

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE



Année 2005

Thèse n° 139 14

Signes évocateurs d'un syndrome de Lasthénie de Ferjol en présence d'une anémie ferriprive inexpliquée

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 28 Septembre 2005

PAR

Marie-Pierre MELLIN née DUQUEROIX

Née le 15 Février 1976 à Saint Germain en Laye (78)

EXAMINATEURS DE LA THESE

- | | |
|--|-----------------|
| - Monsieur le Professeur CLEMENT | - Président |
| - Madame le Professeur ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX | - Juge |
| - Monsieur le Professeur AUBARD | - Juge |
| - Monsieur le Professeur BUCHON | - Juge |
| - Madame le Docteur DUMOITIER | - Juge |
| - Monsieur le Docteur LE FLAHEC | - Membre invité |

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESSEURS :

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE – CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

ROCHE Doriane

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS :

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel
ADENIS Jean-Paul. (C.S)
ALAIN Jean-Luc (C.S)
ALDIGIER Jean-Claude
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)
ARNAUD Jean-Paul (C.S)
AUBARD Yves (C.S)

BEDANE Christophe
BERTIN Philippe
BESSEDE Jean-Pierre
BONNAUD..François (C.S)
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)
BORDESSOULE Dominique (C.S)
BOUTROS-TONI Fernand
CHAPOT René
CHARISSOUX Jean-Louis
CLAVERE Pierre
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)
COGNE Michel
COLOMBEAU Pierre (C.S)
CORNU Elisabeth
COURATIER Philippe
CUBERTAFOND Pierre (C.S)
DANTOINE Thierry
DARDE Marie-Laure (C.S)
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)
DENIS François (C.S)
DESCOTTES Bernard (C.S)
DUDOIGNON Pierre (C.S)
DUMAS Jean-Philippe
DUMONT Daniel (C.S)
DUPUY Jean-Paul (C.S)
FEISS Pierre (C.S)
FEUILLARD Jean (C.S)
GAINANT Alain
GAROUX Roger (C.S)
GASTINNE Hervé (C.S)
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile
LABROUSSE François (C.S)
LACROIX Philippe
LASKAR Marc (C.S)
LE MEUR Yannick
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)
LIENHARDT-ROUSSIE Anne
MABIT Christian
MARQUET Pierre

PHYSIOLOGIE
OPHTALMOLOGIE
CHIRURGIE INFANTILE
NEPHROLOGIE
MEDECINE INTERNE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
DERMATOLOGIE
THERAPEUTIQUE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
PNEUMOLOGIE
DERMATOLOGIE
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
CHIRURGIE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
RADIOTHERAPIE
PSYCHIATRIE ADULTE
IMMUNOLOGIE
UROLOGIE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
NEUROLOGIE
CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
PARASITOLOGIE
PEDIATRIE
BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HYGIENE ANATOMIE
ANATOMIE
REEDUCATION FONCTIONNELLE
CHIRURGIE UROLOGIQUE ET ANDROLOGIE
MEDECINE DU TRAVAIL
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
HEMATOLOGIE
CHIRURGIE DIGESTIVE
PEDOPSYCHIATRIE
REANIMATION MEDICALE
IMMUNOLOGIE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
NEPHROLOGIE
NEPHROLOGIE
PEDIATRIE
ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE

MAUBON Antoine (C.S)
MELLONI Boris
MENIER Robert (surnombre)
MERLE Louis
MOREAU Jean-Jacques (C.S)
MOULIES Dominique (C.S)
NATHAN-DENIZOT Nathalie
PARAF François
PILLEGAND Bernard (C.S)
PIVA Claude (C.S)
PREUX Pierre-Marie
RIGAUD Michel (C.S)
SALLE Jean-Yves
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
STURTZ Franck
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
TREVES Richard (C.S)
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)
VERGNE-NEGRE Alain (C.S)
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)

RADIOLOGIE
 PNEUMOLOGIE
 PHYSIOLOGIE
 PHARMACOLOGIE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
 ANATOMIE PATHOLOGIQUE
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 MEDECINE LEGALE
 INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION MEDICALE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALAIN Sophie
ANTONINI Marie-Thérèse
BOUTEILLE Bernard
CHABLE Hélène

DAVIET Jean-Christophe
DRUET-CABANAC Michel
DURAND-FONTANIER Sylvaine
ESCLAIRE Française

Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
 Explorations Fonctionnelles Physiologiques
 Parasitologie – mycologie
 BIOCHIMIE ET GENETIQUE MOLECULAIRE, CHIMIE DES EXPLORATIONS
 FONCTIONNELLES

JULIA Annie
LAPLAUD Paul

Médecine physique et réadaptation
 Epidémiologie, économie de la santé et prévention

MOUNIER Marcelle
PETIT Barbara
PLOY Marie-Cécile
RONDELAUD Daniel

Anatomie
 Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de
 Biologie cellulaire et de la reproduction
 Laboratoire d'hématologie
 BIOCHIMIE ET GENETIQUE MOLECULAIRE, CHIMIE DES EXPLORATIONS
 FONCTIONNELLES

VERGNE-SALLE Pascale
YARDIN Catherine

Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
 Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de
 Biologie cellulaire et de la reproduction
 Rhumatologie
 Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de Biologie
 cellulaire et de la reproduction

DEDICACES

A Arnaud,

A Claire,

A mes parents et mon frère,

A ma famille,

A ma belle-famille.

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur CLEMENT,

Professeur des Universités, Psychiatrie adulte

Psychiatre des Hôpitaux

Chef de service

Qui nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de ce modeste travail.

*Qu'il daigne trouver ici l'expression de notre respectueuse admiration et de notre
profonde gratitude pour l'accueil si amical qu'il nous a toujours réservé.*

A nos Juges,

Madame le Professeur ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX

Médecine Interne

Médecin des Hôpitaux

Chef de service

Monsieur le Professeur AUBARD

Gynécologie-Obstétrique

Professeur des Universités

Chirurgien des Hôpitaux

Chef de service

Monsieur le Professeur BUCHON

Médecine Générale

Professeur Associé à mi-temps

En remerciement pour l'honneur qu'ils nous font de siéger à notre jury.

A Madame le Docteur DUMOITIER ,

Dès le départ vous m'avez soutenue et aidée

Merci pour toutes les heures passées à m'initier patiemment à la recherche clinique

Merci pour vos conseils éclairés, pour votre gentillesse et votre disponibilité,

Merci d'être ce modèle de générosité et de compétence qui me guidera tout au long de ma carrière,

Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon respect

A Monsieur le Docteur LE FLAHEC,

Pour avoir accepté de juger ce travail

Pour la qualité de votre accueil

Un grand merci pour votre gentillesse

Que soient associés à ces remerciements,

Monsieur le Professeur PREUX

Professeur des Universités

De Santé Publique

Praticien Hospitalier

Pour son soutien dans le monde abstrait de la statistique

Delphine pour son dévouement et sa disponibilité

Tous mes amis,

Merci d'être venus partager ce moment d'émotion.

PLAN

INTRODUCTION

I - GENERALITES

1. Biographie de Jules Amédée Barbey d'Aurevilly
2. Résumé d' "*Une histoire sans nom*"
3. Première description du syndrome de Lasthénie de Ferjol
4. Le symbolisme du sang
 - 4.1. le sang et la question du siège de l'âme
 - 4.2. le sang des sacrifices, le pouvoir magique du sang
 - 4.3. le sang dans la religion
 - 4.4. le sang sexuel
 - 4.5. le mythe du vampire : l'auto-vampirisme
 - 4.6. le sang et la médecine
5. Exemples d'hémorragies provoquées

II - PRESENTATION DE L'ETUDE

1. Modalités de l'étude
2. L'étude
 - 2.1. sexe et âge de début des troubles
 - 2.2. profession
 - 2.3. situation familiale
 - 2.4. contexte environnemental
 - 2.5. événements traumatisants
 - 2.6. antécédents
 - 2.7. mode de saignement
 - 2.8. fluctuations du taux d'hémoglobine
 - 2.9. entretien psychiatrique
 - 2.10. histoire de l'anémie

3. Analyse de l'étude
 - 3.1. sexe et âge
 - 3.2. profession
 - 3.3. situation familiale
 - 3.4. contexte environnemental
 - 3.5. événements traumatisants
 - 3.6. antécédents
 - 3.7. mode de saignement
 - 3.8. entretien psychiatrique
 - 3.9. durée d'évolution de la pathologie
 - 3.10. pronostic

III - DISCUSSION

1. Eliminer avant tout une cause organique d'anémie microcytaire chronique
2. Troubles factices, simulation : les principaux diagnostics différentiels
 - 2.1. définition du trouble factice
 - 2.2. diagnostic différentiel des troubles factices avec la simulation
 - 2.3. quelques diagnostics différentiels à discuter
 - 2.3.1. discussion autour de l'hystérie
 - 2.3.2. similitudes et différences entre le syndrome de Lasthénie de Ferjol et l'anorexie mentale
 - 2.3.3. discussion autour du masochisme
 - 2.3.4. discussion autour de l'hypochondrie
 - 2.3.5. diagnostic différentiel avec le syndrome de Munchhausen
3. Discussion
 - 3.1. nos résultats
 - 3.2. comparaison à l'étude princeps du Pr Bernard
 - 3.3. les difficultés rencontrées

IV - CONCLUSION

V - BIBLIOGRAPHIE

VI - ANNEXES

INTRODUCTION

Le syndrome de Lasthénie de Ferjol décrit par Jean Bernard en 1967 est une anémie hypochrome délibérément créée et entretenue par des hémorragies volontairement provoquées et dissimulées.

Le romancier Barbey d'Aurevilly a été le premier à en faire état dans "*une histoire sans nom*", roman publié en 1882. Il y raconte la triste histoire d'une jeune fille qui finit par mourir après s'être planté plusieurs aiguilles dans la région du cœur.

Nous avons eu connaissance, à travers notre travail rétrospectif sur thèses, de 13 cas de patients, en grande majorité des femmes, présentant un syndrome de Lasthénie de Ferjol de façon certaine ou très fortement suspectée.

A partir de ces observations, nous réaliserons une étude ayant pour but de mettre en lumière les éléments cliniques, biologiques et biographiques les plus pertinents qui doivent faire évoquer ce diagnostic lors d'une consultation de médecine générale devant une anémie ferriprive et une fois les principales causes organiques écartées.

1 – BIOGRAPHIE DE Jules Amédée BARBEY D'AUREVILLY



Jules Amédée Barbey d'Aurevilly naît le 2 novembre 1808 - le jour des morts - lors d'une partie de whist à l'hôtel particulier de son grand-oncle le chevalier de Montressel à Saint Sauveur-le-Vicomte. L'aîné de quatre frères, il est élevé dans un milieu familial austère, où seuls le salon de sa grand-mère et les contes normands de la servante Jeanne Roussel frappent son imagination; le romancier s'en souviendra plus tard. A dix-neuf ans, Barbey part à Paris pour terminer ses études secondaires au Collège Stanislas, où il rencontre le poète Maurice de Guérin, avec qui il se lie d'une grande amitié qui sera brisée en 1839 par la mort de ce dernier.

Reçu bachelier, Barbey poursuit ses études à la Faculté de droit de Caen. C'est là en 1832 qu'il fait ses premiers pas dans le journalisme avec la *Revue de Caen*, fondée avec son cousin et le bibliothécaire Trébutien. L'amitié entre Barbey et Trébutien dure, à une interruption près, jusqu'en 1858, et donne lieu à une importante correspondance littéraire. Dans la *Revue de Caen*, Barbey publie *Léa*, sa première nouvelle. *Le Cachet d'onyx*, écrit à la même époque suite à sa déception amoureuse auprès de Louise Cantru des Costils, ne paraîtra que plus tard.

En août 1833, ayant achevé ses études de droit, Barbey s'installe à Paris grâce à l'héritage du chevalier de Montressel. Il écrit beaucoup, mais ne parvient pas à se faire éditer. Vers 1836, l'évolution politique de Barbey le décide à adopter la particule nobiliaire d'Aurevilly dont sa famille dispose. Reçu dans des salons tels que celui de Mme de Fayet et celui de Mme de Vallon, Barbey brille par l'esprit de sa conversation. A l'époque où son frère Ernest se marie et son frère Léon prend la robe, Barbey, lui, se façonne un personnage de dandy, inspiré du modèle anglais incarné par Lord Byron et surtout par George Brummell, à qui il consacra une étude publiée par Trébutien en 1844.

Barbey collabore à plusieurs revues, telles que le *Nouvelliste* et le *Globe*, et pendant un an, il est rédacteur de la *Revue du monde Catholique*. Paraissent dans divers périodiques *l'Amour impossible*, *la Bague d'Annibal*, *les Prophètes du Passé*, et *le Dessous de cartes d'une partie de whist*, la première Diabolique. Dès sa publication en feuilleton, *Une vieille*

maîtresse connaît un succès et suscite une polémique qui tous deux étonnent l'écrivain ; désormais, il connaîtra rarement l'un sans l'autre.

En 1851, Barbey fait la rencontre de la Baronne de Bouglon, qu'il surnomme son "Ange blanc". Le dandy s'adoucit sous son influence, se réconciliant avec ses parents ainsi qu'avec la pratique religieuse. Le mariage projeté n'aura jamais lieu, mais jusque dans ses vieux jours, Barbey démultipliera les déclarations d'amour à son "éternelle fiancée".

L'Ensorcelée, publiée en 1852, affirme de nouveau le caractère régionaliste du romancier. En 1860 paraît le premier volume des *Œuvres et des Hommes*, la série dans laquelle seront édités, pendant près de cinquante ans, les 1.300 articles de critique historique, politique et littéraire écrits par Barbey. *Le Chevalier Des Touches*, préparé depuis dix ans sur la demande de Mme de Bouglon, paraît en volume en 1864, suivi de près d'*Un Prêtre Marié*, qui attirera la colère de l'Eglise.

La mort, en 1868, de Théophile Barbey, père de Jules, met au jour des dettes qui aboutissent à la vente des propriétés familiales à Saint Sauveur-le-Vicomte. Si Barbey, vieillissant, retourne plus souvent dans son pays natal, il préfère désormais séjourner à Valognes.

L'édition des *Diaboliques* en 1874 entraîne l'auteur dans un procès pour outrage à la morale publique. Le procès qui, selon Barbey, est un prétexte à "faire payer au Romancier la rigueur du Critique", terminera en un non-lieu, mais Barbey attendra huit ans avant de rééditer l'Œuvre.

A près de soixante-dix ans, Barbey est toujours le causeur étincelant, le dandy superbe d'antan et accueille dans son modeste appartement parisien de jeunes admirateurs tels que Léon Bloy et François Coppée. S'il est moins solitaire qu'autrefois, il se montre néanmoins soucieux d'éloigner ceux qui cherchent uniquement à profiter de la renommée dont il dispose maintenant.

En 1879, Barbey rencontre Louise Read, qui deviendra sa secrétaire et qui se consacrera à l'écrivain dans les dernières années de sa vie. C'est elle, légataire universelle de Barbey, qui mènera à terme la publication des *Œuvres et des Hommes*. L'année 1882 voit la publication de la dernière œuvre romanesque de Barbey, *Une histoire sans nom. Ce qui ne meurt pas*, publié en 1883, représente la version définitive de *Germaine*, écrit en 1835.

Barbey, dont la santé s'affaiblit depuis quelques années, s'éteint à Paris le 23. avril 1889, suite à une grave hémorragie. Il a 80 ans.

Quelques unes de ses oeuvres

Le Cachet d'onyx	1830
Léa	1832
Amour et Haine	1833
L'Amour impossible	1841
Memoranda	1836-1858
La Bague d'Annibal	1843
Du dandysme et de George Brummell	1844
Vellini ou une vieille maîtresse	1851
L'Ensorcelée	1854
Le Chevalier Des Touches	1864
Un prêtre marié	1865
Les Diaboliques	1874
Une histoire sans nom	1882

2 – RESUME D' "UNE HISTOIRE SANS NOM"

Roman écrit en 1846 par Barbey d'Aurevilly et publié en 1882.

L'histoire se déroule quelques années avant la révolution française.

C'est l'histoire de 2 femmes, la baronne de Ferjol et sa fille Lasthénie, 17 ans, qui vivent recluses dans un village des Cévennes, avec pour seule compagnie Agathe leur servante. La Baronne se console mal de la mort de son mari, un capitaine d'infanterie qui l'a jadis enlevée à sa famille de Normandie, en causant le scandale, pour l'emmener dans cette solitude où elle a mis au monde l'enfant qu'elle avait conçue hors mariage avec lui.

Mme de Ferjol surinvestit sa fille unique Lasthénie “qui est blonde comme son père” : elle l’adore parce qu’elle ressemble à l’homme qu’elle a aimé : “Elle jouissait de sa fille en silence. Elle s’en repaissait sans rien dire...”.

C’est au début du Carême, prêché cette année là par un austère capucin, le père Riculf, que le roman débute ; il est alors hébergé par Mme de Ferjol et vit au contact des 3 femmes éveillant chez elles une impression déplaisante : c’est un homme mystérieux qui ne parle que de l’enfer lorsqu’il est en chaire mais assez peu de lui et mal lorsqu’il se trouve en compagnie. Brutalement, la veille de Pâques, il quitte les lieux sans avertir personne, laissant derrière lui un chapelet noir fait de têtes de morts. Simultanément, Lasthénie découvre qu’elle n’a plus au doigt la belle bague de son père que lui avait donné sa mère...

