



Pathomimies endocrino-métaboliques : à propos de deux cas

O. Guiraudet, S. Minvielle, D. Vallet

► To cite this version:

O. Guiraudet, S. Minvielle, D. Vallet. Pathomimies endocrino-métaboliques : à propos de deux cas. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2009, 167 (8), pp.625. 10.1016/j.amp.2009.08.001 . hal-00580185

HAL Id: hal-00580185

<https://hal.science/hal-00580185>

Submitted on 27 Mar 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

	ANNALES MÉDICO PSYCHOLOGIQUES
REVUE PSYCHIATRIQUE	
2014, 121	
Numéro 1	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Communication

Pathomimies endocrino-métaboliques : à propos de deux cas

Endocrino-métabolic pathomimias: About two cases

O. Guiraudet ^a, S. Minvielle ^b, D. Vallet ^c

^a Médecin lieutenant, Interne des Hôpitaux des armées, Service de psychiatrie du Val-de-Grâce, Hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, 74, Bd de Port Royal, 75230 Paris Cedex, France

^b Médecin chef, Praticien confirmé, Chef du Service de psychiatrie de l'HIA Bégin – Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées de Bégin, 69 avenue de Paris, 94160 Saint Mandé Cedex, France

^c Médecin chef des services, professeur agrégé du Val-de-Grâce, Chef du Service de psychiatrie du Val-de-Grâce – Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, 74, Bd de Port Royal, 75230 Paris Cedex, France

Auteur correspondant : Dr Odile Guiraudet, service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, 74, Bd de Port Royal, 75230 Paris Cedex, France

Tel. : 33 (0)1 40 51 41 19 – Fax : 01.40.51.41.67

Adresse email : odile.guiraudet680@orange.fr

Résumé

Bien qu'appartenant au champ des pathologies psychiatriques, la pathomimie est le plus souvent rencontrée par les somaticiens. Il s'agit d'un trouble factice aux enjeux diagnostiques importants : il va d'abord s'agir d'en porter rapidement le diagnostic positif car les conséquences somatiques peuvent être dramatiques ; par ailleurs, ce concept est à la croisée de plusieurs entités (mythomanie, automutilation, hypocondrie, conversion, simulation, psychose...) qui complexifient le diagnostic différentiel.

À travers deux vignettes cliniques, nous reprendrons les différents aspects cliniques des pathomimies, puis nous aborderons la démarche diagnostique avant de terminer sur une réflexion psychopathologique relative à ces observations.

Mots clés : Pathomimie ; Psychopathologie ; Psychose ; Simulation ; Trouble factice

Abstract

Despite being recognised as a psychiatric disease, pathomimia is often encountered in the professional life of physicians. It is a factitious disorder with important diagnostic stakes: first, it needs to be diagnosed quickly because physical damage can be horrendous; furthermore this concept is a mix of many entities (mythomania, self-mutilation, hypochondria, conversion, simulation, psychosis...) which complicate differential diagnosis.

Through two clinical cases, we will go through the different clinical aspects of pathomimia, then we will cover the diagnostical approach and finally we will conclude on psychopathological thoughts about these observations.

Keywords: Factitious Disorder; Pathomimia; Psychopathology; Psychosis; Simulation

1. Introduction et définitions

Le terme de « pathomimie », introduit pour la première fois par Dieulafoy en 1908, désigne un trouble factice avec signes et symptômes à prédominance physique.

Au regard des classifications nosographiques internationales actuelles (classifications F68.1 dans le DSMIV-TR et la CIM-10), les critères diagnostiques des troubles factices sont similaires. Le trouble factice, du latin *facere* (faire), ne désigne pas le trouble faux mais le trouble fabriqué.

Pour ces deux classifications, le patient produit ou feint intentionnellement des signes ou des symptômes physiques ou psychologiques avec la motivation présumée de jouer le rôle de malade. Parmi les troubles factices, les pathomimies sont des troubles psychiques contribuant à la production délibérée de symptômes physiques.

Le DSMIV-TR insiste sur l'absence de motifs extérieurs à ce comportement et de bénéfices immédiats recherchés (par exemple, obtenir de l'argent, fuir une responsabilité légale, ou améliorer sa situation matérielle ou physique...) [2], ce qui différencie le trouble factice de la simulation.

