

## REVUES GÉNÉRALES

### Psychosomatique

# Rôle du dermatologue dans la prise en charge d'une patiente souffrant d'un délire parasitaire

**RÉSUMÉ :** Nous rapportons le cas d'une femme atteinte d'un délire parasitaire. Les dermatologues sont en première ligne face à ces patients qui présentent une pathologie psychiatrique. Notre propos est de les aider dans cette approche si particulière d'un patient atteint d'un trouble délirant de type somatique.

Il s'agit d'un délire monothématique d'infestation par des parasites, survenant le plus souvent chez une femme âgée, isolée, après une rupture dans l'existence. L'adhésion au délire est forte et a des répercussions sur la vie quotidienne. La principale difficulté du traitement est d'amener le patient, qui n'a pas conscience du caractère morbide de sa plainte, à prendre un traitement antipsychotique. Cela nécessite une relation de confiance fondée sur l'écoute empathique de sa plainte et de sa souffrance.



→ M. SCHOLLHAMMER<sup>1</sup>,  
M. CHASTAING<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Cabinet de Dermatologie, BREST.  
Service de Dermatologie, CHRU,  
Hôpital Morvan, BREST.

<sup>2</sup> Unité de psychiatrie de liaison,  
Service hospitalo-universitaire de  
psychiatrie adulte et de psychologie  
médicale, CHRU, Hôpital de la Cavale  
Blanche, BREST.

L'approche des patients souffrant d'un délire parasitaire paraît difficile aux dermatologues. Ceux-ci ne sont pas habitués à prendre en charge ces patients qui présentent une pathologie psychiatrique et qui, pourtant, consultent en dermatologie et non pas en psychiatrie. Nous pensons néanmoins que ce n'est pas un challenge impossible à relever et le cas de madame D. va permettre de lever les appréhensions qu'une telle pathologie peut susciter, tout en illustrant la démarche thérapeutique.

Madame D. consulte son médecin traitant parce que, depuis 1 an, elle perçoit l'existence de "bêtes noires dans la tête". Elle lui en a d'ailleurs apporté dans une petite boîte. Elle les voit tomber sur ses vêtements, sur le sol et les meubles. Elle constate aussi leur présence sur les murs, dans les voilages. Elle n'en a parlé à personne, se replie sur elle-même, ne sort plus. Elle vit cette situation avec un sentiment très douloureux de honte : "C'est tabou... les poux...". Le géné-

raliste l'adresse alors en dermatologie, mais les divers dermatologues consultés ne parviendront pas à la soulager. Certains s'efforcent de la rassurer, de la persuader de l'absence de bêtes; ils lui prescrivent des recherches parasitaires en laboratoire qui ne retrouvent que des débris de tissus et des poussières. D'autres veulent l'adresser à des psychiatres, lui signifiant que "c'est dans la tête" ou que "c'est dans (son) imagination". D'autres encore lui prescrivent des émoullients qu'elle n'applique cependant pas "de peur de les nourrir". La patiente est découragée et ressent une profonde souffrance. Elle renonce à consulter et se replie davantage sur elle par crainte de contaminer son entourage.

Plusieurs mois plus tard, à la faveur d'un geste chirurgical (exérèse d'une tumeur cutanée de la joue), madame D. évoque avec une dermatologue les symptômes pour lesquels elle avait consulté il y a quelques mois. Celle-ci l'écoute attentivement tout en restant concentrée sur son geste technique, et la patiente peut alors

## REVUES GÉNÉRALES

### Psychosomatique

extérioriser ses perceptions et sa souffrance psychique (*"Je me suis livrée"*, dira-t-elle plus tard). Cette dermatologue lui signifie qu'elle connaît cette pathologie et aussi un collègue compétent dans ce domaine avec lequel elle lui prend un rendez-vous. Ce dernier, sensibilisé à la psychodermatologie, énonce alors le diagnostic de syndrome d'Ekbom. La patiente, qui dit avoir été *"débloquée"* par la précédente consultation de dermatologie et est moins envahie par ses préoccupations, adhère au diagnostic. Elle signale alors très rapidement des soucis concernant son fils: *"J'ai cela dans la tête depuis 3 ans."* Le praticien s'intéresse à son histoire de vie.

