

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Un cas de syndrome de Munchausen (trouble factice)

K. KJIRI (1), A. AJAMIEH (1), M. HANSENNE (2), M. ANSSEAU (3)

RÉSUMÉ : Les troubles factices sont caractérisés par des symptômes physiques ou psychologiques produits intentionnellement ou stimulés dans le but de jouer le rôle de malade. Dans la forme particulièrement grave que constitue le syndrome de Munchausen, la vie entière de l'individu peut consister à essayer de se faire admettre ou de rester à l'hôpital.

Au travers du cas d'un patient âgé de 47 ans présentant des symptômes d'allure neurologique associés à des plaintes psychologiques, le problème du diagnostic différentiel d'un trouble factice est ici posé. Intégrer la symptomatologie alléguée à l'histoire personnelle du sujet paraît indispensable à la compréhension et à la prise en charge globale du patient.

Le trouble factice se définit par la production intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques de façon quasi compulsive (1). En effet, bien que produits de façon délibérée, ces comportements deviennent incontrôlables. De façon plus spécifique, Asher (2) a décrit en 1951 sous le nom de *syndrome de Munchausen* certains troubles dont la caractéristique essentielle est la manipulation plus ou moins consciente de l'histoire clinique, de l'identité et de la biographie, dans le but manifeste d'induire une prise en charge médicale. Ce syndrome est actuellement inclus dans les troubles factices (1).

En 1981, Hyler et Sussman (3) ont défini un ensemble d'éléments permettant d'établir le diagnostic positif de ces troubles. Parmi eux on retrouve notamment une notion de "pseudologie fantastique" qui colore le discours de tels patients. Cette tonalité mythomane donne à leur récit biographique un profil chaotique, caractérisé par une très grande richesse en événements extraordinaires contrastant avec l'extrême incohérence et l'imprécision des détails fournis.

L'histoire clinique des patients interpelle par la multiplicité des séjours en milieu hospitalier, motivés par la présence d'une ou plusieurs maladies factices; parmi elles ont été recensées de nombreuses pathologies somatiques (plaintes abdominales; anémie hypochrome microcytaire par carence martiale; syndrome hémorragique; syndromes neurologiques; pyrexie factice; lésions dermatologiques...), des pathologies de deuil (4), des états de stress post-traumatiques (5), des états d'abus d'alcool (6), de même que l'on a pu identifier l'existence de syndromes dissociatifs, de troubles conversifs et de symptômes psychotiques factices (7).

A CASE OF MUNCHAUSEN SYNDROME (FACTITIOUS DISORDER)

SUMMARY : Factitious disorders are characterized by physical or psychological symptoms that are intentionally produced or feigned in order to assume the sick role. In the particularly severe type presented by Munchausen syndrome, the person's entire life may consist of either trying to get admitted to or staying in hospitals. From the case of a 47 year old patient exhibiting symptoms of neurological aspect associated with psychological complaints, the issue of differential diagnosis of a factitious disorder is addressed. The integration of the reported symptomatology to the subject's personal history seems indispensable to the understanding and the global therapy of the patient.

KEY-WORDS : Factitious disorder - Munchausen syndrome - Malingering

Durant leur hospitalisation, ces sujets arborent avec insistance une attitude revendicatrice de soins et d'exams complémentaires auxquels ils se soumettent passivement. Certains auteurs ont même qualifié de sadomasochiste la relation qui s'instaure entre le patient et son médecin qui peut utiliser facilement des thérapies agressives. L'isolement de ces patients durant l'hospitalisation est assez courant de même que leur sortie contre avis médical.

OBSERVATION CLINIQUE

Monsieur A., âgé de 47 ans, sans antécédents psychiatriques avoués, a été admis au Service des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Liège suite à une chute survenue sur la voie publique avec notion de perte de conscience.

Une heure après son admission, profitant d'un instant d'inattention de l'équipe soignante, le patient a fugué du Service de Radiologie, cathéter en place. Contre toute attente, il s'est représenté quelques heures plus tard, avouant ses regrets quant à l'impulsivité de son geste. Le psychiatre contacté a évoqué le diagnostic d'une décompensation anxio-dépressive associée à un état de dépendance alcoolique et à un état de stress post-traumatique à survenue différée suite au décès de l'épouse, et a organisé le transfert du patient dans le Service de Psychiatrie pour une mise au point diagnostique et thérapeutique.

Dès le lendemain, le patient a révélé qu'il avait quitté deux jours auparavant le Service de Neurologie où une large batterie d'exams complémentaires avait fait évoquer le diagnostic de polyneuropathie périphérique d'étiologie éthylique. Toutefois, les neurologues avaient souligné la discordance manifeste entre les troubles neurologiques subjectifs importants observés (troubles de la marche et douleurs

(1) Assistant, (2) Psychologue, (3) Chargé de Cours et Chef de Service, Université de Liège, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale

extrêmement invalidantes) et le peu de lésions objectives mises en évidence. Forts de ce constat et devant l'extrême variabilité de la symptomatologie, ainsi que de son contexte de survenue, nous avons évoqué l'hypothèse de troubles conversifs chez M. A.