La CIM-10 individualise ce trouble parmi les troubles importants de la personnalité et du comportement chez l'adulte [9]. Cependant, et bien qu'appartenant au champ des pathologies psychiatriques, la pathomimie est le plus souvent rencontrée par les somaticiens. Les psychiatres arrivent souvent tardivement auprès du patient et c'est exceptionnellement avec la possibilité de les amener à un suivi psychiatrique ou psychologique.

Dans un service d'endocrinologie, nous avons pu rencontrer deux patients présentant une pathomimie endocrino-métabolique et pour lesquels se pose la question des troubles de la structure de la personnalité. Au-delà du recueil clinique purement symptomatique, il est important de saisir la place de tels comportements dans l'économie psychique particulière à chacun.

2. Aspects cliniques

Les formes cliniques des troubles factices sont multiples et hétérogènes. Ils concernent essentiellement les femmes (environ trois quarts des cas) même si le syndrome de Münchhausen concerne surtout les hommes.

L'âge de début se situe entre 5 et 40 ans et serait plus tardif chez l'homme, avec un âge moyen lors du diagnostic de 30 ans. Une forte proportion de sujets (près de 60 %) exerce une profession paramédicale.

Les pathomimies les plus décrites dans la littérature [4,6,7] sont :

- la thermopathomimie par manipulation du thermomètre ou par auto-inoculation de matières fécales, d'urine... ;
- la dermatopathomimie avec excorations (coups d'ongles, d'aiguille) ou ulcérations (caustiques, brûlures) dont la cicatrisation est traînante, l'évolution capricieuse et émaillée de surinfections ;
- les hémorragies par saignement provoqué conduisant à un syndrome de Lasthénie de Ferjol lorsqu'elles sont à l'origine d'une anémie hypochrome ferriprive ;
- le syndrome de Münchhausen qui associe une symptomatologie somatique bruyante et inquiétante avec la recherche de multiples interventions chirurgicales, une mythomanie, et un nomadisme médical.

Classiquement, ces sujets subissaient en urgence des laparotomies exploratrices, bien souvent hâtives et inutiles, et devenaient de véritables « balafres de l'abdomen ». Grâce au progrès des techniques d'imagerie, le nombre de ces interventions a été considérablement réduit au profit de multiples investigations diagnostiques.

- le syndrome de Münchhausen par procuration qui correspond aux sévices secrètement exercés sur un enfant, par sa mère le plus souvent ;
- enfin, les autres pathomimies somatiques parmi lesquelles : hypoglycémies provoquées par injection d'insuline ou par ingestion d'hypoglycémifiants, ingestion d'anticoagulants, œdème pulmonaire provoqué par inhalation d'eau, pneumothorax induit [10], etc.

Dans le cas de l'existence d'une pathologie organique associée, la pathomimie s'expose délibérément à un facteur susceptible de déclencher une actualisation du trouble (épilepsie, asthme, décompensation diabétique...).

3. Orientation diagnostique

Lorsqu'un trouble factice est suspecté, il ne s'agira pas de rechercher l'aveu du patient ni de viser le « flagrant délit ».

Le diagnostic de trouble factice est le plus souvent porté sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques discordants et après relecture minutieuse du dossier médical souvent très riche.

Les principaux éléments d'orientation diagnostique sont l'allure inhabituelle du tableau clinique, une évolution capricieuse et déroutante, ainsi que la multiplicité des antécédents médicaux avec des pathologies polymorphes aux diagnostics parfois imprécis [7]. La coexistence avec une pathologie authentique que le trouble factice complique renforce la difficulté diagnostique.

D'autres critères diagnostiques peuvent être retenus, notamment l'évolution de la maladie contraire à l'expérience médicale habituelle : complications récurrentes de cicatrisation, pérennisation de symptômes malgré des soins adaptés, durée de séjour hospitalier largement supérieure à la durée moyenne de séjour pour une même pathologie.

Il existe souvent des rapports précoces avec la maladie et les médecins, ou l'appartenance à une profession paramédicale.

4. Exposé des vignettes cliniques

4.1. Observation clinique n° 1

Monsieur O., âgé de 34 ans, originaire du Gabon, est admis de façon itérative dans le service d'endocrinologie pour décompensation acido-cétosique. En deux ans, il s'agit de la quarantième décompensation !