Madame D., âgée de 79 ans, vit seule dans le Finistère Sud. Il y a 17 ans, elle et son mari ont déménagé d'Ile-de-France en Bretagne, d'où était originaire celui-ci. Madame D. a alors arrêté son activité professionnelle dans la restauration. Le couple a eu deux enfants. Leur fille, mère de trois enfants et enseignante, vit en Ile-de-France. Leur fils, après un divorce, a accompagné ses parents en Bretagne et vécu chez eux avec sa propre fille, laquelle est restée vivre avec ses grands-parents lorsque son père a noué une nouvelle relation affective. Cinq ans après le retour en Bretagne, monsieur D. est décédé d'une rupture d'anévrisme. Puis, la petite-fille, âgée de 17 ans, a quitté le domicile de sa grand-mère pour vivre en couple.

En fin de consultation, le praticien, sans valider l'existence des *"bêtes"* que la patiente perçoit, reconnaît qu'il est nécessaire de la soulager et pour cela lui propose un traitement destiné à atténuer ses perceptions cutanées. Il prescrit 1 mg de rispéridone par jour associé à un topique émollient, traitement que la patiente, mise en confiance par son écoute empathique, accepte volontiers. Un mois plus tard, lors d'une seconde consultation, Madame D. se dit très soulagée. Les sentiments de honte se sont atténués: elle ose sortir. Elle a pu évoquer avec sa fille ses préoccupa-

tions concernant les *"bêtes"*. Elle critique désormais cet épisode: *"Je n'étais plus moi-même... en fait, il ne s'était rien passé."* Elle évoque également le contexte de survenue, 3 ans auparavant, de ses préoccupations. Dans les mois qui ont précédé, elle a, en effet, connu une succession de deuils. Son unique sœur, dont elle était très proche même si elle vivait en Ile-de-France, est décédée: elle se retrouve donc la seule survivante de la fratrie puisque ses trois frères étaient décédés antérieurement.

Par la suite, elle a perdu trois amies et anciennes collègues de travail qu'elle continuait à voir régulièrement. Enfin, la même année, elle a été blessée par une situation familiale très douloureuse qu'elle relate avec émotion: *"Mon fils est tombé de haut."* Celui-ci s'était, en effet, remarié et avait eu des jumeaux. Or, le couple a présenté des troubles des conduites (addiction à l'alcool, désinsertion sociale progressive) et perdu, il y a 3 ans, la garde de leurs enfants, âgés alors de 8 ans, qui ont été placés en famille d'accueil. Ce placement a été vécu très douloureusement par madame D. et a constitué pour elle un véritable *"deshonneur"*. Elle a tu ce placement à son entourage, n'en parlant qu'avec sa fille: *"C'est tabou..."*. Elle aurait souhaité pouvoir l'éviter en accueillant ses petits-enfants chez elle, mais elle était trop âgée. Elle peut cependant les recevoir une fois par mois et en est heureuse.

Madame D. est très compliant au traitement par rispéridone, qu'elle supporte bien en dehors d'une prise de poids justifiant la diminution de moitié de la dose. Elle ne pense plus *"aux petites bêtes"*. Elle appréhende cependant une récurrence et demande à revenir régulièrement en consultation.

#### Commentaires

Le diagnostic est assez facile devant cette thématique d'infestation par des *"bêtes"*.

Madame D. a la conviction d'être infestée par des parasites. Il ne s'agit pas d'une parasitophobie (peur phobique des parasites), terme inadapté qui a longtemps été utilisé pour qualifier cette symptomatologie [1-3], mais d'un véritable délire: parasitose délirante ou syndrome d'Ekbom, du nom du psychiatre suédois qui l'a bien individualisée en 1938. Dans tout délire, la réalité est perçue de manière erronée; il existe une conviction fautive plus ou moins absolue et des erreurs de jugement non accessibles aux explications rationnelles, à la démonstration, à la persuasion. Il s'agit, dans le syndrome d'Ekbom, d'un délire monothématique (infestation).

