nos patientes, à remplir une vie pauvre du point de vue affective. L'alliance thérapeutique a été mise en rude épreuve. Une dégradation de nos mœurs a été bien marquée (viols, abus, rejet des parents, ...) ce qui va amplifier les symptômes psychiatriques. Toutefois, les anciens neuroleptiques comme l'halopéridol avec une posologie inférieure à celle des occidentaux, arrivait à maîtriser l'état délirant chez les psychotiques dans un pays en développement comme le notre.

Mots-clés : Syndrome d'Ekbohm, désert affectif, Psychiatrie, Toamasina

Abstract

We were fascinated by the fortuitous discovery of cases of chronic delusional ectoparasitosis in the black race, evoking Ekbohm syndrome,

in the Department of Psychiatry in Toamasina, Madagascar, a particular clinical form of Hallucinatory Psychosis Chronic. We will thus report two typical cases of this rare and relatively unknown condition by the majority of our fellow Malagasy doctors. The symptom "infestation" served to our patients to fill a poor life from the point of emotional life. The therapeutic alliance has been put to the test. A deterioration of our mores has been marked (rape, abuse, rejection of parents, ...) which will amplify the psychiatric symptoms. However, ancient neuroleptics, such as haloperidol with a lower dosage than Westerners, managed to control the delusional state of psychotics in a developing country like ours.

Keywords: Ekbohm Syndrome, Emotional Desert, Psychiatry, Toamasina

Introduction

Souvent ancré à la mémoire commune malagasy comme lié à un mauvais sort jeté par une sorcière ou un vaudou, nous étions fascinés, lors de nos consultations psychiatriques en ambulatoire, par la découverte fortuite de cas d'ectoparasitose délirante chronique évoquant le syndrome d'Ekbohm. Nous

allons ainsi rapporter deux cas typiques de cette affection rare et relativement méconnue par la majorité de nos collègues.

Toutefois, l'absence de prise en charge adéquate de cette pathologie conduit inévitablement à un enkystement du délire dont l'automutilation du sujet, dans un but de pouvoir se défaire des parasites en constitue l'ultime complication.

L'objectif de notre étude est de dégager les spécificités cliniques et thérapeutiques de cette pathologie chez la race noire, et plus particulièrement à Madagascar.

Cas cliniques

Cas clinique N°1

Madame A., en provenance de Mananara-Nord, à 500 km de notre service de Psychiatrie, âgée de 44 ans, célibataire, sans enfant et vit seule.

Le début des troubles remonte il y a presque cinq ans mais les signes ont resurgi au décours d'un épisode de gastro-entérite apyrétique datant depuis quelques semaines. La patiente décrit une sensation réelle de bête au niveau du ventre qui suce le sang. Selon la patiente, cette bête "à crochets" provoque des "sensations de reptation et de grouillement intestinal". Cette bête "migre du ventre vers les membres supérieurs", "bouge et rampe dans les muscles" et "monte dans la tête".

Cet ectoparasite aurait "le pouvoir de pénétrer de l'extérieur de par les organes génitaux", de sorte que la patiente ait décidé de s'auto-protéger par insertion dans son vagin d'une figurine d'enfant qu'elle y avait laissé depuis un mois, en espérant à ne plus être pénétrée.

Les éléments biographiques de Mme A. laissent entrevoir une histoire personnelle et familiale traumatisante. Née d'une mère psychotique quasi-grabataire (qui fut plutôt prise en charge par des sœurs catholiques), son père les avait précocement abandonnés, elle avait été accueillie par une famille d'accueil. La patiente, atterrée, rapporte plusieurs abus sexuels à l'âge de 8 ans, par le chauffeur.

Elle dit se devoir garder le silence au prix de leur hospitalité.

Elle dit être témoin oculaire de la mort de la mère de la famille d'accueil qu'elle considérait comme sa propre mère et sa principale protectrice, des suites de cancer de col, ce qui va renforcer les violences verbales et physiques des restes de cette famille.

Après les études, elle rapporte avoir connu un succès et un épanouissement professionnel, dont elle reste assez fière, jusqu'à ce que la situation avec son patron se dédétériore. Ce dernier lui avait de nouveau abusée.