Ce patient est diabétique depuis l'âge de 15 ans mais son suivi avant 2005 est flou et énigmatique. Son histoire médicale est difficile à retracer et jalonnée de différentes hospitalisations dans divers services. Il consulte dans la majorité des cas directement auprès de services d'urgence et se présente avec un tableau de douleur abdominale aiguë dont la

symptomatologie est spectaculaire et évocatrice d'une urgence médicale ou chirurgicale : il gémit et se tord de douleur, en particulier lorsque l'équipe l'entoure. Un début d'acidocétose diabétique et une importante gastroparésie en lien avec une neuropathie végétative sont fréquemment retrouvés mais n'expliquent la douleur que de façon partielle. Il affirme ne pas arrêter son insuline mais l'hospitalisation en endocrinologie est nécessaire pour la réinitier. En quête d'attention, il fait l'objet de l'inquiétude de l'équipe médicale. Docile devant tout acte invasif, il subit plusieurs fibroscopies œso-gastro-duodénales et autres investigations diagnostiques souvent sophistiquées et coûteuses à la recherche d'une maladie rare. De très nombreux diagnostics sont éliminés et plusieurs opérations sont réalisées : appendicectomie, cholécystectomie et pose de prothèse pénienne. Une pose de « pacemaker » gastrique a récemment été envisagée.

Au cours de ses hospitalisations, de multiples troubles du comportement sont notés : potomanie, tentative d'auto-intoxication par eau de Javel, vomissements provoqués entraînant un syndrome de Mallory Weiss, attitudes exhibitionnistes, réalisation répétée et non fondée médicalement d'auto-sondages jusqu'à l'hématurie macroscopique...

Une dermatopathomimie de type plaie du gros orteil, de cicatrisation longue et d'aspect inhabituel, sera confirmée quand le patient sera surpris aggravant lui-même ses lésions cutanées.

Derrière une façade pseudo-hystérique, derrière une présentation théâtrale et dramatisée, l'étude du mode de relation à autrui et notamment aux personnels médicaux apporte un éclairage intéressant sur le type de structure de personnalité de ce patient. Très isolé sur le plan affectif depuis son immigration, il explique qu'il était indispensable pour lui de bénéficier de soins en France. Il estime la qualité des soins supérieure et avoue des avantages financiers au système de santé français.

Convaincu de la gravité de son diabète, il exprime l'angoisse d'une mort prochaine. Sur le mode de la plainte hypocondriaque, il revient sans cesse pour le même motif et conduit le personnel médical à l'interventionnisme. Les prélèvements, difficiles à réaliser en veineux, sont réalisés en artériel avant la pose d'une chambre implantable.

Monsieur O. est peu éloquent et renfermé. Il se sent incompris, mal traité et émet une plainte permanente, teintée de revendications à l'égard de l'équipe médicale. Connaissant ses droits, il les rappelle avec véhémence afin d'obtenir satisfaction.

Déclenchant chez les soignants des réactions de contre-attitudes négatives, ceux-ci répondent au trouble factice par une thérapeutique factice, avec notamment des injections de sérum physiologique...

4.2. Observation clinique n° 2

Madame R., âgée de 41 ans, est diabétique de type 1 depuis l'âge de 18 ans. Elle recense, avec un profond détachement, plusieurs centaines d'hypoglycémies. Elle explique que la découverte du diabète est venue marquer une véritable rupture dans son existence. Vécue comme persécutante, la maladie l'a conduite à élaborer une stratégie délirante autour de l'alimentation avec des conduites restrictives et une désorganisation manifeste telles, qu'elle a été hospitalisée sous contrainte durant plusieurs mois. Sa vie s'est organisée autour de la maladie et quotidiennement, elle est en proie à une inquiétude délirante autour de l'idée d'« être en hyperglycémie ». Elle trie ses aliments et cherche à éliminer sucres, graisses et féculents de son alimentation.

