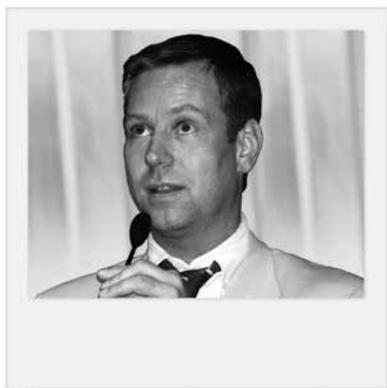


Les délires d'infestation

RÉSUMÉ : Les délires d'infestation concernent des patients qui ont la conviction délirante que leur peau est infestée par de petits pathogènes (en général vivants). La présence de sensations anormales, essentiellement un prurit, est associée ou non.

Il s'agit d'un trouble psychotique monosymptomatique, survenant préférentiellement chez des femmes de plus de 60 ans. Le syndrome d'Ekbohm (pseudo-infestation par des parasites) devient moins fréquent, les causes d'infestation étant variées. Le "signe du spécimen", pseudo-preuve apportée par le patient, est important. Des lésions auto-induites pour extirper l'invasion redoutée sont fréquentes.

L'évolution est généralement chronique et se complique souvent d'une dépression. La qualité de la relation médecin-malade joue donc un rôle clé dans la prise en charge. Sans nier ni acquiescer au délire, il faut parvenir à prescrire un traitement antipsychotique. L'adhérence au traitement est alors excellente.



→ L. MISERY

Service de Dermatologie, CHU, BREST.

Les délires d'infestation [1] se caractérisent par des patients qui ont la conviction délirante que leur peau (parfois leur corps voire leur environnement proche) est infestée par de petits pathogènes, en général vivants. La présence de sensations anormales, essentiellement un prurit, est associée ou non.

Ce terme doit remplacer celui de syndrome d'Ekbohm [2, 3] ou acarophobie ou parasitophobie. D'une part, les pathogènes incriminés ne sont pas toujours des parasites et le sont de moins en moins dans les pays tels que la France, où les parasites ne sont pas une préoccupation dans la population générale, à la différence de l'époque où ont été décrits des syndromes par Thibierge en France (1894) ou Ekbohm en Suède (1938). La description de ces pathogènes est souvent imprécise ou variable ou, bien au contraire, relate des "fibres" comme dans le syndrome des morgellons [4].

Il ne s'agit en aucun cas d'une phobie, c'est-à-dire d'un trouble anxieux au cours duquel les patients ont conscience du côté irrationnel de leur trouble. Ici,

les patients ne peuvent pas remettre en cause la réalité de l'infestation. Nous sommes donc dans le domaine des troubles psychotiques ou délirants. Un aspect particulier est le non envahissement de la personnalité par ce trouble, le délire restant "enkysté" autour de ce problème et n'étant pas associé à d'autres troubles psychiatriques habituellement, à la différence des autres psychoses [5].

Clinique

Les patients concernés sont souvent des femmes à partir de 60 ans, mais il peut aussi s'agir d'hommes (sex ratio : 2,5/1) ou de sujets jeunes. Le délire est monosymptomatique, le fonctionnement cognitif et social est normal, seul un isolement pouvant s'installer. Il n'y a habituellement pas d'antécédents psychiatriques. On retrouve souvent une personnalité prémorbide, dite sensitive : il s'agit de sujets sensibles, timides, susceptibles, avec une tendance à la dévalorisation, à la dépression, peu à l'aise dans la relation à l'autre et vivant souvent les relations de manière persécutrice. Il s'agit aussi parfois de femmes,

REVUES GÉNÉRALES

Psychiatrie

plutôt obsessionnelles, actives, redoutant la saleté ou la poussière.

Le début est progressif puis le trouble psychique devient de plus en plus envahissant. Parfois, le début des troubles est brutal. Parfois, le délire suit une infestation réelle ou complique un prurit *sine materia* qui reste inexplicé. On peut aussi trouver un événement déclenchant : problème de santé, déménagement, cessation d'activité...