L'examen psychiatrique montre une tenue raffinée soutenue d'une surpropreté. Le visage hypomimique, le contact facile avec une hypersyntonie.

Le contenu de la pensée est dominé par un rétrécissement du champ de la conscience avec un discours délirant centré sur la bête avec une fausseté du jugement et un refus à la suggestibilité. « Malheur à vous les Psychiatres, disait-elle, vous voulez psychiatriser tout, malgré vos yeux bien doublés de lunettes ! ».

Le délire monothématique mal systématisé est persécuteur, soutenu par un mécanisme exclusivement fabulatoire, avec lequel la patiente s'y adhère fermement, sans flexibilité de la pensée. « Peut-être que les dermatologues ou les entomologistes y voient claire, insiste-t-elle ».

Le délire est en secteur. Les autres domaines de sa vie semblent ne pas être affectés. Aucune critique à l'égard du délire n'est éprouvée.

Nous avons pu relever d'autres signes associés tels qu'un trouble de l'image de soi, tel un surinvestissement de son corps pour essayer de contrebalancer une dysmorphophobie sous-jacente. Elle disait ne manger que très peu pour ne pas « donner trop à nourrir les bêtes ».

Elle ne verbalise d'idées suicidaires. Elle nous avait montré quelques traces d'égratignures et éraflures superficielles de la peau du dos de l'avant-bras. Elle s'explique en voulant se débarrasser des « souillures » de la bête.

L'examen physique objective une pièce de figurine coincée dans ses entrailles qu'elle ne voulait en aucun cas ôter.

Le reste de l'examen somatique ne révèle aucune spécificité et l'examen abdominal est strictement normal.

Les investigations paracliniques demandées tels que le bilan infectieux (NF, VSH, CRP, hépatite A, B, C, D), la coproculture, les sérologies sanguines des parasitoses les plus endémiques à Madagascar (bilharziose, cysticerose, paludisme, toxoplasmose) ainsi que les bilans MST (syphilis, HIV, blennorragie) et le bilan endocrinien (T3, T4, TSH, glycémie, ionogramme sanguin) reviennent tous normaux.

Les explorations neurologiques (EEG, scanner cérébral) n'ont rien de particularité.

L'échographie abdomino-pelvienne ne révélait que d'un météorisme.

La prise en charge était compliquée. Manger et prendre les médicaments sont devenus pour la patiente des actes angoissants et persécuteurs, car ont fait rappeler et raviver les souffrances de la barbarie de ses violeurs. Un cadre et une surveillance diététique lui ont été imposés. Ce qui inévitablement conduit au recours à un anxiolytique de type Bromazépam 3 mg avant chaque repas pendant un mois, appuyé par une thérapie cognitivo-comportementale. Une dose d'halopéridol de 2,5 mg journalière pendant 6 mois avait progressivement réussi à obtenir un amendement significatif du délire.

Cas clinique N°2

Madame Y. âgée de 56 ans, résidant la capitale Toamasina, veuve depuis 4 ans, ayant 8 enfants tous mariés.

Elle est venue nous voir, d'un air quérulent et revendicateur, qu'il fallait que nous puissions diagnostiquer et ôter une bête ressentie comme « tantôt un vers, tantôt un serpent à queue », qu'elle mime avec le doigt recourbé.

« Depuis les parties déclives, elle monte dans le

cou, passe dans l'oeil et séjourne dans l'œsophage où elle pousse un cri ».

« Entendez-vous ce cri Docteur ? Est-ce un Taenia ? » disait-elle en poussant des bruits d'éruclations en nous cherchant à adhérer à son délire.

Elle ajoutait que tout est survenu le lendemain d'un séjour chez sa sœur où il y aurait des punaises, concomitantes à la pullulation de ces insectes en climat sec d'été tropical.

En effet, ses troubles remontaient, selon ses dires, après la mort de son mari, depuis laquelle, elle dit avoir connu pire, un vrai désert affectif familial. Ses enfants ne s'acharnent qu'au partage de l'héritage. Elle n'a plus le mot à dire dans les réunions familiales, ne sent plus sa place dans la famille. Elle se considère comme un fardeau à ses enfants.

L'examen psychiatrique de Mme Y. montre une tenue relativement désinvestie, un visage sombre et une bradykinésie liée à son âge.

