

# Une hématomèse révélant un trouble factice chez un enfant

## A factitious disorder masquerading as a hematemesis in a child

Sfar. E <sup>(1,2)</sup>, Zayeni. S <sup>(1,2)</sup>, Ghedira. T <sup>(1,2)</sup>, Hadj Salem. R <sup>(1,2)</sup>, Besbes. H <sup>(1,2)</sup>,  
Chouchane. C <sup>(1,2)</sup>, Thabet. F <sup>(1,2)</sup>, Chouchane. S <sup>(1,2)</sup>

<sup>(1)</sup> Université de Monastir, faculté de médecine de Monastir, Avenue Taher Hadded 5000 Monastir, Tunisie.

<sup>(2)</sup> Hôpital Fattouma Bourguiba, service de pédiatrie, Rue du 1er juin 1995, 5000 Monastir, Tunisie.

### RÉSUMÉ

Le trouble factice connu dans sa forme extrême sous l'appellation de syndrome de Münchhausen correspond à la production délibérée et répétée de symptômes en l'absence de trouble physique ou mental. Les symptômes peuvent aller de l'exagération de signes physiques et/ou fonctionnels jusqu'à l'automutilation pouvant mettre en jeu le pronostic vital et mènent souvent à la réalisation d'explorations parfois invasives. Dans la littérature pédiatrique l'attention s'est toujours portée sur le syndrome de Münchhausen par procuration qui correspond à un trouble factice de l'adulte, généralement un parent, imposé à l'enfant, et qui constitue une forme grave de maltraitance, tandis que la falsification des symptômes par l'enfant lui-même reste encore mal connue et sous-diagnostiquée. Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 10 ans chez qui un trouble factice déguisé en hématomèse a été diagnostiqué.

**Mots clés :** hématomèse ; enfant ; trouble factice.

### ABSTRACT

Factitious disorder, known in its extreme form as Munchhausen syndrome, is the deliberate and repeated production of symptoms in the absence of a physical or mental disorder. Symptoms can range from exaggeration of physical and/or functional signs to self-harm that can be life-threatening and often lead to invasive investigations. In the pediatric literature, attention has always been paid to Munchhausen syndrome by proxy that corresponds to a factitious disorder of the adult, generally a parent, imposed on the child, and which constitutes a serious form of child abuse, while the falsification of symptoms by the child himself remains poorly recognized and under diagnosed. We report the case of a factitious disorder masquerading as a recurrent hematemesis in a ten-year-old girl.

**Key words :** hematemesis; child; factitious disorder.

**INTRODUCTION :** Un trouble factice (TF) est la falsification intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques sur soi-même ou une tierce personnes, sans gain ou bénéfice externe évident (1). Contrairement aux simulateurs qui feignent des symptômes ou une maladie pour obtenir un bénéfice secondaire évident (tels que des prestations d'invalidité, éviter l'école ou le travail), les patients atteints de trouble factice, tendent à vouloir gagner l'affection d'autrui en jouant le rôle de la victime et tirent plaisir en trompant le personnel médical (2). Il convient également de noter que le trouble factice est un diagnostic à différencier du trouble factice imposé à autrui anciennement appelé syndrome de Münchhausen par procuration, qui est généralement induit ou simulé par le parent

sur l'enfant et qui est considéré comme une forme de maltraitance. Ce syndrome paraît d'ailleurs le plus connu et le plus étudié dans la population pédiatrique puisque les victimes sont souvent des enfants, contrairement au trouble factice imposé à soi-même qui reste sous-diagnostiqué et très peu rapporté chez les enfants (3,4).

L'allégation et/ou la création de symptômes induit une polyconsommation de soins, un nomadisme médical et des explorations paracliniques multiples (5). Les saignements factices chez les enfants comprennent en général des hémoptysies et des hématuries (6). A notre connaissance l'hématomèse factice n'a jamais été décrite chez un enfant. Nous rapportons ici le cas d'une hématomèse révélant un trouble factice chez une fille.

## OBSERVATION :

Patiente âgée de 10 ans sans antécédents pathologiques notables qui a été amenée par sa mère pour hématomèse faite de sang rouge vif, de moyenne abondance, ayant survenu à distance des repas à raison de quatre épisodes par jour, évoluant depuis trois jours, sans autres signes associés. La mère a assisté à un seul épisode. A l'examen la patiente avait un bon état général, était eutrophique, fréquence cardiaque=80bpm, tension artérielle=110/67 mmHg, apyrétique, pas de pâleur, pas d'ictère, l'auscultation cardio-pulmonaire était sans anomalies, l'examen ORL était normal, l'abdomen était souple et dépressible pas de sensibilité, pas de circulation veineuse collatérale, pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie, absence de saignement extériorisé. Au toucher rectal, le doigtier était propre. Absence de lésions purpuriques. Un lavage gastrique a été fait a ramené quelques débris alimentaires.