Quelque temps plus tard, Lasthénie tombe malade, s’isole, refuse de communier ce qui éveille la suspicion de sa mère : pour finir elle se rend à l’évidence : “Elle a le masque”. Sa fille est donc bel et bien enceinte (étrange masque qui ne cache rien mais parle à son insu, dévoilant à sa mère l’inavouable et l’incompréhensible pour elle, pauvre ingénue qui ignore tout de ces choses là : “Que voulez vous que je vous dise ? Qu’avez-vous contre moi ? Je n’en sais rien. Je ne comprends rien à ce que vous dites sinon que c’est affreux ! (..) Vous me faites mourir ! Vous me rendez folle !”).

Lorsqu’elle se rend compte de la situation, Mme de Ferjol a une réaction hystérique, spectaculaire : “Elle lève le crucifix comme on lève un marteau sur le visage de sa fille, pour écraser ce masque” ; finalement Mme de Ferjol retourne le crucifix contre elle-même et se flagelle avec.

Accusée sans relâche par sa mère qui ne la quitte plus des yeux (“elle veut tout savoir”), torturée moralement et horrifiée de ce qui lui arrive et qu’elle ne semble pas comprendre, elle se réfugie dans le mutisme.

La haine de Mme de Ferjol pour sa fille s’affiche alors de façon radicale : elle ne tutoie plus sa fille pour mieux la mettre à distance, elle serre violemment le corset de Lasthénie, sans crainte de “le serrer trop fort et de lui faire mal” tout en lui demandant sadiquement “avez-vous donc si peur que je vous le tue ?”.

Ce n’est que plus tard, dans un moment d’identification projective avec sa fille que Mme de Ferjol revit sa propre histoire, sa grossesse coupable, son deuil qu’elle ne surmonte pas : “Ta faute à toi, ma pauvre fille, est sans doute une punition et une expiation de la mienne. Dieu a des talions terribles ! J’ai épousé ton père. J’épousais mon Dieu ! Mais Dieu

ne veut pas qu'on lui préfère personne et il m'en a punie en me le prenant et en faisant de toi une fille coupable comme je l'avais été".

Elle cache les derniers mois de la grossesse de sa fille en l'emmenant (ainsi qu'Agathe) sur ses terres natales ; c'est là que Lasthénie va accoucher, avec l'aide de sa mère et à l'insu de tous, y compris de leur servante, d'un enfant mort que Mme de Ferjol enterre immédiatement avec une pensée sadique : "Elle ne peut s'empêcher de sentir une joie profonde de cette mort dont personne n'était coupable" voire un fantasme d'infanticide : "Je l'enterre comme si je l'avais tué".

Et Lasthénie, qui murmure devant son enfant mort : "Il est plus heureux que moi", décède à son tour des suites d'un saignement provoqué à l'aide de 18 aiguilles plantées jour après jour dans la région du cœur.

L'histoire rebondit ensuite plusieurs années plus tard alors que la Baronne de Ferjol, ayant survécu au décès de sa fille, participe à une réception : un convive raconte l'histoire d'un voleur qui a préféré se couper la main plutôt que de rester attaché à la grille qu'il tentait de forcer la nuit et à laquelle le propriétaire l'avait enchaîné de l'intérieur. Cette main portait une très belle bague que le convive exhibe avec fierté. La Baronne reconnaît alors la bague volée à Lasthénie et apprend, grâce au père abbé de La Trappe, l'identité du voleur mutilé : c'est le père Riculf.

Devenu truand au cours de Révolution celui-ci s'est finalement repenti et réfugié à La Trappe où il est mort après s'être confessé d'avoir violé et volé Lasthénie alors qu'elle errait dans les couloirs, victime d'une crise de somnambulisme.

3 - PREMIERE DESCRIPTION DU SYNDROME DE LASTHENIE DE FERJOL

Baptisé ainsi par le Professeur Jean Bernard en mémoire de la nouvelle de Barbey d'Aurévilly, dénomination largement retenue en France.

Le 14 octobre 1967, publication par le professeur Jean Bernard dans "La presse médicale" du texte de référence du syndrome :

Il est fait état de 12 cas de jeunes femmes (infirmières ou laborantines) dont 3 religieuses souffrant d'anémie microcytaire par carence en fer (attribuable à des saignements chroniques et persistants).

12 cas tirés de 147 observations d'anémie d'étiologie imprécise en raison de la constance du profil psychologique.

Les auteurs décrivent des femmes :

- d'une extrême pâleur
- à peine fatiguées
- qui poursuivent leur travail
- qui ne se plaignent pas de leur état et ne semblent pas s'en inquiéter
- qui acceptent tous les examens sans rechigner
- qui font preuve d'une grande réserve et n'établissent avec les soignants aucun lien affectif
- qui ont une aptitude remarquable à suggérer et obtenir du médecin des explorations et des interventions inutiles en jouant sur la crainte de ce dernier de méconnaître un diagnostic
- célibataires le plus souvent ou vivant une relation conjugale perturbée
- aucun cas après la ménopause, ni avant la puberté.

Aucune exploration n'a de résultat (gynécologique ou digestive principalement).

Les traitements symptomatiques n'ont que peu d'efficacité (transfusion ou prescription de fer per os ou intra veineux).

Il faut en moyenne cinq hospitalisations pour faire le diagnostic.

L'explication proposée par Jean Bernard est que ces patientes sont responsables de leur hémorragie : elles se font saigner en un endroit caché du corps (cavités buccales et vaginales). Chaque patiente a un mode de saignement qui lui est propre et auquel elle est fidèle ; le début des troubles pourrait apparaître au décours d'une situation de perte d'objet et aurait souvent été précédé d'une expérience d'anémie ou d'une autre pathologie organique correspondant à l'expérience "initiatique".

Le déni de la pathomimie est acharné.

La confirmation de l'hypothèse n'est obtenue qu'à 5 reprises : 4 patientes avouent et on retrouve des cicatrices sur les trajets veineux de la 5^{ème} ainsi que son matériel de saignée.

Le problème de la prise en charge reste entier car le médecin se retrouve dans une impasse : impuissant tant qu'il n'a pas trouvé la cause du mal, il l'est toujours autant une fois qu'il l'a découverte puisque cela aboutit à la fuite des patientes lorsqu'elles se sentent percées à jour (quitte à aller répéter ailleurs le même scénario) ou à un passage à l'acte grave. Par ailleurs, que peut on leur proposer en terme de thérapeutique ?

- Les transfusions itératives entretiennent la pathologie en rendant complice le médecin prescripteur.
- Les patientes, qui ne reconnaissent pas la nature de leurs troubles et qui ne sont pas en demande, n'acceptent pas de faire une psychothérapie.

Le pronostic est grave : sur 8 des 12 malades dont l'équipe du Professeur Bernard a pu avoir des nouvelles :

- 3 ont une anémie sévère persistante
- 3 chez qui l'anémie a disparu mais chez qui persistent des troubles psychiques sérieux
- 2 décès (1 survenu à l'âge de 35 ans, secondaire à une insuffisance cardiaque, l'autre suite à un suicide à 32 ans)

Une nouvelle évaluation est réalisée en 1982 par Nicole Alby et 2 collaborateurs du Professeur Bernard qui reprennent 15 ans plus tard les 12 premiers cas (pour ceux dont on arrive à avoir des nouvelles) et y adjoignent 20 nouveaux cas :

Seulement 6 médecins traitants répondent :

- 1 décès par suicide.
- 2 guérisons apparentes dont 1 après grossesse
- 3 reprises de l'autospoliation.

Les lettres aux mairies donnent une estimation de la survie des patientes :

- 40 % sont vivantes.

- 4% de décès.
- 56% de non réponse.

4 - LE SYMBOLISME DU SANG

Dans le syndrome de Lasthénie de Ferjol, le sang est mis en exergue. C'est lui dont la perte est tout à tour cachée et exhibée.

4.1. Le sang et la question du siège de l'âme

Des places variables ont été tour à tour attribuées à l'âme :

- au niveau du cerveau pour Hippocrate ;
- dans l'estomac pour Epicure ;
- dans le cœur pour les stoïciens (le stoïcisme est une doctrine philosophique fréquemment opposée à Epicure, le stoïcisme prônant une impassibilité devant la douleur et le malheur, alors que l'épicurisme voue quant à lui un culte au plaisir) ;
- au niveau de l'épicarde pour Erasistrate ;
- dans chaque partie du corps pour Galien
- au niveau de la glande pinéale (épiphyse) pour Descartes
- au niveau du sang pour Pline, Rabelais.

Des références bibliques tendent même à placer le siège de l'âme dans le sang, comme le montrent les deux extraits suivants :

- "Si un homme d'Israël mange le sang d'une espèce quelconque, je tournerai ma face contre celui qui mange le sang et je le retrancherai du milieu de son peuple. Car l'âme de la chair est dans le sang.";
- " Garde toi de manger le sang, car le sang c'est l'âme. "

4.2. Le sang des sacrifices, le pouvoir magique du sang

Au cours des rites sacrificiels ou des messes de sang, les morts étaient capables de dévoiler aux vivants l'avenir et leur donner des conseils en échange du sang versé. Saint Augustin disait : "On interroge aussi les enfers en répandant du sang". De même, selon Agrippa (général romain du 1^{er} siècle avant Jésus-Christ), les âmes torturées, c'est à dire celles qui n'arrivaient pas à trouver le repos éternel faute de sépulture ou à cause d'une mort violente, sont attirées par le sang. Cette attraction que le sang exerce sur ces âmes vient du fait que le sang, siège de l'âme dans la religion chrétienne, les attachait jadis au corps. Le sang possède donc un "pouvoir magique" sur les âmes. Ce pouvoir magique du sang sur les âmes torturées est à la source de la croyance dans les revenants. Les revenants seraient alors les âmes torturées qui persécutent les vivants car quelque chose de symbolique n'a pas été accompli (dettes, vengeance, sépulture) de leur vivant.

4.3. Le sang dans la religion

Les sacrifices sanglants d'un humain sont présents dans de nombreuses religions monothéistes :

- C'est en versant son sang que Jésus Christ racheta les fautes et les pêchés des hommes ; de même, l'équivalence sang-vin permet la communion entre le Christ et les croyants : "ceci est mon corps, ceci est mon sang".
- Dans la religion juive, l'épisode de l'Exode met en scène une variante de cette médiation du sang entre Dieu et les Hommes : Yahvé, pour punir les Egyptiens qui refusaient de laisser partir son peuple, décida de faire périr tous les nouveaux-nés des hommes. Mais, afin d'épargner les Hébreux, il avait été convenu entre Yahvé et son peuple que celui-ci devait se signaler d'une marque de sang d'agneau faite aux montants des portes. Ce rite correspond à la fête juive de Pesah.
- Dans la religion musulmane, Abraham est libéré de son engagement de sacrifier son fils par Dieu qui lui substitue un agneau.

Dans ces trois exemples, le sang intervient pour dénouer une situation bloquée. Il est utilisé pour résoudre ces situations via le sacrifice. Mais pourquoi le sang est-il choisi comme médiateur entre Dieu et les hommes ? Les raisons théologiques apparentes sont que le sang est le siège de l'âme, et que l'âme est d'essence divine. Le sang s'avère donc être un véhicule de l'âme, et donc une propriété divine.

4.4. Le sang sexuel

Le sang sexuel féminin, manifesté à travers les menstruations, n'a pas échappé à la symbolique liée au sang.

Les menstruations sont synonymes d'accès au statut de femme pour la fillette, le sang des menstruations inspire avant tout le dégoût et l'abomination. Cette répulsion pour la femme qui a ses règles se remarque dans toutes les religions. C'est sur lui que convergent les représentations fantasmatiques les plus terrifiantes :

“la femme qui aura un flux de sang en sa chair restera sept jours dans son impureté, quiconque la touchera sera impur jusqu'au soir” (Lévitique 15-19)

Aussi le sang qui coule, échappant à toute volonté, symbolise-t-il l'impureté. La femme qui a ses règles est dite impure. De ce fait, l'Eglise a eu longtemps une position de rejet et d'intolérance vis-à-vis des femmes en menstruations, leur interdisant le sacrement et l'entrée des lieux saints.

La notion d'impureté du sang menstruel semble s'appuyer sur deux faits :

- son écoulement n'est pas intentionnel ,
- il s'écoule du sexe de la femme, lieu des fantasmes d'émasculatation réactivés par la vue du sang.

D'autres symboliques liées au sang émaillent le sang de l'appareil génital féminin : la jeune femme devient dame-épouse le jour où une tâche de sang apparaîtra sur le drap, marquant la perte de la virginité.

Enfin, elle devient mère le jour où le sang ne s'écoulera plus de son corps, le cycle menstruel étant interrompu ; et neuf mois plus tard, elle enfantera dans la douleur et dans le sang.

4.5. Le mythe du vampire : l'auto vampirisme

En feignant d'ignorer comment le sang disparaît, les personnes atteintes du syndrome de Lasthénie de Ferjol entretiennent le mythe du vampire venu subrepticement les mordre sans laisser de trace... Le vampire est un mort qui sort de sa tombe la nuit pour sucer le sang des vivants et se repaître de leur sang en telle abondance que les victimes décèdent en quelques jours d'une langueur inexplicable.

Pour les détruire, il est nécessaire d'accomplir un certain nombre de rituels : leur couper la tête, leur planter un pieu dans le cœur ou les brûler.

En psychiatrie, le vampirisme désigne tous les actes sexuels ou agressifs commis sur un mort ou un mourant.

Dans le cas du syndrome de Lasthénie de Ferjol, il s'agit d'auto vampirisme.

Selon Bourguignon, dans le cas du syndrome de Lasthénie de Ferjol, le sang est équivalent au lait maternel : dans une problématique très archaïque orale, l'enfant est un "petit vampire" dévorant sa mère, son sang représentant son lait. D'ailleurs, Lasthénie se saigne à mort après la naissance de son bébé.

Selon Bonnet, le sang est un symbole du phallus maternel : son existence est indispensable à la jouissance sexuelle. Dans cette perspective, se saigner équivaut à une castration symbolique que les transfusions viennent annuler.

4.6. Le sang et la médecine

- L'approche médico-religieuse

Médecine, magie et religion n'étaient pas dissociées dans les premières approches de la définition de la maladie et dans son traitement.

Ainsi la maladie était-elle causée par l'adjonction d'un élément superflu par un sorcier ou par un Dieu.

- L'approche organique

Puis, la médecine a pu progresser en s'éloignant peu à peu des théories animistes, c'est à dire des théories qui attribuent une âme aux animaux, aux phénomènes naturels...

Ainsi Hippocrate affirme-t-il qu'existent quatre éléments fondamentaux (le feu, l'air, la terre et l'eau) et quatre humeurs du corps (le sang, le flegme, la bile jaune et la bile noire). Selon cette théorie, les quatre humeurs se retrouvent dans le cœur, le cerveau, le foie et la rate. Par conséquent, un déséquilibre des humeurs est la cause fondamentale de la maladie. On ne peut donc guérir qu'en recréant un équilibre par le biais de l'utilisation d'humeurs ayant des qualités opposées...

Il a été le premier à essayer de trouver une explication cohérente à la maladie à partir d'explications rationnelles : "ceux qui avaient considéré l'épilepsie comme d'origine divine l'avaient appelée le mal sacré pour dissimuler leur ignorance de sa véritable nature".

Au cours du Moyen-Age (476-1453), la médecine va peu progresser sauf sur le plan de l'anatomie qui fait son apparition. Le diagnostic médical s'appuie sur quelques symptômes : la douleur, la couleur de la peau, de la langue, l'odeur des urines et l'aspect du sang après une saignée. Le travail du médecin est de faire le recueil de ces signes pour arriver à un diagnostic puis à un traitement en utilisant pour cela une réflexion médicale.

Malgré cette démarche visant à mettre en relation symptôme et diagnostic de façon logique, la médecine moyenâgeuse n'arrive pas à se départir d'un discours encore volontiers mystique : elle recouvre un ensemble de faits qui relèvent d'énoncés sur le "mal", ses causes et la manière d'agir sur lui. Ainsi vénérat-on les saints et les invoquait-on pour guérir les maladies (Saint Sébastien protégeait de la peste, Saint Jacob de la lèpre...).

Cette imprégnation du religieux dans le discours médical va transparaître dans la thérapeutique par la saignée.

- La saignée

Le sang est décrit tantôt comme salvateur quand il s'agit du Christ, tantôt comme impur quand il s'agit des menstruations. La saignée est quant à elle décrite comme indispensable à la vie par les grands médecins de la Renaissance. Elle fut largement utilisée dans les plus vastes indications thérapeutiques. Elle trouva notamment en Botallo (1530-1571) un grand prescripteur : médecin des rois Charles IX et Henri III, il affirmait que "la fréquente saignée est le seul vrai remède de toutes les affections". Pour lui, "les veines sont comme un puits dont l'eau est plus souvent meilleure qu'elle est plus souvent renouvelée". Aussi Louis XIV reçut-il plus de 2000 saignées au cours de sa vie...