Elle a complètement rasé ses cheveux pour se défaire définitivement des parasites et de leurs pourritures, selon elle.

Le contenu de la pensée est marqué surtout par un rationalisme morbide. Elle est entièrement convaincue que la chaleur, l'insalubrité des ses voisins et peut-être le « Tsiny » qui est une des croyances traditionnelles malagasy sous la forme d'une punition infligée par son regretté mari puissent être à l'origine de ces sensations de bêtes.

Le délire d'infestation avec un mécanisme d'imagination est vécu dans un sentiment punitif, culpabilisé voire d'indignité.

La rigidité de la pensée avec l'adhésion totale au délire et l'absence de doute ont été retrouvés.

Le délire mono secteur, est soutenu par de l'angoisse de la mort et du vieillissement : « Plus tard, craignait-elle, je perdrais contrôle de tout à cause de cette bête ».

Les bilans somatiques et paracliniques (recherche de parasitose), scanner cérébral et EEG, reviennent tous sans spécificités.

Elle a dû recourir à des tradipraticiens en premier

lieu avant d'atterrir en Psychiatrie pour persistance des troubles. Son traitement est fait d'halopéridol à 2,5mg par jour. Un amendement des symptômes a été constaté dès le premier mois, quoi que persiste un fond délirant chronique mais qui ne perturbe plus ses tâches quotidiennes.

Discussion

Le syndrome d'Ekbom, même reconnu comme une maladie dans le monde entier, comme publiait Bhatia MS et al. [1] en 2012, est parfois méconnue surtout dans la race noire. Il est même parfois méconnu par les psychiatres. En effet, le syndrome d'Ekbom est classé dans les « troubles délirants persistants » pour la CIM-10 (F.22.0) [2]. Le DSM IV [3] le désigne comme « trouble délirant du type somatique ».

Nous n'avons colligé que peu de littérature africaine consacrée à cette pathologie qui reste d'ailleurs d'une épidémiologie assez rare. L'étiologie exacte de ce syndrome mérite encore à notre avis une étude plus approfondie.

Il est toujours important de ne pas sous estimer une parasitose réelle selon Lyell [4]. Cependant, la recherche ne rapporte pas dans nos cas.

Selon Aït-Ameur A. et al [5], la maladie peut toucher les deux sexes avant l'âge de 50 ans mais à prédominance féminine après 60 ans. Nos deux cas sont âgés de moins de 60 ans.

Néanmoins, sur le plan psychanalytique, le dénominateur commun de nos deux cas seront les suivants :

- Des facteurs déclenchants ont été retrouvés alors que dans le classique syndrome d'Ekbom primaire, il n'en devrait pas y avoir.

- Une blessure narcissique est retrouvée dans les 2 cas. Celle-ci est elle-même induite par un désert affectif. Dans le premier cas, l'absence d'affection parentale est évidente, l'absence des figures d'attachement comme l'absence du père symbolique, la disparition de la figure maternelle. Ceux ci sont amplifiés par

des traumatismes psychologiques précoces comme les violences, les viols et abus à plusieurs reprises, qui vont certainement impacter négativement sur l'image et l'estime de soi.

Dans le second cas, le phénomène de veuvage, qui semble, d'ailleurs une étape assez rude à endurer pour la patiente, associé à l'absence de soutien moral de ses enfants, rendent son image de soi assez dégradé. Ce qui reflète la réalité actuelle de la société malagasy qui, au fil du temps, perd progressivement ses valeurs ancestrales de ne pas abandonner ses propres parents.

Selon Lyell [6], l'isolement social était le principal facteur de risque de la maladie.

Vainement, les deux patients sont à recherche d'une reconstruction narcissique à travers les études, l'emploi, l'affection de l'autre, du médecin, ...

Par ailleurs, selon Bewley A.P. et al. [7], le symptôme "infestation" sert à remplir une vie pauvre du point de vie affective.

Les éléments cliniques qui font ressembler notre étude à celle des chercheurs occidentaux sont :

- Le retard diagnostique et l'alliance thérapeutique mise à rude épreuve comme dans les études de Trabert W. et al. [8].