Ces patients sont convaincus que leur peau est infestée. L'infestation par des parasites est de moins en moins souvent (35 %) mise en avant et les éléments allégués comme pathogènes sont aussi décrits comme des insectes, des araignées, des bactéries, des virus, des champignons ou des micro-objets non vivants (17 %) [6].

Le "signe de la boîte d'allumettes" est finalement assez rare [6], mais les patients apportent très régulièrement ce qu'ils considèrent comme des preuves de leur infestation. Ils apportent rarement des débris d'insectes et très souvent des squames, des morceaux de phanères, des débris alimentaires ou des fibres vestimentaires. Il vaut donc mieux parler de "signe du spécimen" [6].

Le patient s'examine scrupuleusement et n'hésite pas à acheter une loupe voire un microscope. Les pseudo-pathogènes sont habituellement décrits comme très petits, difficiles à attraper, sombres. L'origine de la contamination est identifiée comme étant une autre personne 1 fois sur 2, dans la maison 1 fois sur 3 et comme étant un autre animal 1 fois sur 6.

Des hallucinations cénesthésiques (mouvements de reptation, piqûres...) sont rapportées 8 fois sur 10. Ces sensations sont décrites comme étant dans ou sous la peau. L'infestation est souvent vécue comme localisée, en particulier près des orifices naturels (organes géni-

taux ou tête). Le prurit est fréquent, mais non constant.

Des lésions de grattage sont possibles, souvent assez profondes, et ne sont pas forcément liées à la présence d'un prurit. En effet, le but est plutôt de tenter d'enlever les pathogènes. Les excoriations sont d'ailleurs souvent réalisées avec des objets divers et variés. Des lésions causatives peuvent être induites par des toilettes intempestives ou multiples ou surtout des pesticides ou des agents physiques (chaleur, UV...). La présence de ces lésions cutanées est un facteur de maintien du délire, et elle est apportée comme "preuve" de l'infestation.

Au fil du temps, les revendications se multiplient et le comportement général est de plus en plus affecté : plaintes sur l'incompétence des médecins, sollicitation des autorités locales pour désinfection, sacrifice du linge, de la literie, des animaux domestiques, isolement social (idée d'être contagieuse ou de se contaminer)...

Diagnostic différentiel

Ces aspects cliniques sont parfois difficiles à différencier de syndromes voisins [5] et c'est alors l'association à d'autres troubles, qu'il faut donc rechercher bien que ces circonstances soient rares, car ils permettent d'autres diagnostics :

- des troubles obsessionnels compulsifs, le délire d'infestation pouvant alors être un signe d'évolution vers un mode psychotique chez ces patients ;
- une dysmorphophobie, le délire d'infestation faisant alors partie d'un trouble plus large, survenant surtout au moment de la ménopause ;
- d'autres symptômes psychotiques, le délire entrant alors dans le cadre d'une schizophrénie, d'une paranoïa, d'une psychose hallucinatoire chronique ou d'une hypocondrie délirante plus large ;
- des signes neurologiques, pouvant faire évoquer une démence, une encéphalopathie ou une tumeur cérébrale ;

- un prurit important précédant la survenue du délire d'infestation, qui en est alors une complication ;
- la consommation importante de cocaïne, de crack, d'amphétamines, de cannabis, d'alcool ou d'autres drogues ;
- l'utilisation de médicaments pouvant induire une psychose médicamenteuse (intoxication aiguë aux neuroleptiques, aux corticoïdes, à l'interféron, etc.).

Le diagnostic différentiel se fait aussi avec d'autres causes de prurit chronique, mais il ne faut pas multiplier les examens. Le prurit psychogène est quant à lui isolé, sans délire d'infestation associé [7].

Il existe aussi une véritable parasitophobie, mais elle entre dans le registre névrotique : les patients ont peur d'être infestés ou d'être en contact avec des parasites ou de les voir mais n'ont pas la conviction délirante d'être infestés.

Évolution

L'évolution est généralement chronique avec une adaptation sociale relative. Il existe de rares rémissions transitoires. Anxiété et troubles du sommeil sont souvent présents. Une dépression s'installe souvent, pouvant conduire à des suicides.