Ce délire survient fréquemment, comme c'est le cas pour madame D., chez une femme âgée, isolée sur le plan socio-affectif, sans antécédents psychiatriques. Dans certains cas, on constate l'existence d'une personnalité prémorbide sensitive avec une timidité, un manque de confiance en soi, une susceptibilité. Ces patientes sont souvent peu à l'aise dans la relation à l'autre et peuvent vivre les relations de manière persécutive. Il s'agit aussi parfois de femmes soigneuses, actives, redoutant la saleté, la poussière. On retrouve fréquemment une tendance dépressive, une propension à l'auto-dévalorisation. Le début est en général brutal et souvent précédé d'un événement susceptible d'avoir engendré un vécu dépressif ou anxieux (décès, déménagement, cessation d'activité, contact avec un objet ou un animal infesté, problème de santé, véritable parasitose...) [4, 5].

Dans le cas présent, madame D. n'a pas d'antécédent psychiatrique. Elle vit seule et plutôt isolée depuis son déménagement, qui a impliqué la cessation d'une activité professionnelle bien investie, un changement de lieu de vie, une rupture de liens avec ses amis et ses collègues de travail et, enfin, l'éloignement de ses enfants. Dans ce contexte de vulnérabilité, aggravée par la mort de son mari, puis de plusieurs proches, le

placement de ses petits-enfants a favorisé la décompensation psychiatrique.

Le syndrome d'Ekbom est un délire organisé avec une conviction délirante monothématique et inébranlable d'être infesté par des bêtes, des parasites décrits de manière très précise (taille, forme, couleur, détails sur leur cycle évolutif, leurs habitudes quotidiennes...). Le patient apporte des "preuves": petite boîte ne contenant en fait que des squames, des miettes, des morceaux de laine, des insectes banals, des poussières... mais qu'il convient d'examiner. C'est le *matchbox sign* [6-8]. Le mécanisme du délire est essentiellement hallucinatoire: hallucinations cénesthésiques (sensations de piqûre, de mouvement, de grouillement...), visuelles, mais parfois il existe des interprétations à partir d'un prurit, fréquent sur les terrains de xérose sénile.

L'adhésion au délire est en général totale et les réactions sont souvent importantes. Les consultations médicales se répètent, mais aussi les tentatives d'élimination des parasites: demandes d'intervention des services d'hygiène, gestes auto-agressifs, sacrifice de la literie, sacrifice d'animaux domestiques. Le délire reste en secteur en ce sens qu'il persiste pendant assez longtemps une bonne adaptation, mais celle-ci peut s'altérer dans le temps, avec un risque d'isolement par crainte d'être contagieux. On retrouve un vécu d'angoisse, des insomnies, des troubles dépressifs. Des perturbations sensorielles sont souvent associées: déficits visuels, auditifs, à l'origine d'un isolement sensoriel pénible. L'une des particularités de ce syndrome est sa "contagiosité" véhiculée souvent par le prurit: la conviction du patient s'étend aux proches, qui confirment les troubles et se mettent à exprimer les mêmes plaintes. Parfois, l'activité délirante est véritablement partagée par deux personnes (folie à deux), voire plusieurs. Généralement, le délire débute chez une personne qualifiée d'in-

ductrice, dominante, et se communique à une ou plusieurs autres personnes, placées dans une position de dépendance, voire de soumission [8, 4, 5].

Si les facteurs psychologiques contribuent très largement à la pathogénie du délire, de nombreux auteurs s'accordent sur une causalité multiple. Le syndrome d'Ekbom peut s'appuyer sur des sensations prurigineuses d'origine physiologique (prurit attribué au vieillissement) favorisées par diverses perturbations sensorielles (carence des échanges tactiles, hypoacousie, diminution de l'acuité visuelle). Classiquement, il n'existe pas de véritable pathologie associée. Sont facilement éliminés la prise de médicaments (corticoïdes, médicaments anticholinergiques comme les tricycliques, l'atropine, les antiparkinsoniens...), une carence en vitamine B, une hypertension artérielle, un diabète, une insuffisance rénale ou hépatique ainsi qu'une pathologie dermatologique [6].

