

Une affection à mi-chemin entre soma et psyché

Hypersensibilité chimique multiple

Rolf Adler

Le problème

L'hypersensibilité chimique multiple (HCM) peut se manifester par une inflammation cutanée, des démangeaisons, un prurit anal, des sensations de fourmillement (paresthésies), des nausées, des vomissements, des selles liquides, des crampes abdominales, une sensation d'oppression dans la poitrine, une détresse respiratoire, une tachycardie, des crises de panique, une transpiration excessive, des céphalées, des vertiges, une vision floue, des pertes d'équilibre, de la fatigue, une sensation de faiblesse, une dépression, des ganglions enflés et d'autres symptômes encore.

Certains chercheurs [1] ont tenté de formuler des critères diagnostiques: (1) Les symptômes réapparaissent en cas d'exposition répétée. (2) Le tableau symptomatique est déjà présent depuis une période considérable. (3) Une exposition de faible niveau suffit à déclencher le syndrome. (4) Les symptômes disparaissent en cas d'évitement des substances chimiques incriminées. (5) Des substances chimiques sans lien entre elles déclenchent le syndrome. (6) Les symptômes touchent de nombreux systèmes d'organes, soit de manière concomitante soit à des occasions distinctes.

La *American Medical Association* a décidé de ne pas reconnaître l'HCM en tant que maladie organique provoquée par des substances chimiques. Une origine psychogène a également été rejetée [2].

Face à une situation si confuse, il est utile de revenir sur la présentation clinique de ce trouble. L'histoire médicale d'une patiente, qui est relatée ci-dessous, est présentée sous un angle biopsychosocial dans l'espoir d'y voir plus clair dans le développement et la présentation de l'HCM.

Le cas de Madame T., 61 ans

Madame T. m'a été adressée par une interniste, qui détient également le titre de spécialiste en psychiatrie/psychothérapie. Dans son compte rendu (que j'ai uniquement lu après mon premier entretien avec la patiente), elle avait noté: Madame T. travaillait comme vendeuse. Elle a divorcé après 18 années de mariage. Sa fille unique a 38 ans. La patiente vit en concubinage avec un homme depuis 10 ans. En 2003, elle a perdu son emploi en raison d'une restructuration de l'entreprise où elle travaillait. Elle n'a pas retrouvé de nouvel emploi. Elle a eu une enfance malheureuse et a souffert

d'asthme. Pour cette raison, elle a été envoyée en réhabilitation durant trois mois, loin de chez elle. Son père était un homme irascible. Il se mettait en colère sans raison apparente, ne parlait plus pendant des jours et jurait souvent. La relation parentale était tendue, ce qui a amené la patiente à quitter sa famille à l'âge de 18 ans. Son père a été victime d'un premier infarctus du myocarde lorsqu'elle avait 14 ans. Après cet épisode, il s'est encore davantage replié sur lui-même. Il réclamait des repas spécialement préparés, souffrait de diarrhée et interdisait strictement à sa famille l'utilisation de sucre. Lorsque la patiente était âgée de 23 ans, il a été hospitalisé en raison d'un troisième infarctus du myocarde. La mère a défendu à sa fille d'aller rendre visite à son père, parce que son foie était défaillant et qu'il était trop faible pour la voir. Lorsqu'elle a tenté de le joindre par téléphone le lendemain, elle a appris que son père était décédé. Elle s'est sentie coupable.