Par conséquent, il semble que pour rester pur (comme celui du Christ) et garant de la santé, le sang doit être renouvelé et qu'un sang immobile est symbole de maladie et de mort.

5 – EXEMPLES D'HEMORRAGIES PROVOQUEES

Le plus souvent, le lieu de ponction plébiscité par les patientes atteintes de ce syndrome est le pli du coude qui devient le siège de ponction veineuses itératives ; mais elles peuvent faire preuve d'une imagination importante, usant de méthodes parfois sophistiquées :

- ❖ Prélèvement sanguin au niveau de l'artère fémorale.
- ❖ Création d'hématuries factices à partir du sang prélevé en le mélangeant aux urines ou en l'introduisant dans la vessie à l'aide d'une paille.
- ❖ Certaines vont même jusqu'à simuler une hémorragie de la délivrance en répandant du sang dans leurs draps ;
- ❖ Ailleurs, la patiente recueille le sang obtenu en s'entaillant la carotide dans une tasse avant de le boire...
- ❖ Ou encore, dans un cas décrit par l'équipe de Jean Bernard, une patiente se prélève du sang, le laisse hémolyser dans de l'eau distillée, puis se le réinjecte, créant ainsi une anémie hémolytique associée à l'anémie ferriprive.

- ❖ Plus classiquement, on retrouve régulièrement des anémies auto-entretenues par l'ingestion d'anticoagulants ou d'aspirine.

II – PRESENTATION DE L'ETUDE

1 – MODALITES DE L'ETUDE

Notre travail a pour but de rechercher les principaux signes évocateurs voire caractéristiques du diagnostic de syndrome de Lasthénie de Ferjol devant une anémie ferriprive (une fois les principales causes d'anémies organiques écartées par des examens non invasifs) lors d'une consultation de médecine générale.

Etant donnée la rareté du syndrome, il s'agit d'une enquête rétrospective portant sur 13 cas. Le travail a été réalisé à partir de thèses de médecine spécialisée et de médecine générale provenant de diverses régions de France : Aquitaine, Poitou-Charentes, Ile de France...

Nous avons ainsi à notre disposition pour réaliser ce travail :

1 cas clinique issu d'une thèse de la faculté de Dijon : cas A

5 cas cliniques issus d'une thèse de la faculté de Bordeaux II : cas B, C, D, E, F

1 cas clinique issu d'une thèse de la faculté de Strasbourg : cas G

1 cas clinique issu d'une thèse de la faculté de la Pitié Salpêtrière : cas H

5 cas cliniques issus d'une thèse de la faculté de Poitiers : cas I, J, K, L, M

Afin de tenter de dégager des critères évocateurs du diagnostic, nous avons tout d'abord élaboré une grille de lecture des thèses.

Voici notre grille de lecture :

- sexe, âge du début des troubles
- profession
- situation familiale
- contexte environnemental
- événements traumatisants
- antécédents (médicaux et chirurgicaux)
- mode de saignement
- fluctuations du taux d'hémoglobine (taux au moment du diagnostic, taux minimum observé, taux maximum observé)
- entretien psychiatrique (contact, existence de traits hystériques, maigreur, syndrome dépressif, automutilations, masochisme, toxicophilie, manipulations perverses, évolution)
- histoire de l'anémie (abord chronologique de la pathologie, de la première prise en charge de l'anémie à l'évocation du diagnostic de Lasthénie de Ferjol)

Cette première lecture des thèses, transversale, est présentée sous forme de tableaux faisant figurer dans la colonne de gauche la désignation du cas de l'observation, la colonne de droite étant réservée à l'étude du critère clinique observé.

Faisant l'objet d'une seconde lecture, ces tableaux ont été soumis à une analyse plus fine permettant de dégager un profil plus élaboré de la pathologie.

Enfin une dernière approche transversale des cas cliniques a été réalisée dans le but de rechercher des éléments significatifs via une étude statistique.

2. L'ETUDE

2.1. Sexe et âge de début des troubles

cas	âge de début des troubles	année	sexe du patient
cas A	48 ans	1992	féminin
cas B	43 ans	inconnu	féminin
cas C	27 ans	inconnu	féminin
cas D	46 ans	inconnu	féminin
cas E	34 ans	1983	féminin
cas F	28 ans	inconnu	féminin
cas G	33 ans	1987	féminin
cas H	35 ans	1988	masculin
cas I	45 ans	1992	féminin
cas J	36 ans	1992	féminin
cas K	38 ans	inconnu	féminin
cas L	31 ans	1975	féminin
cas M	24 ans	1979	féminin

2.2. Profession des patients

cas	profession
cas A	sans emploi au moment du début des troubles ; 3 années d'études de médecine ; interruption pour raisons médicales (rhumatisme articulaire aigu) puis a exercé en tant qu'infirmière.
cas B	IDE (en clinique)
cas C	IDE (Centre de Transfusion Sanguine)
cas D	professeur de français en collège
cas E	professeur de gymnastique
cas F	IDE
cas G	aide soignante (en clinique, travail de nuit)
cas H	charpentier ; pompier bénévole
cas I	sans profession
cas J	secrétaire médicale
cas K	couturière
cas L	infirmière
cas M	infirmière (a fait des études de psychologie)

2.3. Situation familiale

cas	situation familiale
cas A	mariée 2 enfants décès d'un 3 ^{ème} enfant né prématuré
cas B	célibataire
cas C	mariée sans enfant
cas D	mariée 1 enfant
cas E	célibataire sans enfant
cas F	mariée 2 enfants
cas G	situation familiale inconnue
cas H	marié 2 enfants un 3 ^{ème} enfant naissant pendant la prise en charge
cas I	mariée 3 enfants
cas J	mariée 1 enfant
cas K	mariée 3 enfants
cas L	mariée 3 enfants
cas M	mariée sans enfant puis divorcée pendant le suivi

2.4. Contexte environnemental

cas	Contexte environnemental
cas A	isolement : * vit dans une maison dans les bois, avec un mari qui part souvent à la chasse ; * difficultés relationnelles avec ses beaux-parents et avec sa fille qui a quitté le domicile familial récemment ; * famille : père décédé d'un infarctus du myocarde ; mère bronchiteuse chronique ; frère éthylique chronique ; soeur ayant un suivi psychiatrique.
cas B	repli sur la famille : * fratrie de 6 enfants (5 filles et 1 garçon) * 2 filles mariées qui ne vivent pas dans la même ville * la patiente vit avec une de ses sœurs célibataire, près de chez sa mère, sénile, dont s'occupe la dernière fille de la fratrie, également célibataire * la patiente travaille dans la même clinique que son frère, lui aussi célibataire.

cas C	<ul style="list-style-type: none"> * décrite par ses camarades de travail comme solitaire, silencieuse, nouant peu de liens avec ses collègues de travail * relations conjugales mauvaises , relations extraconjugales ; * a interrompu son travail quelques jours après le début des troubles (évanouissements sur le lieu de travail).
cas D	<ul style="list-style-type: none"> * mise en congé longue maladie suite à l'anémie (1975) ; * vie émaillée de conflits professionnels et familiaux
cas E	aucun renseignement
cas F	aucun renseignement
cas G	<ul style="list-style-type: none"> * conflit familial et parental : jalousie par rapport à son frère et à sa belle-sœur * rapports tendus avec les collègues de travail (ne supporte plus le travail de nuit).
cas H	aucun renseignement
cas I	aucun renseignement
cas J	mésentente conjugale : désir d'un nouvel enfant non réalisé (refus de son mari).
cas K	<ul style="list-style-type: none"> * ne supporte plus son mari. * très exigeante vis à vis de ses enfants : "il faut qu'ils m'obéissent". * isolement social : ne sort pas de chez elle ; ne voit personne, pas même sa famille ; aggravation récente de son isolement.
cas L	<ul style="list-style-type: none"> * mésentente conjugale : "j'ai tout de suite été déçue", dira-t-elle après son mariage. * sexualité perturbée, l'orgasme étant vue par elle comme une perte de contrôle, et provoquant de sa part une agressivité par rapport à son mari ; compensation avec l'anémie et le masochisme. * métier insatisfaisant. * peu d'investissement affectif auprès de ses enfants.
cas M	Roumaine ; a vécu en Roumanie jusqu'en 1979 ; vient de déménager pour s'installer en France ; divorcée peu avant 1991.

2.5. Événements traumatisants

cas	événements traumatisants
cas A	<p>* perte d'un enfant le lendemain d'un accouchement prématuré (3^{ème} enfant).</p> <p>* a débuté des études de médecine, interrompues en 3^{ème} année à cause d'un rhumatisme articulaire aigu ; est devenue puéricultrice dans une famille.</p>
cas B	non connu
cas C	fausse couche spontanée 6 mois avant le début des troubles
cas D	non connu
cas E	non connu
cas F	non connu
cas G	non connu
cas H	non connu
cas I	<p>* vécu abandonnique : mère âgée de 17 ans à sa naissance. Célibataire, elle confie l'enfant à sa grand-mère qui l'élève pendant les 9 premiers mois de sa vie ; dit avoir été "abandonnée" par sa grand-mère qui la laissait pleurer et ne l'alimentait presque pas ; puis reprise par sa mère, remariée ; a eu un demi-frère et une demi-soeur ; sentait sa mère moins attentive à elle qu'au reste de la fratrie ; s'est sentie rejetée et abandonnée à nouveau par sa mère.</p> <p>* relations incestueuses avec son beau-père à partir de l'âge de 7 ans et pendant 9 ans, date où son beau-père décède brutalement d'un infarctus.</p> <p>* 10 ans plus tôt, a assisté à un accident violent : décès du coiffeur du village sous ses yeux.</p>
cas J	<p>* perte de son bébé en 1992 suite à une intoxication médicamenteuse (volontaire ?) à l'aspirine.</p> <p>* désir nouvelle grossesse non réalisé en raison du refus de son mari (mésentente conjugale).</p>
cas K	<p>* 3^{ème} accouchement hémorragique ; elle évoque avec effroi le souvenir "de gros caillots".</p> <p>* 10 ans auparavant, un voisin qu'elle connaissait très bien se serait tranché la gorge devant son pavillon, et elle avait vu "tout ce sang...".</p>
cas L	hospitalisation à 6 ans ; on pense alors qu'elle ne vivra pas, d'ailleurs elle entendra sa mère dire à son père : "laisse lui ses jouets, elle ne jouera pas longtemps".
cas M	antécédents GEU et IVG.

2.6. Antécédents

cas	antécédents	
cas A	familiaux	père décédé à 52 ans d'un infarctus ; mère porteuse d'une BPCO ; frère éthylique ; sœur ayant un suivi psychiatrique.
	médicaux	* 8 mois : bronchopneumonie ; * 2 phlébites en 1976 et 1983 : mise sous anticoagulants ; * enfance : rhumatisme articulaire aigu ; chorée de Sydenham
	chirurgicaux	* 10 ans : appendicectomie ; * 11 ans : endocardite infectieuse traitée par AB IV et hospitalisation longue ; * 22 ans : abcès au sacrum
cas B	médicaux	* 13 ans : épistaxis réguliers (journaliers) traités par une cautérisation des varices nasales ; * 15 ans : mal de Pott cervical traité par alitement puis un plâtre pendant 5 ans puis instillation de streptomycine ; * 40 ans : pneumopathie; * 42 ans : traumatisme crânien minime (séquelle : mydriase unilatérale... en fait auto traitement par mydriatique) * 43 ans : 1 mois avant l'apparition du syndrome anémique, cystite puis colique néphrétique ; par ailleurs, la patiente demande une consultation psychiatrique car "elle ne se sent pas à la hauteur dans son travail"
	chirurgicaux	23 ans : ovariectomie droite (kystes) ; 41 ans : résection cunéiforme de l'ovaire gauche (kystes)
cas C	médicaux	* FCS 6 mois avant syndrome anémique. * dolichéomégacolon. * syndrome dépressif authentifié par son médecin traitant.
cas D	médicaux	non connus
	chirurgicaux	non connus
cas E	médicaux	non connus
	chirurgicaux	non connus

cas F	médicaux	<ul style="list-style-type: none"> * naissance prématurée à 7 mois. * puberté précoce (date des premières règles à 9 ans 1/2). * algoménorrhée. * nodule au sein gauche.
	chirurgicaux	<ul style="list-style-type: none"> * kyste au sein droit. * curetage (pour résidu placentaire) dans les suites du second accouchement. * appendicectomie
cas G	médicaux	<p>depuis janvier 1982 : anémie hypochrome microcytaire régénérative résistant au traitement médical (chiffres hémoglobine < 5g/100 L)</p>
	chirurgicaux	<ul style="list-style-type: none"> * 1972(18 ans) : cholécystectomie pour lithiase ; * 1978 : douleurs épigastriques atypiques sans causes retrouvées (Wirsungographie et cholangiographie rétrograde normales) * 1979 : sphinctérotomie endoscopique devant la persistance des douleurs : résultats normaux, pas de lithiase ; * 1983 : cure de cystocèle
cas H	médicaux	<p>lombalgies chroniques de 1975 à 1982 : exploration très minutieuse (allant jusqu'à la radiculographie : normale) traitement par élongations, corset, AINS, antalgiques.</p>
	chirurgicaux	<p>1968 : appendicectomie</p>
cas I	médicaux	<ul style="list-style-type: none"> * pyélonéphrite chronique avec infections urinaires à répétition ; épisodes de rétention vésicale. * hypothyroïdie (traitement substitutif). * primo infection tuberculeuse, amygdalectomie, appendicectomie dans l'enfance. * anorexie mentale.
	chirurgicaux	<ul style="list-style-type: none"> * amygdalectomie. * appendicectomie. * syndrome canal carpien bilatéral.
cas J	médicaux	<ul style="list-style-type: none"> * retard de croissance intra-utérin et diabète gestationnel lors de la 1ère grossesse en 1991. * alcool tabagique sevrée. * intoxication médicamenteuse (volontaire ?) au 8^{ème} mois de grossesse : mort fœtale in utero.
	chirurgicaux	<p>vagotomie supra sélective pour ulcère gastrique.</p>

cas K	médicaux	*était fragile, faible dans son enfance * hyporexie. * accouchement hémorragique lors de la 3 ^{ème} grossesse ; syndrome dépressif du post-partum (suite à cet accouchement avec amendement sous traitement)
cas L	médicaux	*hospitalisation dans l'enfance :on pense alors qu'elle ne vivra pas * pyélonéphrites à répétition ayant entraîné de multiples hospitalisations. * anorexie mentale. *hépatite virale à 19 ans * tentative de suicide (médicamenteuse) en 1970
	chirurgicaux	reflux vésico urinaire
cas M	médicaux	* pyélonéphrites à répétition. * anorexie mentale * hépatite résolutive * anémie depuis 3 ans

2.7. Mode de saignement

cas	mode de saignement	aveux
cas A	Inconnu, pas de don du sang	pas d'aveu
cas B	parle spontanément à un stomatologue d'un saignement d'une dent sur pivot, peu abondant mais fréquent et correspondant à chaque poussée d'anémie	pas d'aveu
cas C	inconnu	pas d'aveu
cas D	inconnu	pas d'aveu
cas E	prise chronique d'aspirine	pas d'aveu
cas F	inconnu	pas d'aveu
cas G	* prise chronique d'AINS provoquant des ulcérations gastriques ; a été surprise en train d'absorber de l'aspirine en grande quantité. * la biologie révèle une intoxication médicamenteuse (aspirine, phénothiazine,opiacés).	pas d'aveu
cas H	3 pistes : . dons de sang tous les 3 mois . origine ORL : confidences de sa mère disant que son fils, dans sa jeunesse, "pouvait faire venir le sang dans sa bouche" ; . ponctions itératives au pli du coude : un seul point de ponction apparent (ponction dès la sortie de l'hospitalisation; la cicatrice au niveau du pli du coude étant attribuée tantôt à l'hémogramme, tantôt à la transfusion...)	pas d'aveu
cas I	découverte de point de ponction au pli du coude gauche	à son médecin traitant en 1993
cas J	inconnu	pas d'aveu
cas K	inconnu ; déclare saigner de partout : des gencives, du nez, de l'utérus, de l'estomac...	pas d'aveu
cas L	inconnu	aveux à la psychologue du service
cas M	inconnu	pas d'aveu

2.8. Fluctuations du taux d'hémoglobine

Cas	Taux d'hémoglobine lors du diagnostic en g/dl	Taux minimum observé en g/dl	Taux maximum observé en g/dl
cas A	4	2,8	6
cas B	10,2	7,4	10,2
cas C	5,8	5,8	9,1
cas D	9,4	9,4	11
cas E	inconnu	inconnu	inconnu
cas F	6	6	6
cas G	< 5	< 5	10,6
cas H	8,1	4,6	15,9
cas I	8,9	7,4	8,9
cas J	7,7	< 5	9,1
cas K	4	4	4
cas L	6,1	5,4	10,6
cas M	inconnu	4	6