D'autres pathologies psychiatriques seront écartées: une névrose phobique (peur des parasites, mais alors les crises d'angoisse sont liées à la crainte de la présence réelle de l'insecte), une névrose obsessionnelle (devant l'importance des soins corporels et des activités de nettoyage, mais les patients ont cependant conscience du caractère excessif de leur préoccupation), une psychose toxique (amphétamines...), d'autres délires, un état démentiel.

L'évolution est généralement chronique, avec une adaptation sociale relative. Il existe de rares rémissions transitoires, mais parfois aussi des suicides. Ce trouble d'évolution chronique est répertorié dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5®)* comme un trouble délirant de type somatique (297.1) [9]. Dans les classifications des diagnostics dermato-psychiatriques, il fait partie des troubles psychiatriques à l'origine de perceptions anormales de l'état cutané [10].

La prise en charge d'une pathologie délirante par les dermatologues n'est pas habituelle et pourtant ce sont eux que les patients consultent dans le délire parasitaire. Ils s'aperçoivent que leurs repères sont inadaptés et leurs modes de réponse habituels inefficaces [11]. La normalité des bilans, les explications rationnelles, les efforts répétés pour essayer de convaincre le patient de l'absence de parasitose et la réassurance répétée sur l'absence de pathologie organique ou contagieuse n'ébranlent pas sa conviction.

Chez madame D., après les échecs de plusieurs consultations avec le médecin traitant et plusieurs dermatologues, qu'est-ce qui a favorisé un tournant dans la prise en charge et permis un début d'alliance? Lors de la consultation pour l'exérèse de la tumeur cutanée de la joue, madame D. a pu s'autoriser plus facilement à exprimer une plainte dont elle a honte: "*Je me suis livrée.*" Cette verbalisation était probablement favorisée car ce n'était pas le seul motif de la consultation, et il existait un symptôme objectif reconnu et traité. La situation de soins sur le corps a permis une certaine régression, favorisant la verbalisation de plaintes et d'affects pénibles et honteux, ainsi qu'une écoute différente du dermatologue. Les soins de la dermatologue, focalisés sur un autre symptôme, ont permis l'absence de face-à-face et une attention décentrée de la préoccupation délirante. La praticienne a alors pris en considération la plainte délirante sans la disqualifier, sans la banaliser, mais sans la conforter non plus. Elle n'a pas cherché à réassurer de manière systématique la patiente, mais elle a reconnu la pathologie, et a proposé une prise en charge adaptée et personnalisée. Elle a transmis qu'elle connaissait la pathologie et un collègue compétent dans ce domaine.

Lors de la consultation avec cet autre praticien, la plainte a aussi été accueillie de manière attentive, en respectant la lecture faite par la patiente des évé-

## REVUES GÉNÉRALES

### Psychosomatique

#### POINTS FORTS

- ↳ Écouter la plainte, ne pas la nier, la prendre au sérieux.
- ↳ Ne pas adhérer, ne pas acquiescer, ne pas alimenter le délire.
- ↳ Ne pas chercher à convaincre, à démontrer rationnellement que le jugement du patient est erroné.
- ↳ Ne pas vouloir absolument, ni rapidement adresser le patient au psychiatre.
- ↳ Être attentif au contexte (histoire du patient, événements de vie), au retentissement sur le comportement et la qualité de vie (isolement, conflits avec l'entourage...).
- ↳ Rester modeste : ne pas vouloir à tout prix faire disparaître le délire ; souvent, simplement maintenir un lien avec le patient.

nements relatés sans vouloir les interpréter. Même si la patiente a utilisé les mêmes mots (“*c’est tabou*”) pour qualifier son symptôme dermatologique et le placement de ses petits-enfants, le rapprochement entre la souffrance psychique liée au placement et l’apparition du délire n’a pas été énoncé. Le diagnostic a été formulé et un traitement antipsychotique institué. Sa tolérance a été surveillée lors de consultations régulières permettant également un accompagnement par le dermatologue qui sera poursuivi même après l’amélioration des symptômes [12].