Par ailleurs, M. A. a relaté le souvenir tragique d'un accident survenu 22 ans auparavant, durant son voyage de noce qui a coûté la vie à son épouse. Le patient a expliqué avoir mis plusieurs années à dépasser un état que l'on a pu identifier comme étant un état de stress post-traumatique.

Durant l'hospitalisation, nous avons été fortement interpellés par le caractère rapidement résolutif de la symptomatologie clinique psychiatrique du patient, qui nous est apparu comme un véritable "miraculé". Toutefois, le plus surprenant fut son récit biographique d'abord très lacunaire, puis de plus en plus étoffé au fur et à mesure des entretiens et parsemé d'éléments contradictoires. Ainsi, selon ses dires, M. A. serait issu d'une riche famille commerçante. Enfant non désiré, il aurait été dès le bas-âge rejeté par son père, confiné dans un statut d'"enfant faible". C'est en réaction à cette situation qu'il aurait réalisé de "brillantissimes" études d'ingénieur commercial. Il aurait très rapidement quitté le domicile parental et multiplié ses voyages à l'étranger pour s'imprégner de "cultures" et de langues étrangères. Son père serait décédé de chagrin (il nous a dit lors d'autres entretiens que celui-ci était porteur d'un cancer au stade terminal), et M. A. aurait été expressément rappelé pour reprendre l'entreprise familiale. C'est à cette époque que serait survenu le tragique accident. De façon réactionnelle, le patient aurait été particulièrement impliqué dans son travail, et c'est ainsi que son entreprise aurait connu une expansion vertigineuse avec l'ouverture de plusieurs complexes touristiques à Ténériffe, au Kenya et en Afrique du Sud. De plus, le patient serait devenu propriétaire de multiples centres commerciaux dans les principales grandes villes de Belgique. Il aurait même été sollicité pour coopérer avec des multinationales de renom.

Interrogé sur le fait qu'aucun membre de sa famille ne lui rendait visite, M. A. nous a tout d'abord répondu que ceux-ci refusaient l'idée qu'il était hospitalisé en milieu psychiatrique. Quelques jours plus tard, il nous a avoué qu'en réalité il était domicilié à l'hôtel "Holiday Inn" de Liège, ayant perdu tout contact avec sa famille. Sa mère serait placée en maison de repos, sa compagne actuelle l'aurait quitté en raison de l'éthylisme chronique qu'il présente; l'aînée de ses soeurs serait décédée d'une tumeur

cérébrale; son frère serait handicapé et son autre soeur aurait définitivement rompu avec lui.

La grande richesse des événements qui avaient ponctué son existence contrastait avec la pauvreté en détails et en précision dont était empreint son discours. Intrigués nous avons entamé une double recherche : l'une orientée vers un éventuel passé psychiatrique et l'autre vers la confirmation de son statut socioprofessionnel.

A la manière d'un véritable puzzle, nous avons pu reconstituer après avoir contacté de multiples centres de la région, une partie de l'histoire chaotique de M. A. Ainsi, il a été hospitalisé à maintes reprises en milieu psychiatrique:

- en février 86 : état dépressif majeur associé à une dépendance alcoolique;
- en mai 86 : mêmes diagnostics, associés à une baisse brutale de l'acuité visuelle et à des myalgies diffuses très handicapantes;
- en août 86 : rechute éthylique et troubles somatiques à type de crampes abdominales et de vomissements importants;
- en octobre 86 : tentative de suicide par pendaison et par ingestion massive de médicaments;
- en décembre 86 : état dépressif majeur avec idéation suicidaire déclenché par d'importants différents qui l'auraient opposé à son associé quant à la gestion de l'une de leurs succursales;
- en février 87 : dépression réactionnelle à un accident de la circulation, associée à de multiples plaintes somatiques ayant nécessité de nombreux examens complémentaires. M. A. a même présenté un tableau pseudo-confusionnel bref (30 minutes) spontanément résolutif;
- en juin 87 : tentative de suicide par pendaison avec sortie de l'hôpital contre avis médical;
- en juillet 88 : tentative de suicide par ingestion médicamenteuse, présentée comme la conséquence d'une banqueroute financière alléguée (perte de plus de 20 millions de francs);
- en octobre 88 : tentative de suicide par ingestion de méthanol.

Aucun renseignement n'a pu être obtenu entre cette dernière hospitalisation et son admission en neurologie en août 96.