2.9. Entretien psychiatrique

cas	entretien psychiatrique	résultat
cas A	contact	entretiens possibles mais totalement fermée, réticente et sur la défensive
	traits hystériques	* indifférence au trouble présenté. * allure enfantine. * recherche de bénéfices secondaires : isolement majeur, le seul moment où elle peut être considérée et l'objet d'attention, c'est lorsqu'elle est hospitalisée
	maigreur	oui
	syndrome dépressif	non
	automutilations / masochisme	voir liste des diagnostics et des examens complémentaires réalisés (en document annexe).
	toxicophilie	inconnue
	manipulations perverses	longue errance du diagnostic (cf. document annexe), découverte en 1992 de ses 3 années d'étude de médecine.
	évolution	. arrêt de la psychothérapie . prise en charge en service de médecine pour transfusions
cas B	contact	bon contact : demande d'une consultation psychiatrique par la patiente car elle "ne se sentait pas à la hauteur dans son travail"
	toxicophilie	TEMESTA - NOCTRAN
cas C	syndrome dépressif	semble dépressive, pas d'autre renseignement.

cas D	contact	hospitalisation en psychiatrie, opposante avec l'équipe mais bonne relation avec les hématologues.
	maigreur	maigreur importante ; avoue une anorexie à la moindre contrariété
	syndrome dépressif	son état dépressif est la cause de son hospitalisation.
	automutilations / masochisme	* nombreux examens pratiqués (examens gynécologiques, fibroscopie gastrique, rectoscopie, épreuve au chrome radioactif, recherche hémolyse) acceptés par la patiente et normaux. * mais : . biopsie du grêle refusée par la patiente . régime sans gluten non suivi . refuse une hospitalisation en endocrinologie pour bilan d'hypoglycémie.
	toxicophilie	inconnue.
	manipulations perverses	* opposée à certaines explorations (biopsie du grêle, régime sans gluten, hospitalisation en endocrinologie) qui auraient levé le doute sur une éventuelle malabsorption. * prise cachée d'hypoglycémiant
	évolution	suivi psychiatrique et hématologique prévu mais la patiente n'est jamais revenue en consultation.

cas E	maigreur	antécédent d'hospitalisation en service de nutrition pour boulimie
	syndrome dépressif	état dépressif (diagnostic posé par le médecin traitant consulté pendant ses vacances)
	automutilations / masochisme	* oui, nombreux examens invasifs : recherche de sang dans les selles, gastroscopie, rectoscopie, bilan gynécologique, lavement baryté, transit du grêle... tous normaux. * nombreuses hospitalisations (notamment en hématologie en septembre 1983 puis en décembre 1983)
	évolution	1 an plus tard, elle consulte le médecin traitant vu un an plus tôt pendant ses vacances. Il lui dit que son état s'est bien amélioré. Elle lui répond : "J'ai fait ce qu'il faut pour...".Pas d'autre contact par la suite
cas F	contact	bon contact ; demande spontanément une consultation psychiatrique mais ne s'y présente pas
	automutilations / masochisme	* bilan lourd * test de grossesse négatif * coelioscopie et recherche GEU: normales * FOGD normal * RP, ASP normaux * consultation proctologique normale.
	évolution	perdue de vue suite à sa demande de consultation psychiatrique

cas G	contact	avis psychiatrique demandé par le service d'hématologie.
	traits hystériques	* demande affective importante, accompagnée par son père lors des consultations. * recherche de bénéfices secondaires : attirer l'attention : 1 -de ses parents et prendre une revanche sur son frère et sa belle-sœur 2 -de ses collègues de travail
	toxicophilie	aux opiacés.
	manipulations perverses	intoxication délibérée à l'aspirine, aux opiacés et à la phénothiazine (jusqu'à nécessiter un transfert en soins intensifs pour acidose majeure, réaction hépatique et pancréatique)
	évolution	psychothérapie pendant un an et demi puis ne donne plus de nouvelle
cas H	contact	contact "bizarre" mais pas de troubles de personnalité selon les différents psychiatres qui l'ont rencontré
	maigreur	ni anorexie, ni amaigrissement
	syndrome dépressif	se dit "rongé" par le conflit judiciaire (cf. traits hystériques).

cas H (suite)	automutilations / masochisme	* accepte sans protester les examens complémentaires (cf. tableau en annexe) * devient agressif quand on décide d'arrêter les transfusions NB : ne se plaignait plus de lombalgie pendant toute la durée de la période anémique.
	traits hystériques	recherche de bénéfices secondaires : * conflit d'ordre judiciaire avec le locataire de sa maison * début du conflit cadrant avec le début des troubles somatiques * transposition dans un domaine médical d'un conflit judiciaire que le patient semblait incapable de régler.
	toxicophilie	exulcérations prépyloriques d'allure médicamenteuse (abus d'anti-inflammatoires)
	manipulations perverses	nie la prise d'AINS pour lombalgies (traitements jusqu'à la fin de l'année 1982) ; affirme prendre son traitement martial per os mais pas de modification de la couleur des selles
	évolution	* normalisation progressive des chiffres de l'hémoglobine après le départ du locataire (mars 1985) * a eu recours à un désenvoûtement réalisé par un guérisseur pour se débarrasser des ondes malfaisantes qui l'envahissent ; il ressent son locataire comme une personne maléfique.

cas I	contact	<ul style="list-style-type: none"> * méfiance, regard fuyant. * met en avant les problèmes somatiques. * hospitalisée en psychiatrie pour traitement d'une anorexie mentale.
	traits hystériques	<ul style="list-style-type: none"> * personnalité immature dépendante : avoue à son médecin traitant sa conduite d'autospoliation du sang expliquant que le chef du service de psychiatrie "n'était pas gentil avec elle" et "lui faisait peur", elle dira "je l'ai fait pour le punir à travers moi" * indifférence aux symptômes. * recherche de bénéfices secondaires : reconnaissance par son entourage de son statut de malade
	maigreur	anorexie mentale en cours de traitement lors de la découverte de l'anémie
	syndrome dépressif	oui.
	automutilations / masochisme	<ul style="list-style-type: none"> oui, * perfusée par portacath à domicile pour traiter son anorexie. * antécédent de transfusions itératives ayant entraîné une HBV entièrement résolutive.
	toxicophilie	abus de laxatifs (objectivé à la coloscopie)
	évolution	<ul style="list-style-type: none"> * suivi psychiatrique : se rend irrégulièrement aux rendez-vous. * évolution intermittente de l'anémie.

cas J	contact	personnalité anxieuse, réticente, opposante
	syndrome dépressif	oui
	automutilations / masochisme	oui, * intoxication (volontaire ?) à l'aspirine et aux antalgiques * a subi de multiples examens complémentaires pour rechercher la cause de l'AVC ischémique * a accepté une gastrectomie des 3/4 devant la persistance d'épigastalgies
	manipulations perverses	falsification d'ordonnances pour se procurer antalgiques et aspirine en grande quantité
	évolution	refusera toute prise en charge psychiatrique ultérieure ; régulièrement hospitalisée en service de médecine pour bilan d'anémie.
cas K	contact	froid, distant, cherche à garder le contrôle de l'entretien, réticente, refuse de parler d'elle-même
	maigreur	* anorexie avec sélection alimentaire (pas de viande, peu de graisse) * vomissements post prandiaux
	syndrome dépressif	oui
	automutilations / masochisme	nombreux examens complémentaires pratiqués devant l'association anémie et vomissements (examen gynécologique, échographie digestive, aortographie abdominale, encéphalographie gazeuse...)
	traits hystériques	bénéfices secondaires très importants, incapacité à prendre du plaisir autrement que par cette manipulation perverse

cas K (suite)	toxicophilie	aux somnifères
	évolution	* accepte une hospitalisation en psychiatrie avec réticence * peu accessible à une intervention psychothérapeutique * perdue de vue après l'hospitalisation
cas L	contact	* position défensive puis aveux. * bonne capacité de verbalisation de sa souffrance (cf. lettres).
	traits hystériques	* aucun investissement affectif vis-à-vis de son conjoint * bénéfices secondaires : besoin d'exister en tant que malade "j'ai tellement de mal à me voir dans le regard d'autrui autrement que malade"
	maigreur	anorexie mentale alternant avec des épisodes boulimiques.
	syndrome dépressif	* thymie dépressive. * antécédents de tentative de suicide, idées de mort.
	automutilations / masochisme	oui, très nombreux examens complémentaires (tous normaux)
	évolution	* accepte la prise en charge psychiatrique et entretient une relation privilégiée avec sa thérapeute (cf. courrier en annexe). * suicide par défenestration après 20 ans d'évolution.

cas M	contact	opposition et agressivité durant l'entretien avec la psychologue du service lors de la première hospitalisation
	automutilations / masochisme	nombreux examens complémentaires, tous normaux.
	manipulations perverses	* a réussi à se faire transfuser une centaine de fois sans ordonnance aux urgences de l'hôpital dans lequel elle travaillait * quitte le service dès qu'elle a été percée à jour
	évolution	* hospitalisée pour bilan d'anémie; diagnostic de syndrome de Lathénie de Ferjol posé dès la première hospitalisation * puis perdue de vue * puis de nouveau hospitalisée dans le même service 12 ans plus tard toujours pour bilan d'anémie * dans l'intervalle la patiente a reçu environ 100 transfusions et est porteuse d'une HBV post transfusionnelle * durant la seconde hospitalisation seront pratiquées plusieurs laparotomies exploratrices, une chimiothérapie pour hémopathie, une splénectomie... * la patiente quitte l'hôpital peu après avoir été reconnue par une étudiante en médecine

2.10. – Histoire de l'anémie

cas	date	histoire de l'anémie
cas A		de nombreuses hospitalisations émaillent les 10 ans d'évolution de son anémie
	1982	première hospitalisation pour douleurs thoraciques d'origine coronarienne : bilan normal ; traitement par trinitrine instauré, nombreuses hospitalisations pour les mêmes raisons pendant les 3 ans qui suivent, bilans normaux
	1985	* douleur au genou droit, diagnostic évoqué : chondrocalcinose ; l'avis rhumatologique confirme le diagnostic : traitement par AINS instauré * découverte d'une anémie modérée (bilan normal : gastroscopie, coloscopie, lavement baryté, échographie abdominale) * l'examen neurologique révèle un tableau "bizarre" faisant évoquer une SEP débutante * lithiase vésiculaire non compliquée découverte durant l'exploration de douleurs abdominales
	1986	hospitalisation en pneumologie pour AEG (amaigrissement) et anémie (expliquée par cycles courts avec règles très abondantes et longues (8 jours)) ; diagnostic évoqué : maladie de système
	1986-1987	nombreuses hospitalisations pour bilans complémentaires devant tableau anémie + protéinurie + HTA
	juillet 1987	survenue d'une hypokaliémie, diagnostic de tubulopathie évoqué ou de prise médicamenteuse cachée
	1989	découverte d'une hématurie explorée par biopsie rénale (compliquée d'une fistule artéroveineuse)
	1990	un Professeur évoque la possibilité d'une "pathologie d'arlequin" ; mais dans le même temps, élimination du diagnostic de Péri Artérite Noveuse par de nouveaux examens complémentaires...
	1992	découverte du parcours étudiant de la patiente (elle a fait 3 années de médecine) et 1 ^{ère} évocation du diagnostic du syndrome de Lasthénie de Ferjol

cas B	chez son médecin traitant	* consultation du médecin traitant pour asthénie de survenue brutale avec phosphènes, acouphènes, sueurs * NFS : Hb = 10,2 g/dl ; 3 jours plus tard : Hb = 7,4 g/100mL => hospitalisation
	durant l'hospitalisation	* Hb = 9,2 g/dl après transfusion * bilan réalisé : TOGD, lavement baryté et endoscopie digestive. Bilan normal * sortie définitive avec traitement par FUMAFER 3 cp./ jour
	15 jours plus tard	* nouvelle hospitalisation pour la même raison * traitement par transfusions * puis sortie définitive du service décidée mais la veille de la sortie : vomissements et diarrhée sans cause évidente => transfert en service d'hématologie pour bilan complet
	en hématologie	* bilan gynécologique complet : résultat normal * bilan d'hémolyse : résultat normal * bilan immuno-hématologique : résultat normal * consultation psychiatrique : évocation du syndrome de Lasthénie de Ferjol: face au médecin qui lui propose le diagnostic d'"anémie par spoliation sanguine sans cause évidente", réaction mitigée de la patiente ; sortie définitive avec pour traitement : transfusion si nécessaire et fer foldine
	1 mois plus tard	nouvelle hospitalisation de 48 heures pour transfusion ; parle spontanément au stomatologue de saignements au niveau d'une dent sur pivot peu abondant mais à chaque poussée d'anémie...
	durant l'année et demie qui suit	6 autres épisodes d'anémie dans ce laps de temps d'un an et demi avec transfusions à chaque fois.
	ensuite	stabilisation de l'anémie avec maintien d'un taux d'hémoglobine correct ; poursuite du traitement par fer et consultations régulières au CHR.

cas C	sur son lieu de travail	* évanouissement sur son lieu de travail ; NFS pratiquée qui montre une anémie hypochrome hyposidérémique (Hb = 5,8 / 100mL) sans saignement extériorisé ni de point d'appel gynécologique. * 1 ^{er} bilan (TOGD, fibroscopie digestive, examens hémato) : normal
	1 mois plus tard	nouvel épisode anémique (Hb = 8,1 g/100 mL) après transfusion de 8 culots, le taux d'hémoglobine remonte péniblement à 9,1 g/dL
	dans les 2 mois suivants	2 nouveaux épisodes anémiques ; traitement par transfusion et fer sans résultat (observance ?)
	ensuite	perte de contact
cas D	1974	découverte par son médecin traitant d'une anémie ferriprive non corrigée par traitement martial
	1975	* 1 ^{ère} hospitalisation en psychiatrie pour syndrome dépressif et hypoglycémie qui montre à nouveau l'anémie (Hb = 9,4 g/dL), avis hémato : normal ; examen sans particularité si ce n'est une perte de 8 kilos en 2 ans ; bilan : TOGD normal * transfert en hémato : bilan plus complet avec examen gynécologique, fibroscopie digestive haute et rectoscopie, épreuve au chrome radioactif et recherche d'hémolyse : bilan normal, puis évocation d'une malabsorption : on propose à la patiente une biopsie du grêle et un régime sans gluten : refusé par la patiente ; sortie définitive avec comme traitement : transfusions pour corriger l'anémie et CORTANCYL pour prévenir les hypoglycémies ; suivi prévu : consultations régulières avec psychiatre (opposante) et hématologue (bonnes relations)

cas D (suite)	1976	persistance de l'anémie mais valeurs d'hémoglobine acceptables
	1977	tentative d'hospitalisation en endocrinologie pour expliquer les hypoglycémies mais refus par la patiente qui ne s'entend pas avec le médecin ; la patiente a encore maigri, elle avoue une "anorexie" à la moindre "contrariété"
	1979	douleurs rhumatoïdes avec poussées fébriles => hospitalisation pour éliminer une collagénose et réapparition de l'anémie malgré un traitement martial per os : passage à une forme intraveineuse
	1980	hospitalisation en endocrinologie devant asthénie, sidéropénie et hypoglycémie persistantes => confirmation du soupçon de pathomimie : prise cachée d'hypoglycémifiants et soustraction sanguine. <ul style="list-style-type: none"> • suivi prévu : <ul style="list-style-type: none"> * surveillance psychiatrique et hématologique * cures de fer intraveineuses régulières • la patiente ne s'est pas présentée aux consultations.
cas E	avril 1983	* lipothymie suite à un cours de gymnastique ; autre SF : asthénie et aménorrhée ; NFS réalisée : anémie hypochrome hyposidérémique
	août 1983	* pendant ses congés sur le bassin d'Arcachon, elle consulte un médecin généraliste : syndrome dépressif avec asthénie * NFS : idem * NB : <ul style="list-style-type: none"> • prise chronique d'aspirine ; • 1er bilan : recherche de sang dans les selles, gastroscopie normale, rectoscopie normale • traitement martial instauré.
	septembre 1983	<ul style="list-style-type: none"> • hospitalisation en hématologie (à Bordeaux) suite à lipothymie ; anémie idem • bilan : gynécologique normal, lavement baryté normal, transit grêle normal, dosage de la sérotoninémie normal • évocation du diagnostic de pathomimie • poursuite du traitement médical
	décembre 1983	hospitalisation dans le service d'hématologie de sa ville natale signalée par la patiente. En fait, renseignement pris entre les services, elle n'y est jamais entrée.