Le traitement du syndrome d’Ekbom est délicat. La principale difficulté est d’amener le patient – qui n’a pas conscience du caractère morbide de sa plainte et refuse souvent de consulter un psychiatre – à prendre un traitement psychotrope. L’établissement d’une relation de confiance est primordial. Le médecin doit être à l’écoute des plaintes et des souffrances exprimées, et trouver une position intermédiaire, en équilibre

entre deux attitudes : ne pas mentir et ne pas s’opposer au patient de manière frontale. Le traitement psychotrope sera mieux suivi s’il est prescrit par un dermatologue attentif à soutenir psychologiquement le patient, à l’aider à prendre mieux soin de sa peau en ne négligeant pas le traitement dermatologique local (pour les lésions de grattage, de surinfection), y compris dans sa dimension cosmétologique.

Les antipsychotiques sont la base du traitement et ont considérablement amélioré le pronostic du syndrome d’Ekbom. Le plus classiquement efficace est le pimozide, à raison de 1 à 4 mg/j. Ce neuroleptique a l’inconvénient d’engendrer des effets secondaires d’autant plus gênants que le patient est âgé (dyskinésies, hypotension, constipation, sécheresse buccale), et qui vont accentuer l’inobservance chez ces patients déjà réticents au traitement psychotrope. On lui préfère donc les antipsychotiques de la nouvelle génération comme la rispéridone, 1 à 4 mg/j, ou l’olanzapine, 5 à 10 mg/j,

dont la meilleure tolérance favorise la compliance du patient. Les antidépresseurs sont également associés quand la dimension dépressive est repérable.

#### Bibliographie

1. FREUDENMANN RW, LEPPING P. Delusional Infestation. *Clin Microbiol Rev*, 2009;22:690-732.
2. CHASTAING M. Le syndrome d’Ekbom. *Réalités Thérapeutiques en Dermatologie-Vénérologie*, 2013;228:58-59.
3. MOROGE S, PAUL F, MILAN C *et al.* Statut nosologique du syndrome d’Ekbom : à propos d’un cas. *Ann Med Psychol*, 2013;171:405-409.
4. SAWANT NS, VISPUTE CD. Delusional parasitosis with folie à deux: A case series. *Ind Psychiatry J*, 2015;24:97-98.
5. BOURGEOIS ML. Les délires d’infestation cutanée parasitaire. Syndrome d’Ekbom. *Ann Med Psychol*, 2011;169:143-148.
6. BENATTAR B, LE ROUX A, VAN AMERONGEN P *et al.* À propos du syndrome d’Ekbom. *Ann Med Psychol*, 2004;162:755-761.
7. JOLY C, SAVOYE N, FRANCOIS T *et al.* Le syndrome d’Ekbom ou délire d’infestation cutanée. *Nervure*, 1995;8(n°SP):20-22.
8. CONSOLI SG, CHASTAING M, MISERY L. Psychiatrie et dermatologie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Dermatologie*, 2010;98-874-A-10.
9. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5a : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduction française de la 5e édition). *Elsevier Masson*, 2015, 1114 pages.
10. MISERY L, CHASTAING M. Joint consultation by a psychiatrist and a dermatologist. *Dermatol Psychosom*, 2003;4:160-164.
11. JAGT YQ, SUTTERLAND AL, MEIJER JH *et al.* Delusional infestation, a therapeutic challenge. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2014;158:A7548.
12. WONG S, BEWLEY A. Patients with delusional infestation (delusional parasitosis) often require prolonged treatment as recurrence of symptoms after cessation of treatment is common: an observational study. *Br J Dermatol*, 2011;165:893-896.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d’intérêts concernant les données publiées dans cet article.