Parallèlement, l'enquête sociale a d'abord permis de déceler certaines anomalies concernant la couverture sociale de M. A. pour finalement révéler qu'il était hébergé depuis plusieurs mois par ... l'armée du salut ! Nous avons pu également joindre la soeur du patient qui nous a affirmé n'avoir plus de contact avec son frère depuis plusieurs années et il nous est apparu, à travers son discours que la seule chose qui sem-

blait authentique, était ce tragique accident survenu à son épouse. M. A. est en fait issu d'une famille modeste et n'a jamais dirigé aucune entreprise ou société. Il s'est remarié il y a une douzaine d'années et a un fils âgé de 10 ans. Ses absences brutales et injustifiées ont conduit son épouse à demander et à obtenir le divorce. Leurs contacts n'ont plus été que superficiels et très ponctuels. Nous avons également pu apprendre que M. A. avait été hospitalisé à de nombreuses reprises avant 1986 mais nous n'avons pas pu obtenir de précisions. Malgré les précautions prises quant à la confrontation de M. A. à l'ensemble de ces éléments, notre patient a signé une décharge et a quitté le service sans qu'il ait pris le soin de justifier le moindre de ses dires.

DISCUSSION

Le cas de M. A. illustre les différents niveaux de difficulté qui résident dans l'appréhension des troubles factices en général et du syndrome de Münchausen en particulier. La grande richesse sémiologique, somatique et psychiatrique présente au décours de ce syndrome rend compte de la difficulté que rencontre le clinicien à poser un diagnostic.

Dans le cas de notre patient et selon les critères du DSM IV nous avons retenu sur l'axe I les diagnostics suivants : état dépressif majeur; état de dépendance alcoolique; état de stress post-traumatique à survenue différée; trouble somatoforme.

Sur l'axe II, un certain nombre d'éléments nous ont paru relever d'une structure de personnalité histrionique.

Sur l'axe III, on retrouvait l'existence de polyneuropathie d'origine éthylique débutante.

La résolution spectaculaire, voire la disparition de toute symptomatologie anxieuse et dépressive ainsi que l'inexistence de signes de sevrage alcoolique en l'absence de toute médication, nous ont amenés à reconsidérer l'authenticité des éléments diagnostiques ayant conduit à cette hospitalisation. Dès lors, une autre écoute des symptômes s'est avérée indispensable à la compréhension globale du tableau clinique. Le doute portait essentiellement sur le seul diagnostic qui restait patent sur l'axe I à savoir le trouble somatoforme. La véracité d'un tel diagnostic a été remise en cause par la nature même du discours du patient, qui est apparue de plus en plus mythomane avec des thèmes mégalomane dominants.

Selon le DSM IV, il convient d'établir le diagnostic différentiel entre la simulation, le trouble somatoforme et le trouble factice. Théoriquement cette distinction peut découler du niveau de

conscience du patient quant à la production de son symptôme, ainsi que de sa capacité à en soumettre l'évolution à sa propre volonté. Ainsi, la production intentionnelle orienterait vers l'éventualité d'un trouble factice ou d'une simulation. Dans le cas de M. A., les résultats obtenus au terme de la double enquête sociale et médicale nous ont de fait exclu du champ du trouble somatoforme. Il persistait alors un certain doute diagnostique entre la simulation et le trouble factice, basé sur la possible recherche de bénéfices matériels comme en témoignaient les difficultés socioprofessionnelles et familiales que rencontrait M. A. Le diagnostic différentiel peut en effet se fonder sur la nature des objectifs qui sous-tendent la production des symptômes. Dans la simulation, les bénéfices sous-jacents, matériels la plupart du temps, sont souvent clairement identifiables, y compris par le patient lui-même. Il semble que dans le trouble factice, l'objectif recherché soit l'acquisition du statut de malade et renvoie à certaines difficultés psychologiques.

Chez M. A., les troubles psychiatriques étaient antérieurs aux difficultés financières et familiales et semblaient d'ailleurs en être la cause plutôt que la conséquence. La grande richesse des antécédents cliniques du patient, son errance hospitalière, le caractère exceptionnellement mythomane et mégalomane de sa biographie étaient justement autant d'éléments révélateurs de sa souffrance et de ses difficultés psychologiques; et ce n'est qu'intégré dans cet ensemble que le symptôme pourrait prendre tout son sens, et devenir ce que Dupré (1905) désignait sous l'appellation de "fables en action".

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association.— *DSM-IV : diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. American Psychiatric Press, Washington, 1994.
2. Asher R.— Münchausen's syndrome. *Lancet*, 1951, 239-241.
3. Hyler SE, Sussman N.— Chronic factitious disorder with physical symptoms (The Münchausen syndrome). *Psych Clin N Am*, 1981, 4, 365-377.
4. Snowden J, Solomons R, Deuce H.— Feigned bereavement; twelve cases. *Br J Psychiatr*, 1978, 133, 15-19.
5. Geriocioti TD, Van-Dyke C, Mueller J, et al.— The onset of Münchausen's syndrome. *Gen Hosp Psychiatr*, 1987, 9, 405-409.
6. Caradoc-Davies G.— Feigned alcohol abuse. A unique case report. *Br J Psychiatr*, 1988, 152, 418-420.
7. Pope G, Jones B.— Factitious psychosis : phenomenology. Family history and long term outcome of nine patients. *Am J Psychiatr*, 1982, 139, 1480-1483.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. M. Ansseau, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.