Elle s'injecte des bolus d'insuline plusieurs fois par jour jusqu'aux malaises hypoglycémiques sans effectuer au préalable d'autocontrôle glycémique : « Je le ressens quand je suis trop sucrée, j'ai la bouche pâteuse... » Derrière ses conduites, nous ne mettons pas en évidence un désir de contrôle du poids ni de dysmorphophobie, mais plutôt des autoreproches permanents, la conviction d'avoir commis une faute dont le diabète serait le châtiment, et un phénomène d'automatisme mental. Une voix intérieure, qui s'impose à elle de façon irrépessible, lui ordonne de faire l'injection et elle ne s'apaise qu'une fois l'acte accompli...

Elle se provoque parfois des hypoglycémies graves, véritables fragments de suicide, responsables de traumatismes orthopédiques : fracture du fémur gauche, fracture ouverte tibia péroné du membre inférieur gauche, fracture instable de l'odontoïde.

L'origine iatrogène des hypoglycémies sera découverte en centre de rééducation fonctionnelle : une hypoglycémie inexpliquée nécessite la perfusion de glucosé. L'équipe médicale retrouve dans ses affaires personnelles des stylos d'insuline et la patiente expliquera un surdosage volontaire d'insuline gardée en chambre...

5. Aspects psychopathologiques et réflexion relative à ces observations

La psychopathologie des pathomimes est complexe et peu connue, ceux-ci n'étant généralement pas en mesure d'envisager la perspective d'un abord psychiatrique de leur trouble. Contrairement à la simulation, le trouble n'est pas d'utilité immédiate et est gravement coûteux pour le patient.

Un des points psychologiques essentiels se joue dans la relation nouée entre le patient et le médecin ou l'équipe médicale, le corps livré du patient venant au centre des enjeux. La pathomimie procure au sujet un statut de « malade » difficilement curable et elle devient un instrument de puissance et de manipulation agressive.

Le pathomime, à la personnalité gravement pathologique, vit des relations d'amour-haine, de sadomasochisme, de dépendance et de rejet vis-à-vis de l'équipe médicale.

Dans la littérature, sont le plus souvent décrits des troubles de la personnalité de type hystérique, état limite, ou psychopathique [4,5,7]. Composante perverse, dimension hypocondriaque et structure psychotique sont également évoquées [1,3,8].

Il est en fait précieux de repérer quelle est, pour le patient, la place dévolue à l'autre médical. L'autre peut être appelé à être témoin et à prendre acte de l'atteinte du corps, cela peut être une forme de défi lancé au médecin, une façon de le confronter à ses limites et à son impuissance. Ailleurs, l'autre est appelé à devenir l'acteur de l'atteinte somatique et à être celui qui va entrer dans l'axe de cette attaque réelle du corps.

Ainsi, dans la première observation clinique se dévoile progressivement une dimension hypocondriaque délirante. Le comportement du patient a pour but de prolonger les soins et d'obtenir d'autres explorations qui viendront alimenter sa construction délirante. Selon lui, ses douleurs abdominales viennent de la paralysie de son estomac. Quand il a une perception douloureuse en mangeant, il ne mange plus et, pour éviter l'hypoglycémie, il ne s'injecte pas d'insuline. Il est alors réhospitalisé en urgence avec la conviction que sa guérison viendra de la pose d'un « pacemaker » gastrique. Toutes les séances d'éducation diététique et d'informations sur la maladie seront vaines tant que cette construction folle qui crée des ravages terribles dans son corps n'aura pu être détournée. Ce patient vient inlassablement exposer son corps, s'occasionner des lésions supplémentaires pour rajouter de nouveaux arguments à sa construction et essayer d'emporter plus rapidement l'adhésion des médecins. Lorsqu'un travail psychiatrique est proposé pour essayer d'interrompre ce processus, il n'est pas question de modifier cette construction, sous peine de voir se démasquer très rapidement une dimension revendicatrice et persécutrice.

Dans la deuxième observation clinique, on repère chez cette patiente diabétique une force qui la pousse à répéter les hypoglycémies. Quand son état physique exige un resucrage, elle s'y oppose avec force avant de céder, épuisée et à la limite de la perte de connaissance. Le point saillant de ce qu'elle confie semble concerner son corps : elle ne supporte pas de le sentir sucré et éprouve un infini soulagement à le purifier. Cet autre qu'est son corps tel qu'elle en parle n'est supportable qu'à la condition de cette purification. On repère dans ses

surdosages volontaires en insuline le mode d'expression d'un délire paranoïde à thème hypocondriaque prévalent, intriqué à des éléments mélancoliques.