cas E (suite)	1 an plus tard	<ul style="list-style-type: none"> • de nouveau en vacances sur le bassin d'Arcachon, la patiente est revue par le médecin traitant : NFS normale • la patiente répond au médecin traitant qui lui dit que son état s'est bien amélioré : "j'ai fait ce qu'il faut pour..."
cas F	sur le lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> • asthénie + vertige + acouphènes + dyspnée sur lieu de travail (IDE) => NFS qui révèle une anémie microcytaire (Hb = 6g/100mL) => transfert en hématologie
	hospitalisation en hématologie	<ul style="list-style-type: none"> * premier bilan : test de grossesse, fibroscopie digestive, consultation proctologique, cœlioscopie; RP, ASP => bilan normal * la patiente quitte le service sur sa demande
	10 jours plus tard	<ul style="list-style-type: none"> • revue en consultation : l'anémie a régressé. Elle demande spontanément une consultation psychiatrique mais ne se présente pas au rendez-vous
cas G	janvier 1982	<ul style="list-style-type: none"> • découverte anémie hypochrome microcytaire régénérative résistant au traitement martial (Hb = 5g/100 mL) • bilan réalisé : échographie abdominale, lavement baryté, transit grêle, endoscopie digestive, artérioscopie abdominale, ponction sternale, survie globulaire => bilan normal
	1986	<ul style="list-style-type: none"> • devant la découverte d'une hypo-uricémie, évocation d'un possible syndrome de Fanconi => hospitalisation en néphrologie : <ul style="list-style-type: none"> * l'examen clinique à l'admission montre : AEG, ancienneté de l'anémie ferriprive (glossite, stomatite, fissure des commissures labiales, dysphagie intermittente), hypoacousie * sur le plan biologique : Hb = 6,5 g/dL, hyposidérémie à 3 µmol/L (normale 10 à 30), ferritinémie = à 2,2 mg/mL (normale 10 à 150), coefficient saturation transferrine = 0,036 (normale 0,2 à 0,4), réticulocytes = 180 000 / mm³, VGM 47 micro³ * traitement : transfusion de 20 culots globulaires • quelques temps plus tard, transfert en USI pour acidose aiguë + pancréatite et hépatite aiguës => évolution favorable

cas G (suite)		<ul style="list-style-type: none"> • peu de temps après cet épisode aigu, la patiente est surprise alors qu'elle prenait un médicament non prescrit (aspirine en grande quantité) => dosage sanguin des toxiques : intoxication à l'acide acétylsalicylique, aux phénothiazines et aux opiacés <p>avis psychiatrique : conseille une SD rapide et une psychothérapie ambulatoire</p>
	9 mois plus tard	<ul style="list-style-type: none"> • nouvelle hospitalisation pour bilan d'asthénie + lipothymie au travail => bilan négatif si ce n'est une anémie modérée persistante (Hb = 10,6 g/dL) ; la recherche des toxiques est négative, psychothérapie entreprise
	évolution	poursuite de la psychothérapie pendant un an et demi puis perte de contact
cas H	juin 1983	<ul style="list-style-type: none"> • découverte de l'anémie lors d'un don de sang (don tous les 3 mois) ; tentative de traitement ambulatoire par fer qui se solde par un échec => hospitalisation en gastro-entérologie pour bilan * signes fonctionnels : asthénie sans anorexie ni amaigrissement, pas d'hémorragie extériorisée NB : consommation d'AINS jusqu'en 1982 pour lombalgies chroniques * signes cliniques : C : pâleur cutanéomuqueuse * biologie : Hb = 8,1 g/dl, fer sérique inférieur à 5 µmol/L, coeff sat = 11,2%, capacité de fixation normale : 2,59 mg/L * 1er bilan : la recherche de saignement digestif reste négative
	transfert en hématologie	bilan complet négatif (voir tableau en document annexe : ensemble des examens réalisés pour ce patient).
	novembre 1984	les médecins, convaincus de la soustraction sanguine volontaire, décident de ne plus transfuser le patient en mettant en avant le risque de transmission du virus HBV ; seul le traitement martial PO sera poursuivi à l'hôpital où l'hémoglobine se corrige de 4,6 à 6,4 g/dl en 3 semaines, résultat jamais obtenu en ambulatoire.

cas H (suite)	évolution	<ul style="list-style-type: none"> ● poursuite du traitement martial PO (doute sur l'observance car aucune modification de coloration des selles n'a été observée par le patient) ● normalisation progressive des chiffres de l'hémoglobine ● en août 1985, NFS strictement normale => cette correction spontanée de l'anémie après environ 2 années d'évolution est très évocatrice du diagnostic
cas I	novembre 1992	<ul style="list-style-type: none"> ● patiente hospitalisée en néphrologie pour syndrome fébrile lié à la surinfection de sa chambre de perfusion (trouble anorexique sévère) ; Hémocultures et prélèvement KT > 0 à staphylocoques aureus => antibiothérapie intraveineuse ; ● durant l'hospitalisation : perte de 3 kilos en 6 jours => pose d'une sonde gastrique
	décembre 1992	<p>* transfert en médecine interne et psychosomatique pour prise en charge du syndrome anorexique ; la prise en charge comprend : psychothérapie de soutien, contrat de poids</p> <p>* évolution : prise de poids minime, légère diversification alimentaire. Arrêt de la sonde gastrique en février 1993 et suivi par HDJ</p>

cas I (suite)	mars 1993	<ul style="list-style-type: none"> • découverte d'une anémie microcytaire (Hb = 8,9 g/100ml) • 1^{er} bilan : avis gynécologique ; recherche de sang dans les selles ; fibroscopie digestive => bilan normal ; la coloscopie révèle quant à elle une prise chronique de laxatif • l'anémie est d'abord rattachée aux carences alimentaires, un traitement martial PO est prescrit (NB : son médecin traitant apprend alors à l'équipe qu'elle a déjà reçu un traitement martial intraveineux sans résultat)
	avril 1993	aggravation de l'anémie (Hb = 7,4 g/100mL) ; biologie : ferritine et fer sérique abaissés signes cliniques : asthénie, dyspnée effort, mais surtout découverte de multiples points de ponction aux veines du pli du coude et suspicion du diagnostic
	septembre 1993	aveux au médecin traitant de l'autospoliation : dira au chef de service de médecine interne : « Il n'était pas gentil avec moi, je l'ai fait pour le punir à travers moi. »
	évolution	non connue
cas J	octobre 1992	<ul style="list-style-type: none"> • hospitalisation en réanimation pour suspicion d'intoxication médicamenteuse volontaire chez une femme enceinte de 8 mois • échographie du 8^{ème} mois : découverte d'un enfant hypotrophique, disparition RCF ; chez la mère : polypnée et somnolence => hospitalisation en réanimation • biologie : acidose métabolique majeure ; salicylémie : 400 mg/L (prise d'aspirine, compte tenu du contexte (antécédents de RCIU), un traitement par aspirine 100 mg/j était en place mais ces posologies sont incompatibles avec de tels taux de salicylémie) ; la patiente expliquera plus tard qu'en raison de violentes céphalées, elle avait augmenté la posologie à 4g/j • accouchement provoqué d'un enfant mort

cas J (suite)		<ul style="list-style-type: none"> • durant l'hospitalisation, altération clinique et biologique de la patiente avec CIVD débutante et hémiparésie gauche => AVCi de récupération rapide • par ailleurs proposition de psychothérapie devant le syndrome anxiodépressif majeur (refusé par la patiente) • multiples examens complémentaires pour rechercher la cause de l'AVCi : négatifs • prescription d'aspirine 250 mg/j puis d'AVK
	mai 1994	découverte d'une anémie microcytaire hyposidérémique
	février 1995	<ul style="list-style-type: none"> • Hb = 7,7 g/100ml, ferritine et fer sérique abaissés, traitement par TARDYFERON instauré • céphalées psychogènes intenses : traitement par LAROXYL instauré avec bonne efficacité (transitoirement)
	janvier 1996	<ul style="list-style-type: none"> • hospitalisation pour sevrage médicamenteux car abus d'antalgiques pour calmer les céphalées (falsification d'ordonnances) • syndrome dépressif traité par ANAFRANIL avec bonne efficacité
	février 1996	<ul style="list-style-type: none"> • Hb < 5 g/100ml => transfusions et arrêt AVK ; bilan réalisé : fibroscopie et coloscopie normales ; TDM abdominal normal, myélogramme normal, angiographie des artères abdominales normale • MAIS : recherche de sang dans les selles positive
	mai 1996	Hb = 9,6 g/100ml
	fin mai 1996	hospitalisation pour transfusion => Hb à 6,3 g /100ml.
	évolution	en 1997 : continuait à se faire régulièrement hospitaliser en médecine interne pour bilan d'anémie

cas K	hospitalisation en hématologie	demande par la patiente d'exploration concernant une anémie hypochrome hyposidérémique évoluant depuis 10 ans et associée à une anorexie mentale avec sélection alimentaire et vomissements post prandiaux * bilan réalisé : examen gynécologique, échographies digestives, aortographie abdominale, encéphalographie gazeuse, tous normaux * sur avis psychiatrique, transfert en service spécialisé
	hospitalisation en psychiatrie	l'hospitalisation lui fournit une sensation de sécurité importante dont elle tire des bénéfices secondaires ; ainsi elle a été surprise en train de faire monter artificiellement sa température à 42 ° pour échapper à un projet de sortie du service
cas L	janvier 1970	découverte de l'anémie après tentative de suicide médicamenteuse ; Hb = 6,1g/dl
	hospitalisation en hématologie en janvier 1975	dès l'admission suspicion du diagnostic de Lasthénie de Ferjol (femme, infirmière, antécédents de tentative de suicide, anorexie mentale, anémie évoluant depuis de nombreuses années sans explication organique...)
		des entretiens réguliers avec la psychologue du service aboutissent à des aveux, puis à la sortie définitive de l'hôpital avec suivi régulier par la psychologue et l'hématologue (cf. courriers en document annexe).
		arrêt de l'autospoliation sanguine pendant 18 mois puis rechute, malgré 20 ans de suivi pas d'amélioration réelle, décès par défenestration

cas M	hospitalisation en 1979 en hématologie	<ul style="list-style-type: none"> • adressée par un médecin roumain pour exploration d'une anémie hyposidérémique (Hb =4 à 6 g/dl) évoluant depuis 3 ans • bilan effectué en Roumanie négatif (allant jusqu'à laparotomie exploratrice) dès l'admission, diagnostic de Lasthénie de Ferjol posé (femme, études d'infirmière et de psychologie, opposition et agressivité vis à vis de la psychologue du service, anorexie mentale...) ; patiente avisée du diagnostic puis perdue de vue jusqu'en 1991
	entre 1979 et 1991	transfusée tous les mois sans ordonnance (> 100 fois) : elle se présentait au service d'urgence où elle travaillait et parvenait à chaque fois à se faire transfuser ; elle a eu plusieurs laparotomies exploratrices; ainsi qu'une chimiothérapie pour hémopathie et une splénectomie (rate d'aspect normal)
	nouvelle hospitalisation en 1991 en hématologie	<ul style="list-style-type: none"> • dès l'admission suspicion d'anémie provoquée • élimination d'un saignement digestif (coloscopie et fibroscopie normales) • entretiens avec la psychologue du service : très opposante • sortie définitive et perdue de vue après qu'une étudiante l'ait reconnue

3 – ANALYSE DE L'ETUDE

3.1. Sexe et âge

sexe	nombre de cas	pourcentage correspondant
masculin	1 cas sur 13	7,7 %
féminin	12 cas sur 13	92,3 %

Nous notons une écrasante majorité de femmes (92,3%).

tranches d'âge	nombre de cas	pourcentage correspondant
20 - 30 ans	3 cas sur 13	23 %
30 - 40 ans	6 cas sur 13	46,1 %
40 - 50 ans	4 cas sur 13	30,7 %

L'âge d'écllosion de cette pathologie semble se situer entre 24 et 48 ans avec une plus forte représentation de la tranche d'âge comprise entre 30 et 40 ans (46,1 %).

3.2. Profession

	connaissances dans le domaine médical	professeur enseignement général	autre
nombre de cas	9 cas sur 13	2 cas sur 13	2 cas sur 13
pourcentage correspondant	69,2	15,3	15,3

Dans près de 70% des cas, il semble que les patients atteints du syndrome de Lasthénie de Ferjol ont des connaissances dans le domaine médical (études de médecine, personnel médical ou paramédical).

On note également un nombre non négligeable de professeurs dans l'enseignement général (15,3%).

3.3. Situation familiale

situation familiale		nombre de cas	pourcentage correspondant
mariés		9 cas sur 13	69,2
célibataires		2 cas sur 13	15,3
divorcé		1 cas sur 13	7,7
inconnue		1 cas sur 13	7,7
nombre d'enfants	pas d'enfant	4 cas sur 13	30,7
	1 enfant	2 cas sur 13	15,3
	2 enfants	2 cas sur 13	15,3
	3 enfants	4 cas sur 13	30,7
	inconnu	1 cas sur 13	7,7

Ce tableau témoigne d'une tentative de bonne insertion sociale puisque 70% des patients sont mariés et 60% ont des enfants.

3.4. Contexte environnemental

Malgré l'apparente bonne insertion socioprofessionnelle, les patients atteints du syndrome de Lasthénie de Ferjol sont majoritairement dans des situations conflictuelles aussi bien sur le plan familial que professionnel.

type de conflit	nombre de cas	pourcentage correspondant
familial	4 cas sur 13	30,70%
conjugal	6 cas sur 13	46,10%
professionnel	4 cas sur 13	30,70%

Certains patients de notre étude cumulaient plusieurs types de conflits, c'est ce que nous avons voulu faire apparaître dans le tableau suivant :

type de conflit (familial/professionnel/conjugal)	nombre de cas	pourcentage correspondant
1 seul type de conflit	3 cas sur 13	23%
2 types de conflits	4 cas sur 13	30,70%
les 3 types de conflits	1 cas sur 13	7,60%
inconnu	5 cas sur 13	38,40%

Il ressort de notre étude que dans 1 cas sur 3, nos patients cumulent 2 types de conflits.

3.5. Evénements traumatisants

	nombre de cas	pourcentage correspondant
origine gynécologique	5 cas sur 13	38,4 %
contact traumatisant avec le sang	2 cas sur 13	15,3 %
relations incestueuses	1 cas sur 13	7,6 %

Dans près de 40 % des cas, l'expérience traumatisante initiatique semble être d'origine gynécologique.

On relève également 15,3 % de contact traumatisant avec le sang.

3.6. Antécédents

	nombre de cas	pourcentage correspondant
pathologie ayant nécessité une prise en charge lourde dans l'enfance	6 cas sur 13	46,1 %

Parmi des antécédents souvent chargés, on note l'existence d'un contact précoce et prolongé avec le milieu médical dans 46,1 % des cas.

3.7. Mode de saignement

	nombre de cas	pourcentage correspondant
aveux	2 cas sur 13	15,3
pistes par rapport au mode de saignement	6 cas sur 13	46,1

D'après notre étude, il reste rare d'obtenir des aveux (15,3 %) ; néanmoins, dans près d'un cas sur deux, de fortes présomptions concernant le mode de saignement existent.

type de saignement	nombre de cas	pourcentage correspondant
médicamenteux	2 cas sur 13	15,3 %
origine dentaire	1 cas sur 13	7,7 %
ponction au niveau du pli du coude	2 cas sur 13	15,3 %
inconnu	8 cas sur 13	61,5 %

Notre étude se limitera à noter que les modes de saignement les plus fréquemment retrouvés sont les ponctions veineuses (15,3 %) et la prise de médicaments (15,3 %).

3.8. Entretien psychiatrique

	nombre de cas	pourcentage correspondant
bon contact avec l'équipe psychiatrique	4 cas sur 13	30,7 %
traits hystériques	6 cas sur 13	46,1 %
anorexie mentale	6 cas sur 13	46,1 %
syndrome dépressif	8 cas sur 13	61,5 %
automutilations / masochisme	10 cas sur 13	76,9 %
toxicophilie	5 cas sur 13	38,4 %
manipulations perverses	6 cas sur 13	46,1 %

Le profil psychopathologique qui semble se dégager de notre étude est le suivant :

- contact difficile à établir avec l'équipe psychiatrique
- des traits hystériques dans près d'1 cas sur 2
- des antécédents personnels d'anorexie mentale dans près d'1 cas sur 2
- un syndrome dépressif dans 60 % des cas
- une tendance à l'automutilation par le biais de la multiplication d'exams complémentaires souvent douloureux dans 2/3 des cas
- une conduite addictive vis-à-vis des médicaments dans plus d'1/3 des effectifs
- un plaisir manifeste pris dans la manipulation (notamment des équipes médicales) dans près d'1 cas sur 2

3.9. Durée d'évolution de la pathologie

cas	durée d'évolution
cas A	au minimum 10 ans d'errance diagnostic (donc d'évolution) puis perte de contact donc > 10 ans d'évolution
cas B	2 ans avant l'évocation du diagnostic puis la mise en place du traitement ambulatoire donc > 2 ans d'évolution
cas C	2 mois de suivi hospitalier puis perte de contact
cas D	7 ans de suivi hospitalier avant pose du diagnostic puis perte de contact
cas E	2 ans d'évolution puis guérison apparente
cas F	suivi hospitalier de 10 jours seulement puis perdue de vue
cas G	> 6 ans d'évolution puis perte de contact
cas H	2 ans d'évolution puis guérison apparente
cas I	1 an d'évolution avant aveux puis évolution non connue
cas J	> 5 ans d'évolution (poursuite du traitement ambulatoire en 1997)
cas K	> 10 ans d'évolution
cas L	20 ans d'évolution puis décès par défenestration
cas M	> 12 ans d'évolution puis perdue de vue

Notre étude retrouve une durée moyenne d'évolution de 6 ans entre la première prise en charge du syndrome anémique et la suspicion du diagnostic.