En 2010, un cancer du sein a été diagnostiqué à la patiente (PT1c PNO cMO RO G2). Une chimiothérapie et une radiothérapie ont été initiées. Après la première phase de traitement, en novembre 2011, elle a commencé à penser de plus en plus à son père et s'est gardée d'exprimer ses sentiments. A l'issue du traitement, des problèmes nutritionnels sont apparus. Elle ne tolérait plus la plupart des aliments, souffrait de diarrhées et ressentait des douleurs derrière le foie. Elle a pris des comprimés pour renforcer le foie, mais sans succès. Elle a alors décidé d'exclure totalement les sucres de son alimentation et était convaincue de souffrir d'une allergie au glucose. Entre Noël 2011 et le Nouvel An, elle a été victime de deux «crises de nerfs». Les deux sont survenues après un repas et s'accompagnaient de vertiges et de palpitations cardiaques. Son poids est passé de 52 à 46 kg. Elle ne pouvait plus se tenir debout et ne supportait plus de manger du pain. Après une diarrhée, elle a réagi par une crise de larme qu'elle ne parvenait pas à s'expliquer. Je lui ai demandé si elle avait une idée au sujet de l'origine de ses sentiments. Elle a répondu qu'après que tous les examens se sont révélés négatifs, les médecins pourraient avoir raison quant au fait que des facteurs psychiques pourraient contribuer à ses symptômes. Je lui ai répondu que je partageais cet avis (elle n'a pas fait de lien entre ses symptômes et les symptômes de son père).

Observations importantes

Le syndrome a débuté peu après la fin du traitement du cancer. Elle a admis que cela l'avait privée de la possibilité de parler de ses regrets avec son entourage médical. Entre Noël 2011 et le Nouvel An, elle a craqué après deux repas. Elle était d'abord en proie à des palpitations cardiaques et des vertiges, suivis d'une perte de force. La meilleure explication à la survenue des deux premiers symptômes réside dans la réponse combattue de Cannon, tandis que le dernier symptôme peut s'expliquer par la réaction de conservation-dépression-retrait de l'énergie de Engel [3]. Les symptômes de douleur et démangeaisons au niveau du foie, de selles liquides et d'intolérance au glucose ont un lien avec les symptômes de son père. Sa tristesse et son sentiment de culpabilité se sont manifestés suite à une diarrhée et elle n'a trouvé aucune explication à ses sentiments. Ceci est évocateur d'un conflit inconscient avec le père, dont elle souhaitait obtenir l'affection et qu'elle détestait en même temps. Les troubles du père sont devenus un modèle pour la survenue de ses propres symptômes. Les symptômes l'ont aidée à réaliser le conflit; il a été en d'autres termes neutralisé (= bénéfice primaire). Ses symptômes lui ont également permis de tisser de nouveaux liens avec ses médecins (= bénéfice secondaire). Ces observations constituent des critères

positifs en faveur du diagnostic de trouble de conversion [4].

Résumé

Le cas de cette patiente de 61 ans montre comment des réalités psychiques et sociales ont conduit à des symptômes physiques par le biais d'une identification au père et d'un conflit avec lui. L'HCM n'est classée ni parmi les maladies somatiques ni parmi les maladies psychiques, ce qui n'est guère étonnant à la lumière de ce cas, le syndrome se trouvant dans l'entre-deux. Il reste à voir si la situation évoluera de la même manière chez d'autres patients atteints d'HCM lorsque les médecins les examinent sous un angle biopsychosocial.

Références

- 1 Joffrey MR, Sampalli T, Fox RA. Physiologic and symptomatic response to low-level substances in individuals with and without chemical sensitivities: a randomized controlled blinded pilot booth study. *Environ Health Perspect.* 2005;113:1178-83.
- 2 Donnay AH. On the Recognition of Multiple Chemical Sensitivity in Medical Literature and Government Policy. *Int J Toxicology.* 1999;18:383-92.
- 3 Engel GL. A psychological setting of somatic disease: The giving up-given up complex. *Proc Roy Soc Med.* 1967;60:553-5.
- 4 Adler RH. Conversion. In: Adler RH, et al. (eds). *Psychosomatic Medicine.* Munich, Jena: Urban and Schwarzenberg; 1997. Chapt. 36.

Correspondance:
Prof. Rolf Adler
Leiserenweg 4
CH-3122 Kehrsatz
michele.rolf.adler[at]
gmail.com