- L'hérédité comme la présence de mère psychotique que nous avons constaté pour la première patiente la recherche d'un délire à deux, la recherche de l'adhérence de l'autre, c'est-à-dire du médecin, surtout pour la deuxième patiente, le tout dans un contexte de rationalisme morbide

- Le délire monothématique, en secteur, de mysophobie, qui s'accroît lors d'une simple infection comme une gastro-entérite

- La symptomatologie est d'une variabilité extrême d'une bête qui bouge et qui migre provoquant de l'auto-défense jusqu'à un phénomène d'évitement, par une sur propreté, par le fait de raser ses cheveux,...et surtout la persistance de la conviction inébranlable malgré les conduites d'évitement comme disait Edlich R. et al. [9].

Les particularités cliniques des signes de nos

patients sont par contre :

- La persistance des croyances ancestrales (“Tsiny”) comme à l’origine des troubles psychotiques actuelle, source d’errance de soins vers les tradipraticiens bien avant la Psychiatrie.

- L’adaptation du délire selon le contexte malagasy actuel. Plusieurs éléments spécifiques de la vie culturelle actuelle des Malagasy ont été repris dans les délires de nos patients, par exemple, l’éclosion du délire concomitant à la résurgence des punaises dans la région tropicale sèche de l’Est de Madagascar, l’insertion de bibelots, la pauvreté.

- La prédominance de l’état délirant au détriment des états dépressifs caractérisés

- L’utilisation des anciens neuroleptiques (halopéridol) avec une posologie plus inférieure à celle des occidentaux, mais qui trouvent toujours leurs places et leurs efficacités contre les délires, dans des pays en développement comme le notre. Notre étude rejoint en fait à celle de Lepping et al. [10] qui évoquait que la prescription d’un neuroleptique dans de telle maladie est toujours utile.

Conclusion

Notre étude marque l’importance psychologique de l’attachement précoce avec ses parents et la nécessité des figures parentales dans l’enfance, sans lesquels, il y aurait à l’âge adulte, des impacts négatifs sur sa propre image et l’estime de soi. Une dégradation de nos mœurs a été bien marquée (viols, abus, rejet des parents, ...) ce qui vont amplifier les symptômes psychiatriques. A notre avis, le syndrome d’Ekbom requiert davantage de recherches scientifiques en matière de psychopathologie et de thérapeutique..

*Correspondance :

RATOBIMANANKASINA Hiarenantsoa Herilanja
herilanjahiarena@yahoo.fr

Disponible en ligne : 14 Mars 2020

1 Service de Neuro-psychiatrie, Toamasina, Madagascar

2 Établissement Universitaire de Soins et de Santé Publique, Analakely, Madagascar

3 Centre Hospitalier Universitaire Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d’intérêt : Aucun

Références

- [1] Bhatia MS, Jhanjee A, Srivastava S. Delusional infestation: A clinical profile. *Asian Journal of Psychiatry*, In press 2012
- [2] Organisation mondiale de la santé (OMS). Classification internationale des maladies, 10e éd (CIM-10). Liège: Edition Masson; 1997: 226
- [3] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition révisé (DSM IV-TR). Paris: Masson, 2004: 1065
- [4] Lyell A. Delusions of parasitosis. *Br J Dermatol* 1983 ; 108 : 485-99
- [5] Aït-Ameur A., Bern P., Firoloni M.P., Menecier P. Le délire de parasitose ou syndrome d’Ekbom. *Rev. Med. Interne*, 2000, 21, 182-186
- [6] Lyell A. Delusions of parasitosis. *Br J Dermatol* 1983 ; 108 : 488
- [7] Bewley A.P., Lepping P., Freudenmann R.W., Taylor R. Delusional parasitosis: time to call it delusional infestation. *Br. J. Dermatol.*, 2010, 163, 1-2
- [8] Trabert W. 100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1 223 cas reports. *Psychopathology* 1995; 28: 238-46
- [9] Edlich R, Cross C, Wack C, Long W. Delusions of parasitosis. *American Journal of Emergency Medicine* 2009; 27: 9997-9
- [10] Lepping P, Russell I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2007;191:198-205.

Pour citer cet article

HH Ratobimanankasina, EN Raobelle, S Randriambololona,
BH Rajaonarison, A Raharivelo. Syndrome d'Ekbom chez la
race noire : 2 cas dans le service de psychiatrie de Toamasina
Madagascar. *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 424-429