Une complication non rare est la "folie à 2" (ou plus). Le délire est partagé avec le conjoint ou un enfant ou une partie de l'entourage, qui se sent parfois contaminé mais surtout plaide la "cause" du patient : "elle dit vrai", "j'ai vu les parasites", etc. Cela va souvent jusqu'à des plaies induites pour extraire des pseudo-pathogènes à la demande du patient.

L'Internet permet une dissémination du délire et son partage avec de multiples intervenants et patients, le délire se renforçant et se compliquant [4].

Que faire ?

Le patient attend que la preuve de son infestation soit apportée ou confirmée par le médecin et attend un traitement pesticide agressif. Il n'apprend rien de l'échec thérapeutique et se tourne facilement vers un autre praticien. Le dermatologue est généralement le médecin consulté et le patient refuse farouchement de voir un psychiatre. Celui-ci a évidemment un point de vue différent et la relation médecin-malade joue donc un rôle clé dans la prise en charge.

Il ne faut surtout pas entrer dans le délire du patient ni multiplier les examens. Mais cela n'empêche pas de les écouter, en montrant qu'on les prend au sérieux. Sans nier ni acquiescer au délire, il ne faut pas chercher à convaincre (combat perdu d'avance et qui conduira au changement de médecin) mais entendre et expliquer que l'on ne voit pas de parasite à l'examen des prélèvements apportés.

Il est habituellement impossible d'adresser ces patients à un psychiatre. La souffrance anxieuse ou dépressive le permet parfois et il faut savoir en profiter.

Le dermatologue doit alors prescrire un traitement psychotrope. La principale difficulté est d'amener le patient à accepter ce traitement. Sans dire que l'on va traiter une maladie psychiatrique, il faut expliquer que ce traitement peut traiter des troubles psychiatriques. On peut dire qu'il faut un traitement "plus fort" ou pour traiter les sensations cutanées ou "l'hyperactivité du système nerveux" ou pour la dépression. Les patients sont tellement demandeurs que l'adhérence au traitement est excellente [8], le principal facteur limitant étant les effets secondaires. Ceux-ci ne sont pas si fréquents avec les nouveaux antipsychotiques :

POINTS FORTS

- ➔ Les délires d'infestation se définissent par la présence d'une conviction délirante d'être infesté par des parasites (syndrome d'Ekbom) ou des fibres (syndrome des morgellons) ou d'autres éléments d'origine extérieure.
- ➔ Des sensations cutanées désagréables, qui sont des hallucinations, sont fréquentes.
- ➔ Les patients apportent des pseudo-preuves qui sont les lésions cutanées induites pour extirper ces pseudo-pathogènes et des prélèvements auto-réalisés (signe du spécimen).
- ➔ Le traitement doit être proposé de préférence par un psychiatre, mais les patients refusent d'en rencontrer un dans la grande majorité des cas.
- ➔ Il repose sur les nouveaux antipsychotiques et sur la qualité de la relation médecin-malade.

rispéridone (Risperdal, 1 à 4 mg/j) ou olanzapine (Zyprexa, 5 mg/j). Les principaux effets secondaires sont représentés par une prise de poids et un syndrome extrapyramidal. Le pimozide (Orap), traitement classique, est désormais peu utilisé du fait de la possibilité de troubles du rythme.

Le traitement est généralement efficace, le patient ne critiquant pas son "infestation passée" mais s'estimant guéri ou amélioré. Le devenir des patients à moyen et long terme reste très mal connu.

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. BOURGEOIS ML. Les délires d'infestation cutanée parasitaire. Syndrome d'Ekbom.

Ann Med Psychol (Paris), 2011;169: 143-148.

4. MISERY L. Morgellons syndrome: a disease transmitted via the media. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 2013;140:59-62.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. FREUDENMANN RW, LEPPING P, HUBER M *et al.* Delusional infestation and the specimen sign: a European multicentre study in 148 consecutive cases. *Br J Dermatol*, 2012;167:247-251.
7. MISERY L, ALEXANDRE S, DUTRAY S *et al.* Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested diagnosis criteria from the French psychodermatology group. *Acta Dermato-Venereologica*, 2007;87:341-344.
8. AHMED A, BEWLEY A. Delusional infestation and patient adherence to treatment: an observational study. *Br J Dermatol*, 2013;169:607-610.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.