3.10. Pronostic

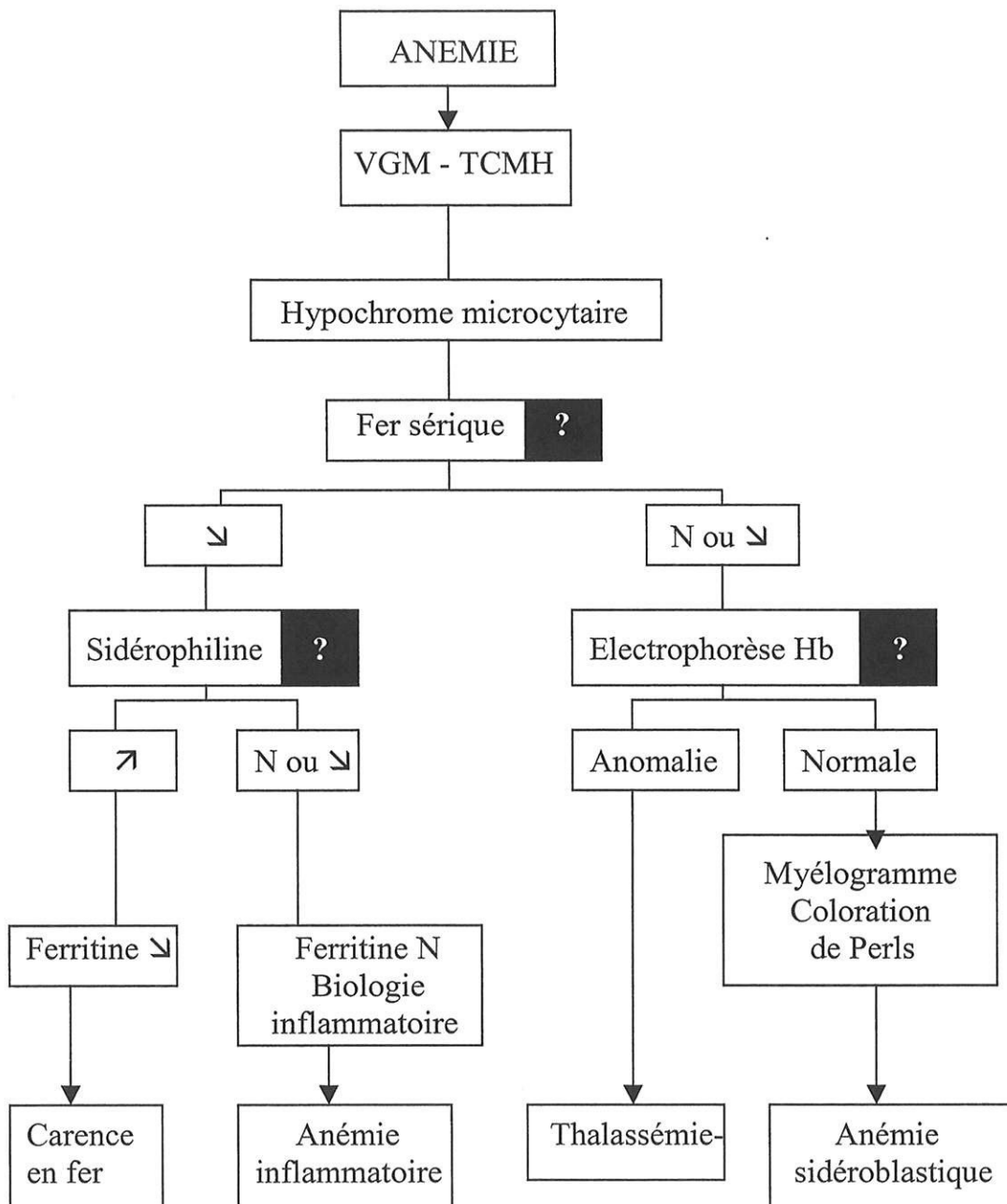
	nombre de cas	pourcentage correspondant
perdue de vue	6 cas sur 13	46,1 %
guérison	2 cas sur 13	15,3 %
décès	1 cas sur 13	7,7 %
inconnu	4 cas sur 13	30,7 %

III – DISCUSSION

**1. ELIMINER AVANT TOUT UNE CAUSE ORGANIQUE D'ANEMIE
MICROCYTAIRE CHRONIQUE**

DIAGNOSTIC D'UNE ANEMIE

Hématologie G. Sebahoun, ed Medsi 1990 (extrait)



2. TROUBLES FACTICES, SIMULATION : LES PRINCIPAUX DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

2.1. Définition du trouble factice

- Selon le DSM IV :

Il s'agit d'une "production intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques. La motivation du comportement est de jouer le rôle du malade. Absence de motif extérieur à ce comportement (par exemple obtenir de l'argent, fuir une responsabilité légale ou améliorer sa situation matérielle ou physique comme dans la simulation).

Codification fondée sur le sous-type :

- avec signes et symptômes psychologiques prédominants : si les signes et symptômes psychologiques sont au premier plan du tableau clinique,
- avec signes et symptômes physiques prédominants : si les signes physiques sont au premier plan du tableau clinique,
- avec une association de signes et de symptômes psychologiques et physiques : s'il y a à la fois des signes et des symptômes psychologiques et physiques, sans que les uns ou les autres soient au premier plan du tableau clinique.

- Au total, le diagnostic de trouble factice repose sur un faisceau d'arguments :

- a – ce sont le plus souvent des femmes jeunes ayant un lien avec le milieu médical
- b – les antécédents sont typiquement flous, chargés, comprenant de multiples hospitalisations
- c – le tableau clinique est atypique
- d – l'évolution est imprévisible
- e – la réponse aux traitements est mauvaise
- e – existence d'un isolement affectif
- f – relation avec le médecin faite de manipulation génératrice de conflits

Rarement, c'est la découverte de matériel dans les affaires du patient ou une situation de flagrant délit ou encore l'obtention d'aveux qui va confirmer le diagnostic.

• Sur le plan clinique, on note :

a – des pathomimies cutanées (les plus nombreuses)

b – des thermopathomimies

c – des hémorragies et anémies par saignement (syndrome de Lasthénie de Ferjol)

d – le syndrome de Munchhausen.

2.2. Diagnostic différentiel des troubles factices avec la simulation

Définition de la simulation (selon DSM IV)

"Production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivée par des incitations extérieures telles que : éviter les obligations militaires, éviter de travailler, obtenir des compensations financières, éviter des poursuites judiciaires ou obtenir des drogues.

Une simulation doit être fortement suspectée devant une ou plusieurs des manifestations suivantes :

a – existence d'un contexte médico-légal

b – discordance importante entre la souffrance et l'incapacité rapportée par le sujet et les résultats objectifs de l'examen

c – manque de coopération au cours de l'évaluation diagnostique et manque d'observance du traitement médical prescrit

d – existence d'une personnalité antisociale

A la différence du trouble factice, la production des symptômes, dans la simulation, est motivée par des incitations extérieures que l'on ne retrouve pas dans le trouble factice. Des arguments en faveur d'un besoin intrapsychique de conserver un rôle de malade font suggérer l'existence d'un trouble factice."

Ainsi le simulateur agit de façon totalement consciente, son but étant d'obtenir des avantages bien précis. Il n'accepte jamais d'opérations mutilantes ; la conduite de simulation disparaît en général après l'obtention du bénéfice recherché contrairement à la conduite autodestructrice chronique du pathomime.

On peut également remarquer que les troubles factices ont toujours une dimension psychopathologique alors qu'une conduite de simulation peut le plus souvent être considérée comme adaptée.

N.B. : autres diagnostics différentiels

- entre trouble factice et automutilation : l'automutilation n'est pas un acte dissimulé et le sujet ne nie pas être à l'origine de celle-ci.

- entre trouble factice et pathologie chronique autoentretenu (réexposition à un produit allergisant dans l'eczéma de contact) : il pourrait s'agir, selon Lacharrière, de formes frontières avec les pathomimies cutanées et de meilleur pronostic.

2.3. Quelques diagnostics différentiels à discuter

2.3.1. Discussion autour de l'hystérie

Depuis l'Égypte ancienne, on attribuait à l'hystérie la conséquence de la privation de rapport sexuel qui provoque à son tour la migration de l'utérus à travers le corps, cet utérus migrant atteint enfin le cerveau ou il se repaît de la substance blanche, succédané d'un sperme trop parcimonieusement dispensé, provoquant en même temps fièvre, vapeurs et cris.

La migration utérine a passé de mode et les hystériques n'ont pas cessé de provoquer et d'attirer l'attention de leur entourage. Beaucoup d'auteurs s'accordent pour attribuer au syndrome de Lathénie de Ferjol le diagnostic d'hystérie en raison des troubles relationnels observés chez ces patientes.

Ces patientes sont en effet souvent isolées, handicapées sociales car inaptées aux affects, elles présentent également une pauvreté de leur vie sexuelle, enfin elles sont mythomanes (elles s'inventent une biographie de rêve, livrent des explications peu

crédibles concernant les points de ponction et cicatrices) et manipulatrices ce qui contribue à leur isolement bien que leur désir soit avant tout de plaire.

On peut également relever le caractère puéril de leur comportement, présent jusque dans leurs réflexions (“plus je suis malade, plus on m’aime”).

Mais les patientes atteintes du syndrome de Lasthénie de Ferjol ont une incapacité à exprimer leurs émotions tandis que la réponse émotionnelle des hystériques est au contraire excessive.

Dans l’hystérie comme dans le syndrome de Lasthénie de Ferjol, il existe une mise en acte par le corps des conflits psychiques qui se jouent en sourdine : de façon inconsciente, dans le cadre des saignements volontaires tout comme dans le cadre des accidents conversifs, les “accidents” du corps présentés sont un moyen pour la patiente d’obtenir l’attention d’autrui (médecin, entourage familial et professionnel) ; ces patientes sont donc dans une recherche de bénéfices secondaires affectifs effrénée, au prix de se provoquer (dans le cas du syndrome de Lasthénie de Ferjol) une maladie potentiellement mortelle.

Il existe une relation de séduction face au médecin chez les patientes atteintes du syndrome de Lasthénie de Ferjol : en lançant un défi à la médecine et en se mettant en scène comme des patientes extraordinaires, comme des cas médicaux difficiles, elles cherchent à centrer sur elles toute l’attention des équipes médicales ; certains auteurs parlent même du syndrome de Lasthénie de Ferjol comme d’un moyen masochiste de se faire aimer et comme d’une expiation d’une culpabilité profonde, les patientes payant de leur sang la relation désirée avec le médecin.

Enfin, dans les deux cas, on note une belle indifférence face au périple médicochirurgical, les patientes relatant leur parcours avec un calme sourire déconcertant.

2.3.2. Similitudes et différences entre le syndrome de Lasthénie de Ferjol et l'anorexie mentale

La fréquente association des 2 syndromes invite à se poser la question des ressemblances et différences entre ces deux entités.

En terme de ressemblances, on peut noter :

- 1- il s'agit dans les deux cas de femmes jeunes avec toutefois une légère nuance d'âge : l'anorexie mentale semble débiter plus tôt, dès l'adolescence
- 2- ce sont des femmes intelligentes, habiles à manipuler leur entourage
- 3- elles s'ingénient à dominer leur entourage, et à le défier ce qui leur confère un sentiment de toute puissance confinant au fantasme d'immortalité
- 4- on note une remarquable tolérance à l'affaiblissement physique
- 5- voire même un indéniable plaisir lié à l'épuisement de leur corps que ce soit par restriction alimentaire ou par saignements provoqués
- 6- conduites d'addiction (à la restriction alimentaire ou à l'autospoliation sanguine)
- 7- la perte de l'hémoglobine peut être comparée à la perte de poids de l'anorexique
- 8- à l'amaigrissement pourrait coïncider la pâleur cutanéomuqueuse
- 9- ces troubles du comportement font l'objet d'une dissimulation acharnée, d'une réticence à les reconnaître et d'une importante dénégation
- 10- la sexualité de ces patientes est également perturbée dans le sens d'un refus de la génitalité
- 11- sur le plan familial, le déséquilibre parental est manifeste

Mais,

- dans l'anorexie mentale la volonté de dominer est avant tout tournée vers la patiente elle-même et il s'agit surtout de se dominer soi-même, ce qui ne semble pas être le cas dans le syndrome de Lasthénie de Ferjol

- dans l'anorexie mentale, l'indifférence affective est assimilable à une volonté de maîtriser l'émotion, tandis que dans le syndrome de Lasthénie de Ferjol il s'agit plus d'une incapacité à exprimer l'émotion

- le refus de reconnaître le caractère pathologique du trouble laisse place à un déni acharné du trouble avec dissimulation (donc reconnaissance du trouble)

- le plaisir ressenti par les anorexiques et par les patientes atteintes du syndrome de Lasthénie de Ferjol se situe à trois niveaux :

- plaisir pris dans la domination (de l'autre ou de soi)
- plaisir pris dans la réalisation du travail d'où l'hyperactivité
- plaisir pris dans l'érotisation de la sensation de faim pour les anorexiques, plaisir pris dans la satisfaction du besoin d'autospoliation sanguine dans le cas du syndrome de Lasthénie de Ferjol.

2.3.3. Discussion autour du masochisme

La tendance qu'ont ces patientes à se piquer dans des endroits douloureux et à accepter les examens complémentaires les plus invasifs sans rechigner porte à croire que le syndrome de Lasthénie de Ferjol peut s'apparenter à du masochisme ; en fait, il semble indéniable qu'il y ait chez ces patientes une composante de masochisme, mais il ne semble pas s'agir de masochisme érogène : il s'agit avant tout de camoufler le point de ponction plus que de se faire souffrir et d'en obtenir du plaisir.

En revanche, ces patientes sont souvent porteuses d'une grande souffrance psychologique ce qui laisse à penser que le masochisme dont elles font preuve est un masochisme moral. La maladie devient un refuge synonyme d'attention et d'amour mais il ne peut être obtenu qu'à travers la souffrance.

“Les maladies de mon enfance me donnaient l'impression qu'enfin j'étais aimée, on s'attardait à mon chevet, on me parlait doucement, je rencontrais la tendresse”(VITERBO).

Ces patientes font preuve d'une intolérance à la frustration, frustration qui déclenche chez elle une rage qu'elles retournent sur elles pour pouvoir l'assumer.

2.3.4. Discussion autour de l'hypochondrie

Selon le DSM IV (1996) :

“Préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques. La préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant. (...)”

Ces préoccupations sont à l'origine d'une grande souffrance morale pour le patient, le poussant à multiplier les consultations médicales pour bénéficier d'un bilan exhaustif ; l'hypochondriaque souhaite que l'origine de son mal soit découverte pour qu'un traitement soit institué ; il peut parfois entrer en rivalité avec son médecin, qu'il accuse d'incompétence, et peut alors devenir procédurier.

2.3.5. Diagnostic différentiel avec le syndrome de Munchhausen

C'est en 1951 qu'Ascher définit ce syndrome qui se caractérise pour les patients concernés par des pérégrinations d'hôpitaux en hôpitaux ; le trouble factice présenté prend d'emblée l'allure d'une urgence somatique aiguë engageant le pronostic vital et nécessitant des soins médicaux immédiats. Par ailleurs, les personnes concernées sont des hommes de 40 ans en moyenne.

Parmi les signes évocateurs de ce diagnostic, on trouve :

a – la mythomanie : mensonges flamboyants concernant leur biographie, récits rocambolesques, histoires incroyables et inconsistantes à propos de leurs antécédents ; le patient peut parfois utiliser les séquelles d'une maladie antérieure authentique pour étayer son récit, mais un certain flou du récit interdit toute vérification quant à la véracité de leurs dires...

b – une personnalité antisociale : ces pérégrinations d'hôpitaux en hôpitaux, donc de villes en villes, impliquent qu'il n'y a aucune intégration socioprofessionnelle ou familiale ; des conduites délictueuses et toxicophilies peuvent s'associer, même s'il s'agit le plus souvent de délits mineurs.

c – le trouble factice observé peut revêtir 3 aspects : le tableau abdominal aigu avec nombreuses cicatrices d'interventions antérieures (on les nomme parfois "les balafres de l'abdomen"), le tableau hémorragique (fausses hémoptysies, fausses hématomèses) et le tableau neurologique (céphalées paroxystiques, pertes de connaissances).

d – le comportement du malade sur le lieu d'hospitalisation permet aussi d'orienter le diagnostic. L'hospitalisation est souvent courte, se soldant par une sortie contre avis médical ou une fugue après de nombreuses récriminations de l'équipe quant à la qualité des soins administrés.