Pour faire entendre sa souffrance psychique, cette patiente psychotique intervient sur le réel de son corps, en lui portant délibérément atteinte, puis demande aux médecins de soigner ses maux, alors même qu'elle continue à les induire ou à les entretenir.

6. Conclusion

La pathomimie est polymorphe, d'évolution chronique, et peut être émaillée de graves complications somatiques, mais aussi psychiatriques. Elle est difficile à prendre en charge pour le somaticien mais aussi pour le psychiatre. On assiste en effet à un véritable enchaînement de ces patients dans une conduite qui leur échappe totalement. Les patients atteints de ce trouble sont bien souvent insaisissables, et la structure qui se dégage de tels comportements est bien souvent une structure psychotique.

L'attitude à adopter face à de tels patients est difficilement codifiable. Leur prise en charge demande un investissement pluridisciplinaire le plus précoce possible. La collaboration entre spécialistes du corps et psychiatres est essentielle afin de réaliser un travail d'élaboration commun du projet thérapeutique, et ce en amont de la rencontre du patient avec le psychiatre.

L'enjeu, sans négliger l'expression somatique des difficultés du sujet, sera de lui permettre d'aborder la dimension psychopathologique de son trouble.

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur

Références

- [1] Abelhauser A. Pathologies factices et vérité subjective. *Evol Psychiatr* 1999;64:113-33.
- [2] American Psychiatric Association. Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000). Traduction française par Guelfi J-D et al. Paris: Masson; 2004.
- [3] Fénelon G. Le syndrome de Münchhausen. Paris: Nodules, PUF; 1998.
- [4] Gasman I, Rouyer V, Borentain S. À propos du syndrome de Münchhausen, du Münchhausen par procuration et de ses descriptions cliniques. *Ann Med Psychol (Paris)* 2002;160:169-73.

- [5] Lemogne C, Fossati P, Allilaire JF. De la pathomimie à la dépendance aux soins : approche dimensionnelle et perspectives thérapeutiques. *Ann Med Psychol (Paris)* 2006;164(8):676-81.
- [6] Lemperière T, Féline A, Adès J, et al. Les pathomimies. In: *Psychiatrie de l'adulte*. Paris: abrégés Masson 2^e édition 2006:446-50.
- [7] Limosin F, Loze JY, Rouillon F. Clinique et psychopathologie des troubles factices. *Ann Med Interne* 2002;153(8):499-502.
- [8] Minvielle S, Vallet D, Plouznikoff M. Syndrome de Münchhausen : au-delà de la clinique, la structure. *Synapse* 1997;(135):39-42.
- [9] Organisation mondiale de la santé (WHO): Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V : troubles mentaux et troubles du comportement. Paris: Masson; 1993.
- [10] Urshel JD, Miller JD, Bennett WF. Self-inflicted pneumothoraces. *Ann Thorac Surg* 2001;72:280-1.

Discussion

Pr M. Bénézech – Votre agréable communication me fait souvenir d'un cas que j'avais observé en milieu carcéral et qui concernait un faux lépreux, vrai frotteur, authentique délirant qui avait mis le feu à un cinéma qu'il croyait être un repère d'extraterrestres (*Journal de Médecine Légale Droit Médical* 1992;35:203-5). Cet homme présentait une pathologie cutanée impressionnante (autoprovoquée ?) qu'il affirmait lépreuse, ce qui n'était pas le cas, mais qui avait posé de nombreux problèmes diagnostiques et relationnels en prison. Par ailleurs, votre travail évoque le syndrome de Lasthénie de Ferjol, héroïne dramatique de Barbey d'Aurevilly (*Une histoire sans nom*), que l'on rencontre parfois chez les infirmières, la privation volontaire de sang remplaçant ici les hypoglycémies pathomimiques. Nous sommes dans le domaine des autopunitions plus ou moins délirantes.

Dr J.-P. Luauté – Sur le plan diagnostique, on peut se demander si votre premier cas n'est pas proche du syndrome de Münchhausen ; quant au second, il s'agit surtout d'un trouble délirant avec comportements en rapport (comme vous l'avez parfaitement décrit).