Le profil pathologique est ressemblant au premier abord (besoin de paraître malade, défi lancé au médecin, errance hospitalière...), mais quelques particularités du syndrome de Munchhausen semblent le distinguer du syndrome de Lasthénie de Ferjol:

- ce sont des hommes le plus souvent, alors que ce sont majoritairement des femmes qui sont concernées par le syndrome de Lasthénie de Ferjol
- personnalité psychopathique
- symptômes présentés multiples et variables au cours du temps, le trouble factice présenté pouvant différer d'une fois sur l'autre, tandis que l'anémie est le symptôme phare du syndrome de Lasthénie de Ferjol
- mythomanie floride avec biographie rocambolesque et antécédents médicochirurgicaux riches et farfelus

3 - DISCUSSION

3.1. Nos résultats

A travers notre étude, nous avons essayé de dégager un profil-type du patient susceptible d'être atteint du syndrome de Lasthénie FerjoI

- il s'agit d'une femme
- dont l'âge s'échelonne entre 20 et 50 ans avec une plus forte représentation de la tranche d'âge 30-40 ans
- dont la profession est en lien avec le milieu médical ou paramédical
- qui le plus souvent est mariée et a des enfants
- dont la vie est émaillée de conflits d'ordre familiaux, professionnels ou conjugaux
- qui peut avoir vécu des traumatismes servant d'expérience initiatique au comportement d'autospoliation ; le plus souvent ces traumatismes sont d'ordre gynécologique ou relèvent d'un contact violent avec le sang
- dans son enfance, on retrouve typiquement une pathologie lourde ayant abouti à une prise en charge médicale (voire à une hospitalisation) précoce et prolongée
- les modes de saignement utilisés (même si c'est rarement avoué) le plus souvent sont la ponction veineuse et la prise de médicaments gastrotoxiques et anticoagulants
- au cours d'un entretien psychiatrique, qui sera souvent accepté avec difficulté par la patiente, des traits hystériques, un syndrome dépressif, une tendance hyporexique, une conduite addictive médicamenteuse et un désir de manipulation conduisant à la multiplication des examens complémentaires seront retrouvés
- enfin, une évolution longue des troubles avec en moyenne 6 ans entre la 1ère prise en charge du syndrome anémique et l'évocation du diagnostic

Notre étude ne permet hélas pas de définir des critères statistiquement significatifs de diagnostic.

A cela plusieurs raisons :

- le faible recrutement dû à la rareté du syndrome étudié
- la nécessaire exhaustivité du recueil de cas sur une période clairement définie pour éliminer les biais de recrutement
- la nécessité de définir un groupe témoin auquel comparer les cas observés de syndrome de Lasthénie de Ferjol afin de faire une étude de significativité pour chaque critère étudié

Notre étude reste donc à un niveau descriptif de la situation de ce syndrome au cours des 30 dernières années.

3.2. Comparaison à l'étude princeps de Jean Bernard

Jean Bernard résume l'impression extérieure que laissent ces patient(e)s : "pâles, énigmatiques, dociles, ayant choisi une profession de dévouement" de la même façon que Barbey d'Aureville décrivait son héroïne malheureuse : "Lasthénie, se mourrait comme elle avait vécu, sans parler, figée dans une douleur muette".

1 – Sexe

Jean Bernard a décrit ce syndrome comme exclusivement féminin.

Notre étude quant à elle, retrouvait une large majorité de femmes (plus de 90 %). En dehors du cas masculin de notre étude, l'existence de cas masculin du syndrome de Lasthénie de Ferjol a fait l'objet de quelques publications ; il semble qu'il s'agisse le plus souvent de soustractions sanguines réalisées dans un cadre carcéral et ayant un but précis : les hémorragies n'étaient en effet provoquées que lors de la détention et disparaissaient une fois la liberté retrouvée. Il semble qu'il s'agisse plutôt de phénomènes de simulation.

Age

Notre étude a montré qu'il s'agissait de femmes jeunes (24 à 48 ans).

L'étude princeps retrouvait ces mêmes tranches d'âge allant de 17 à 40 ans ; le Professeur Bernard soulignait l'absence de cas avant la puberté ou après la ménopause.

2 – Profession

Selon notre étude, les patientes semblent avoir un lien professionnel ou affectif avec le milieu médical dans 70 % des cas.

Ces patientes fréquentent donc le milieu médical et ont donc acquis de par leur formation un certain nombre de notions dans ce domaine, notamment elles connaissent les techniques de prélèvement et sont souvent capables d'une extraordinaire ingéniosité dans le choix des lieux de ponction.

Le Professeur Bernard relevait 75 % d'infirmières ; au deuxième rang, les laborantines.

3 – Situation familiale

Selon notre étude, une large majorité des patientes sont mariées (70 %) et ont des enfants (65 %).

Jean Bernard décrivait ces patientes comme le plus souvent seules, célibataires ou divorcées (10 célibataires sur 13 cas).

Malgré l'apparente stabilité affective relevée par notre étude, il convient de noter que le quotidien de ces patientes est le plus souvent émaillé de conflits familiaux et/ou conjugaux et/ou professionnels.

On retrouve constamment dans le profil psychopathologique de ces patientes l'absence d'investissement affectif, ce qui peut expliquer la fréquence des conflits conjugaux.

Nous notons enfin que la sexualité de ces femmes est en règle perturbée avec insatisfaction, voire refus de toute vie sexuelle. Certains auteurs, comme G. BONNET, évoquent la possibilité d'une homosexualité sous-jacente.

4 – Contexte environnemental

Selon notre étude, ces femmes ont fréquemment souffert de carences affectives dans l'enfance ; elles présentent parfois une histoire abandonnique, elles ont vécu des séparations, des deuils insurmontables.

5 – Evénements traumatisants

En 1979, D. VITERBO complétait le syndrome en insistant plus particulièrement sur les événements déclencheurs ; il parlait de l'expérience "initiatique" qui conduit ces patientes à l'autospoliation. Il s'agit le plus souvent d'un contact violent avec la vue du sang, vécu par la patiente dans l'effroi et l'impuissance : dans notre étude, on retrouve le cas d'une patiente qui était sur les lieux d'un accident de la voie publique et qui a reconnu le visage de l'homme qui la regardait, le visage en sang. Une autre patiente de l'étude était à son domicile lorsque son voisin s'est suicidé en se tranchant la gorge juste devant chez elle. Cette même patiente a eu un accouchement hémorragique et évoquait le souvenir effrayant "de gros caillots...".

Cette expérience, souvent génératrice de stupeur et d'effroi, semble profondément marquer ces patientes ; certaines témoignent qu'elles étaient hantées depuis le drame par des représentations mentales teintées de sang.

6 – Antécédents

Il semble que les antécédents médicochirurgicaux soient plus riches que ceux des femmes du même âge de la population générale.

Il est intéressant de remarquer que ces patientes ont souvent présenté des pathologies organiques réelles, parfois même dès leur enfance, les installant déjà dans un statut de malade dont elles ont appris à tirer les bénéfices secondaires...

Par ailleurs, il est fréquent de noter dans leurs antécédents une fois encore la confrontation à des images sanglantes (lors de fausses-couches spontanées – cas C, lors d'accouchement hémorragique – cas K).

Ces épisodes ont parfois été vécus de façon agréable par certaines femmes qui ont pu par la suite chercher à reproduire l'expérience de l'hémorragie.

Notre enquête met en évidence la fréquence d'antécédents psychiatriques à type de syndrome dépressif, de tentative de suicide, d'anorexie mentale et d'appétence médicamenteuse.

7 – Aveux et mode de saignement

La découverte du mode de saignement est très difficile, les patientes rivalisant d'imagination et de dissimulation ; ou mieux, notre étude a retrouvé 46 % de forte présomption sans preuve ; l'obtention d'aveux est encore plus rare : 15 %.

Les techniques de prélèvement peuvent être sophistiquées au point que le taux d'hémoglobine continue à chuter pendant le séjour hospitalier, alors même qu'une fouille minutieuse a été réalisée et n'a pas permis de retrouver de matériel de ponction.

Chaque patiente a son mode de saignement et le garde. Le besoin de tromper et de mettre au défi le corps médical est tel que certaines patientes, percées à jour, ont attenté à leurs jours.

Quant au don du sang, il n'en est fait état que dans deux observations de notre étude ; il semble que ce phénomène soit marginal dans le syndrome de Lasthénie de Ferjol où la patiente préfère réaliser son autospoliation seule.

8 – Fluctuation du taux d'hémoglobine

Comme le notait le Professeur Bernard, les patientes atteintes du syndrome de Lasthénie de Ferjol ont une grande habileté à maintenir les chiffres du taux d'hémoglobine à la limite de la compatibilité avec la vie (bien que les accidents mortels existent).

L'étude de 1967 notait des taux d'hémoglobine oscillant entre 3 et 8 g/dl.

Notre étude révèle des taux équivalents avec 2,8 g/dl pour le taux minimum observé, et 10–11 g/dl pour le taux maximal.

Deux patients seulement retrouvent des chiffres d'hémoglobine normaux au terme de l'évolution de sa pathologie.

9 – Entretien psychiatrique

Le plus souvent, les patientes refusent de rencontrer un psychiatre, arguant d'un problème somatique et non psychiatrique ; lorsqu'elles acceptent de se rendre à une consultation, elles sont méfiantes, peu communicatives, sur la défensive. Rares sont celles qui acceptent une prise en charge à long terme.

Notre étude retrouve un profil psychopathologique relativement constant, en accord avec le profil décrit par Jean Bernard en 1967.

D'une part, il existe une demande affective importante, un côté puéril mythomane et manipulateur qui les rapproche de l'hystérie. D'autre part, une dénégation de leur pathologie, le besoin de défier le corps médical. Certains praticiens les placent dans la perversion ; parfois, il est même fait état d'"hystérie perverse".

Le rapprochement avec l'anorexie mentale est justifié compte tenu des ressemblances existant entre les deux pathologies. Mais la domination de soi qui prédomine dans l'anorexie mentale n'est pas retrouvée dans le syndrome de Lasthénie de Ferjol où les crises d'autospoliation semblent échapper à la volonté de la patiente ; enfin, l'anorexique méconnaît les répercussions de sa maladie sur son corps tandis que la patiente atteinte de syndrome de Lasthénie de Ferjol est consciente de son altération physique.

10 – Evolution

L'évolution est, comme le soulignait Jean Bernard, "longue et chronique".

Notre étude relevait une moyenne de six ans entre la première prise en charge du syndrome anémique et la suspicion du diagnostic, suspicion qui se solde souvent par une perte de vue de la patiente ; ceci laisse à penser que la durée d'évolution est sûrement plus longue en réalité, la patiente partant dans d'autres régions, duper d'autres médecins.

Lors de l'étude princeps en 1967, l'équipe du Professeur Bernard retrouvait une durée d'évolution moyenne minimum de 3 ans ½.

Le pronostic est sombre : notre étude relevait 7,7 % de décès (1 décès par suicide) contre 16 % dans l'étude princeps (1 décès par insuffisance cardiaque et 1 décès par suicide).

3.3. Les difficultés rencontrées

Nous avons réalisé notre étude à partir de travaux de thèse de médecine générale et de médecine spécialisée (psychiatrie).

Afin de tirer des observations recueillies dans les éléments les plus significatifs du syndrome de Lasthénie de Ferjol, la réalisation d'une grille de lecture a été nécessaire.

Cette démarche conduit hélas à laisser de côté certains signes cliniques au profit d'autres, plus régulièrement mis en lumière par nos confrères.

Ainsi, certains aspects comme :

- l'existence ou non de dons du sang par ces patients
- l'existence d'une vie religieuse intense
- le profil psychologique des patients (névrose ? - psychose ?)
- l'existence d'une maladie grave dans l'entourage du patient
- la survenue de la ménopause
- (...)

sont quasi inexistants dans nos recueils de thèse et n'ont pas pu être analysés dans notre étude, alors que le Professeur Bernard les avaient intégrés à part entière dans l'observation de ses patients. De même, selon la spécialité, certains de nos confrères insistaient davantage sur l'aspect organique ou sur l'aspect psychiatrique de la pathologie.

Ces quelques réserves faites, il convient de rappeler que l'abord de ces patients reste extrêmement délicat et que chez ces gens très manipulateurs et intelligents, le recueil de données peut s'avérer difficile...

Il nous manque malheureusement l'expérience clinique de ces patients et la description que nous en avons faite n'est que le fruit du recueil de cas observés dans la littérature.

Etant donné la rareté du syndrome, peu de publications lui ont été consacrées ; toujours du fait de sa rareté, nous n'avons pas eu la possibilité de rencontrer des patients atteints de ce syndrome.

IV - CONCLUSION

Selon notre étude, la présence d'une anémie ferriprive étonnamment bien supportée et restant inexpliquée malgré les différents examens complémentaires réalisés, chez une jeune femme appartenant à la profession paramédicale doit faire évoquer au médecin un possible syndrome de Lasthénie de Ferjol et cela d'autant plus que :

La patiente est mariée et mère de famille

Que sa vie est émaillée conflits professionnels et/ou familiaux

Qu'elle a vécu des contacts traumatisants avec le sang

Qu'elle a des antécédents médicochirurgicaux et psychiatriques chargés

Qu'elle présente une structure psychopathologique particulière avec inadaptation affective, profil hystérique, plaisir pris dans la manipulation d'autrui, coexistant éventuellement avec une anorexie mentale et un syndrome dépressif.

Et que l'évolution de cette anémie est longue.

Notre étude retrouve des résultats comparables à celle réalisée en 1967 par Jean Bernard si ce n'est que les patientes de notre cohorte semblent le plus souvent faire le choix du mariage quitte à en subir les conflits qui les caractérisent.

En entamant cette étude, nous avons l'ambition de mettre en évidence un tableau plus carré de la pathologie étudiée en s'appuyant sur des signes spécifiques via une étude statistique. Nous devons nous contenter de signes évocateurs du diagnostic en raison de la difficulté à définir un groupe témoin.

Quant au traitement, il semble qu'une action très précoce est nécessaire pour éviter l'enkystement dans la pathologie.

L'attitude préconisée est d'éviter de poser d'emblée l'étiquette "psy" à ces patientes, essayer d'instaurer une relation de confiance, préserver "leur secret", installer une collaboration entre l'équipe somaticienne et l'équipe psychiatrique pour leur permettre de garder leur statut de "pseudo malade somatique" tout en les orientant vers une psychothérapie.

Les médecins ne sont pas habitués, lorsqu'ils sont à la recherche de l'étiologie de symptômes cliniques ou biologiques, à suspecter une origine factice.

Or, les maladies factices sont une réalité qu'il convient de ne pas ignorer bien que, par leur nature, elles bouleversent le rapport médecin malade : le médecin est confronté à l'ingéniosité sans limite d'un malade qui devient un adversaire.

Nous ne pouvons nous empêcher de citer quelques répliques de l'Avare de Molière (acte I, scène IV) :

"Valère : Il faut demander un délai, et feindre quelque maladie.

Elise : Mais on découvrira la feinte, si l'on appelle les médecins.

Valère : Vous moquez-vous ? Y connaissent-ils quelque chose ? Allez, allez, vous pouvez avec eux avoir quel mal il vous plaira, ils vous trouveront des raisons pour vous dire d'où cela vient."

V - BIBLIOGRAPHIE

ABELHAUSER A.

Pathologies factices et vérité subjective.

Evol Psychiatr. 1999 ; 64 : 113-33.

AGMAN G., CORCOS M., JEAMMET Ph.

Troubles des conduites alimentaires – Editions Techniques

E.M.C. 37-350-A-10

Psychiatrie 1994 ; 37-350-A-10

ALBY N.

Syndrome de Lasthénie de Ferjol – Etude psychologique

Actualités hématologiques. Paris : Masson. 1982 : 121-5

BARBEY D'AUREVILLY

Une histoire sans nom.

Flammarion, ed. paris, 1990.

BERNARD J., NAJEAN Y., ALBY N., RAIN JD.

Les anémies hypochromes dues à des hémorragies volontairement provoquées.

Presse Méd. 1967 ; 75(42) : 2087-90

BOURGUIGNON A.

Situation du vampirisme et de l'auto-vampirisme.

Ann. Med. Psych. 1977 ; 1 : 181-95.

BRETEZ B.

Le syndrome de Lasthénie de Ferjol. A propos d'un cas masculin.

Thèse pour le Doctorat en Médecine - Université Pierre et Marie Curie Paris 6^e -

Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière - année 1988 - 33 pages.

COCKSEY D.

L'œuvre complète numérique.

J. Barbey d'Aurevilly - Université de Toulouse 2.

Disponible sur <http://www.univ-tlse2.fr/lla/barbey/oc/index.htm> (page consultée le 13 juin 2005)

DEGOS L., VITERBO D., ALBY N.

Syndrome de Lasthénie de Ferjol – Anémies factices par autospoliation.

Actualités hématologiques. Paris : Masson. 1982 : 115-9

EOBAIECH Othman

Essai sur les représentations du sang

Thèse pour le doctorat en médecine.

Editions du Boucher - édition en ligne

Disponible sur

http://www.leboucher.com/vous/_accueille.html?barbey/sansnom.html~entregc
(page consultée le 12 Juin 2005)

FENELON I.

Syndrome de Lasthénie de Ferjol. A propos de six observations.

Thèse pour le Doctorat en Médecine - Université Bordeaux II - année 1985. 51 pages.

GIBOIN Christine

Les pathomimies : à propos d'un cas ; revue de la littérature (de psychiatrie)

Thèse pour le doctorat en médecine.

GUEGUEN JP

La relation mère-fille. Une histoire sans nom de Barbey d'Aurevilly.

Evol Psychiatr 2003 ; 68

GUELFY JD, BOYER P, CONTOLI S.

Psychiatrie, PUF Fondamental, 2002, 931 pages.

ISRAEL L, DEPOUTOT JC, KRESS JJ, SICHEL JP.

Hystérie.

E.M.C. Paris, Psychiatrie, 37340, A10, 10, 1985, 16 p.

LABRAM C.

Le syndrome de Münchhausen. A propos de deux observations.

Sem. Hôp. Paris 1989 ; 46 : 2775-9.

LABRUGERE C.

Le syndrome de Lasthénie de Ferjol.

Thèse pour le Doctorat en Médecine - Université de Poitiers - année 1997 144p.

LE FLAHEC H.

Le syndrome de Lasthénie de Ferjol. Une histoire sans nom.

Thèse pour le grade de Docteur en Médecine - Université de Dijon - année 1995 107p.

LEVRON N., PERRIN M., NEGRE M.

Une conduite destructrice inhabituelle chez un homme en milieu carcéral (syndrome de Lasthénie de Ferjol).

Le Concours Médical 1985 ; 107-108 : 747-50.

LOLOUM T., SUSINI J.R., DENIKER P.

Le syndrome de Lasthénie de Ferjolet l'anorexie mentale : de troublantes similitudes.

Ann. Med. Psychol. 1985 ; G1434 : 488-94.

MINI DSM-N

Critères diagnostiques.

1996 ; 227-8.

MORON P., FABRE A.P., FEDOU R.

Don du sang – équivalent suicidaire.

Psychol. Med. 1980 ; 13 : 1185-8.

NGÖ N.D.J.

Le syndrome de Lasthénie de Ferjol. A propos d'un cas.

Thèse pour le Doctorat en Médecine mention médecine générale - Université Louis Pasteur - Faculté de Médecine de Strasbourg - année 1996 - 58 pages.

PIGNON J.M., ROCHANT H.

Anémies chroniques, outils et démarches diagnostiques.

Rev. Prat. Paris, 1993 ; 43 : 1342-7.

RABAIN J.F.

Lasthénie de Ferjol ou l'objet fantôme.

Rev. Franç. Psychanal. 1990 ; 3 : 735-60.

ZITTOUN R.

Hémopathies et troubles psychiques

E.M.C. Paris

Psychiatrie 37-670-A-80

VI – ANNEXES

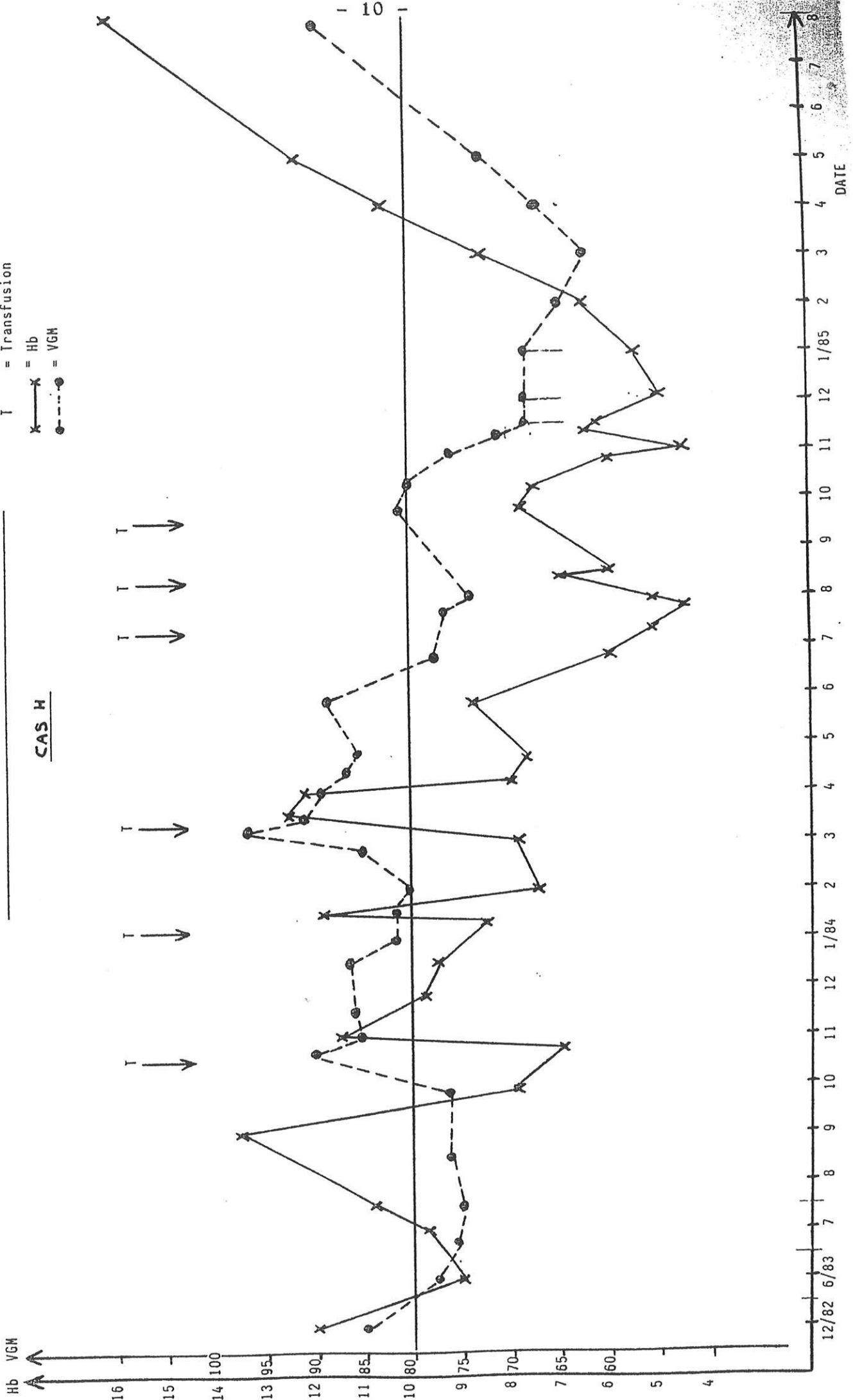
Cas H

Examen	Service	Date	Résultat
FIBROSCOPIE OESO-GASTRO- DUODENALE N° 1	Médecine Saint-Jean	30.09.83	Normal Biopsies : muqueuse gastrique et duodénale normale
COLOSCOPIE jusqu'au COECUM N° 1	Médecine Saint-Jean	30.09.83	Normal
FIBROSCOPIE O.G.D. N° 2	Médecine Saint-Jean	26.10.83	Diverticule para-cardial Normal par ailleurs
COLOSCOPIE jusqu'au COECUM N° 2	Médecine Saint-Jean	06.01.84	Normal
FIBROSCOPIE O.G.D. N° 3	Médecine Saint-Jean	06.01.84	Diverticule para-cardial Normal par ailleurs
DUODENOSCOPIE N° 4	Médecine Saint-Jean	11.01.84	Normal Papille normale
DUODENOSCOPIE N° 5	Gastro- entéro Poitiers	15.02.84	Exulcérations gastriques prépyloriques
FIBROSCOPIE O.G.D. N° 6	Médecine Saint-Jean	20.04.84	Normal
FIBROSCOPIE O.G.D. N° 7	Gastro- entéro Bordeaux	Sept. 84	Normal
COLOSCOPIE N° 3	Gastro- entéro Bordeaux	Sept. 84	Normal

COURBE de l'HEMOGLOBINE et du VGM

I = Transfusion
 X = Hb
 ● = VGM

CAS H



EXEMPLE DE CORRESPONDANCE

Mme X... avec la psychologue du service **Cas L**

Chère Madame,

J'aurais dû bien sûr vous dire que je reviens à Saint-Louis le 6 Mars, mais je n'ai plus pensé à en parler à Madame X.. car j'étais triste et incapable de réfléchir. Depuis, je ne m'améliore pas beaucoup ... Je tourne en rond, comme une guêpe dans une bouteille, je ne connais plus la sortie, et je me heurte de tous côtés, sans solution... Bien sûr pour vous, il s'agit de "hauts et bas" inévitables... seulement il vaudrait mieux ne pas rester trop longtemps au creux de la vague... S'il ne s'agissait que d'un passage difficile, de durée limitée dans le temps, J'ai toujours la possibilité de me rendre malade (d'une façon ou d'une autre), le temps de trouver du ressort pour accéder à un nouveau palier. En fait là maintenant, il me faudra accepter de vivre durablement avec une santé normale.

Jusqu'à présent, je suis parvenue à vivre des mois entiers à peu près bien, mais il y a eu des échecs quelquefois involontaires même, puisque j'ai eu de la "chance" avec mes problèmes de reins de me replonger dans une atmosphère hospitalière de surprotection, il y a deux ans. Cela m'a permis de faire, une pause, de récapituler, de voir où j'en étais, même si c'est artificiel cette chaleur qu'on ressent de soignant à soigné. J'ai tellement de mal à me voir dans le regard d'autrui autrement que malade.

Est ce que je peux exister, si personne ne s'attache ni ne s'intéresse à moi ? N'ai-je donc une valeur (si faible soit elle) que lorsque je suis malade ? Je n'ai plus aucun droit si je ne suis pas malade?

J'ai du mal à revenir sur terre... Je plane.

La maladie approfondît certaines facultés de réflexion. On établit des relations profondes avec ceux qui soignent.

Bien sur ce n'est pas réciproque en intensité, heureusement ! La maladie permet de s'écouter, de s'étudier, de se regarder vivre, de parler de soi, de voir aussi le comportement des autres envers soi. Peut-être suis-je incapable d'établir des relations avec autrui, sans l'instrument que représente la maladie. Est-ce simplement un reflet que je cherche dans le regard des autres quand je suis malade ? La vie me semble si dure, je ne suis pas capable de mener cela à bien seule. Je connais votre aide là-bas à Paris, mais c'est presque tous les jours

qui me pèsent. Chaque journée qui passe me semble une petite victoire de gagnée sur mon désir de cesser de vivre...

Je n'ai pas vraiment envie de mourir sinon j'aurais dû y parvenir... mais tout ce que je fais contre moi est difficile à assumer.

Je vis très mal, je dors mal avec des doses de comprimés quelquefois surprenantes. Le sommeil spontané, il y a longtemps que je ne le connais plus. Je m'abrutis et alors oui, je dors ! J'ai peur de m'endormir, de me laisser aller d'obéir à un besoin, alors je m'abasourdis.

Je me nourris de la même façon sans doser, sans que cela corresponde à des besoins de mon organisme, sans vraie faim... Je peux oublier de manger et je peux aussi engloutir, prenant alors la nourriture comme un sédatif de mon angoisse... J'arrive même à me détester si je mange, puisque je nourris un corps que je sens étrange,... et pourquoi faire vivre à qui on veut du mal.

Je voudrais pouvoir revenir dans le service à Saint-Louis, pouvoir encore faire une pause. Pourtant tout est faussé si l'origine de "la maladie" est connue donc le climat ne peut plus être le même, et je n'ai plus le droit de me considérer comme une malade ordinaire, à part entière.

EXEMPLES DE CORRESPONDANCES MEDICALES

Cas L

Chère amie,

Les examens se succèdent chez Madame R... et je n'ai toujours pas d'explication à sa symptomatologie clinique et au syndrome anémique qu'elle a présenté à plusieurs reprises. Que penses-tu de l'hypothèse d'une hémoglobinurie nocturne paroxystique (mais elle n'a jamais repéré d'urines colorées) ?

Bien amicalement.

Docteur X..

Cher confrère,

Madame R... a donc été hospitalisée à nouveau dans notre service... L'anémie s'était reproduite... L'hémoglobine était à 6,2 g /1 100 ml. L'hospitalisation avait été émaillée d'une permission de 48 H après les transfusions ; au retour j'ai fait pratiquer un hémocult qui était positif retrouvant du sang dans les selles... Cela évoque donc une déperdition digestive ; doit-on évoquer le diagnostic d'angiome du grêle ? Doit-on penser que Madame R.... continue à prendre de l'aspirine en sachant qu'elle a déjà falsifié vos ordonnances et en dernier lieu, doit-on penser qu'il y a là un syndrome de Lasthénie de FerjoI ?...

Docteur Y..

Mon cher confrère,

J'ai donc étudié avec grand intérêt l'artériographie des artères viscérales de Madame R... âgée de 35 ans, qui présente des épisodes anémiques très importants, de façon épisodique.

Ce bilan artériographique ne montre absolument aucune anomalie, et nous ne pouvons expliquer à l'heure actuelle sur le plan vasculaire, l'origine de la déperdition. Ceci est peut-être un argument supplémentaire vers une anémie de Ferjol.

Bien confraternellement.

Docteur Z....

Evolution : Madame R ... continue à se faire régulièrement hospitaliser en médecine interne pour bilan d'anémie

Une partie des examens complémentaires subis par Madame G...

Cas A

Radiographies genoux	Scanner lombaire
Radiographies thorax	Echographie cardiaque
Biopsie neurologique	Echographie abdominale
Radiographies épaules	Echographie des mollets
Biopsie rénale	Echographie rénale
Radiographies hanches	Echographie hépatique
Holter	Fibroscopie gastrique
Radiographies sinus	Transit du grêle
E. F. R	Lavement baryté
Radiographies mains	Cholangiographie capillaroscopie
Panorex	Capilaroscopie
Scanner cérébral	Phlébographie
Scanner thoracique	Lymphographie
Scanner abdominal	Urographie intra veineuse
Scanner du bassin	Scintigraphie pulmonaire
	Scintigraphie myocardique

Quelques diagnostics évoqués au cours des diverses hospitalisations
de Mme G...

Cas A

- Sclérose en plaque
- Embolie pulmonaire
- Chondrocalcinose
- Rhumatismes articulaires aigus
- Endocardite bactérienne
- Lupus érythémateux disséminé
- Sclérodermie
- Maladie de Gougerot Sjogren
- Intoxication médicamenteuse
- Oedème cyclique récidivant
- Saignements alvéolaires chroniques
- Colique néphrétique
- Infarctus du myocarde
- Maladie de Lyme
- Maladie coeliaque
- Syndrome de Barter
- Chorée
- Paludisme
- Glomérulonéphrite
- Tubulopathie rénale
- Lithiase vésiculaire

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
I - <u>GENERALITES</u>	15
1. Biographie de Jules Amédée Barbey d'Aureville	16
2. Résumé d' " <i>Une histoire sans nom</i> "	18
3. Première description du syndrome de Lasthénie de Ferjol.....	20
4. Le symbolisme du sang.....	23
4.1. le sang et la question du siège de l'âme.....	23
4.2. le sang des sacrifices, le pouvoir magique du sang.....	24
4.3. le sang dans la religion	24
4.4. le sang sexuel.....	25
4.5. le mythe du vampire : l'auto-vampirisme.....	26
4.6. le sang et la médecine.....	26
5. Exemples d'hémorragies provoquées	28
II - <u>PRESENTATION DE L'ETUDE</u>	30
1. Modalités de l'étude	31
2. L'étude.....	33
2.1. sexe et âge de début des troubles	33
2.2. profession des patients.....	33
2.3. situation familiale	34
2.4. contexte environnemental.....	34
2.5. événements traumatisants.....	36
2.6. antécédents	37
2.7. mode de saignement	40
2.8. fluctuations du taux d'hémoglobine.....	41
2.9. entretien psychiatrique	42
2.10. histoire de l'anémie.....	51

3. Analyse de l'étude	62
3.1. sexe et âge	62
3.2. profession	62
3.3. situation familiale	63
3.4. contexte environnemental.....	63
3.5. événements traumatisants.....	64
3.6. antécédents	64
3.7. mode de saignement	65
3.8. entretien psychiatrique	65
3.9. durée d'évolution de la pathologie.....	66
3.10. pronostic	67
III - <u>DISCUSSION</u>	68
1. Eliminer avant tout une cause organique d'anémie chronique.....	69
2. Troubles factices, simulation : les principaux diagnostics différentiels	70
2.1. définition du trouble factice	70
2.2. diagnostic différentiel des troubles factices avec la simulation	71
2.3. quelques diagnostics différentiels à discuter	72
2.3.1. discussion autour de l'hystérie	72
2.3.2. similitudes et différences entre le syndrome de Lasthénie de Ferjol et l'anorexie mentale.....	74
2.3.3. discussion autour du masochisme.....	75
2.3.4. discussion autour de l'hypochondrie	76
2.3.5. diagnostic différentiel avec le syndrome de Munchhausen.....	76
3. Discussion	78
3.1. nos résultats	78
3.2. comparaison à l'étude princeps de J.Bernard.....	79
3.3. les difficultés rencontrées.....	84
IV - <u>CONCLUSION</u>	86
V - <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	89
VI - <u>ANNEXES</u>	95

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 139

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

TITRE :

Signes évocateurs d'un syndrome de Lasthénie de Ferjol en présence d'une anémie ferriprive inexpliquée

RESUME :

Le syndrome de Lasthénie de Ferjol décrit pour la première fois en 1967 par le professeur Jean Bernard, hématologue, est une variété de pathomimie qui touche des femmes jeunes appartenant au milieu médical.

Il s'agit d'une anémie ferriprive délibérément entretenue par des hémorragies provoquées.

Nous rapportons une étude rétrospective de 13 observations dont le but était de mettre en évidence les éléments cliniques et biologiques évocateurs du diagnostic.

Nous avons tout d'abord défini une grille de lecture des cas cliniques recueillis afin de dégager, dans des tableaux récapitulatifs, leurs caractéristiques communes.

Dans un second temps ces tableaux ont été soumis à une analyse médicale afin de faire ressortir un profil-type de la patiente atteinte de ce syndrome.

Mots clés :

1. syndrome de Lasthénie de Ferjol
2. pathomimie
- 3 .trouble factice
4. autospoliation
- 5.anémie ferriprive