A la biologie, hémoglobine= 12,8 g/dl, TP= 95% TCA= 32/33 secondes, bilan hépatique normal, fonction rénale correcte, pas de troubles hydroélectrolytiques. Une fibroscopie œsogastroduodénale a été faite était sans anomalies. Après 24h un contrôle du taux l'hémoglobine n'a pas montré de déglobulisation. Devant l'absence de récurrence et de cause évidente de saignement digestif la patiente a été mise sortante. Elle a été réhospitalisée après un mois pour persistance de l'hématomèse de façon quotidienne à raison d'un épisode par jour avec aggravation depuis 3 jours. L'examen physique et le bilan biologique étaient sans anomalies. La patiente a été hospitalisée pour mise en observation. Au deuxième d'hospitalisation, la patiente après s'être rendu toute seule aux vestiaires a présenté un rejet de sang rouge vif par la bouche lors d'un effort de vomissement. Une FOGD alors réalisée le jour même était normale. Devant le contraste entre la clinique et les examens complémentaires qui ne trouvaient pas une origine des saignements, chez une patiente qui se rendait aux vestiaires avant chaque épisode, et qui semblait calme et sereine même au décours des vomissements hémorragiques et qui a l'air d'apprécier son séjour à l'hôpital en sympathisant avec le personnel médical et paramédical et en réclamant des soins, le syndrome de Münchhausen a été suspecté. Un entretien pédopsychiatrique a été sollicité, où la patiente a reconnu avoir falsifié ses hématomèses en grattant ses gencives avec un cure-dent jusqu'à saignement en un premier temps puis en aspirant avec la bouche le sang de la voie d'abord veineuse. L'intention derrière ceci était selon ses dires un manque d'affection de la part sa mère et sa fratrie qui étaient plus intentionnés envers sa sœur aînée qui souffrait d'un cancer de la thyroïde. En jouant le rôle de l'enfant malade, elle cherchait l'affection et l'attention de sa mère et sa fratrie. La patiente a été mise sortante et adressée à la consultation de pédopsychiatrique pour prise en charge.

## DISCUSSION :

En pratique hospitalière générale, le trouble factice, appelé dans sa forme la plus sévère syndrome de Münchhausen, reste très peu connu par le personnel de santé. La prévalence du trouble factice reportée dans la littérature concerne 1,8% des enfants hospitalisés et 0,03% des enfants qui consultent en ambulatoire(7,8). Il est plus décrit chez les filles avec un sexe ratio fille/garçon de 1,8 (7). Les enfants avec un trouble factice ont souvent des signes cliniques moins sophistiqués que ceux vus dans la population adulte (8). Les facteurs de risque du TF incluent la présence d'une affection chronique ou sévère, des antécédents psychiatriques chez les apparentés de premier ou second degré, et le fait d'être témoin d'une affection médicale grave chez les membres de la famille(3). C'est le cas de notre patiente dont la sœur aînée était atteinte d'un cancer de la thyroïde. Le TF est un trouble chronique greffé d'une mortalité élevée et à l'origine de multiples hospitalisations et explorations invasives, un comportement d'automutilation et un retentissement sur la vie quotidienne (9). Notre patiente était contrainte de s'absenter de l'école à plusieurs reprises à cause des hospitalisations.

Il a été reporté que les symptômes commencent généralement à l'adolescence, mais le diagnostic est fait plusieurs années plus tard (4). Un diagnostic précoce prévient les explorations et les interventions non nécessaires et diminue le risque de perpétuité de l'automutilation. L'évaluation psychiatrique constitue un pilier important du diagnostic (3).

Dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-5 (DSM-5) (10) une nouvelle catégorie et des nouveaux critères ont été proposés pour définir le TF. Il fait partie des troubles de symptômes somatiques et troubles connexes. Les critères du trouble factice sont: l'induction intentionnelle ou la falsification de signes ou symptômes physiques ou psychologiques. La personne se présente comme malade, vulnérable ou blessée. Le comportement trompeur persiste même en l'absence d'incitations ou de récompenses externes. Un autre trouble mental n'explique pas mieux le comportement.

Chez notre patiente, le diagnostic a été suspecté devant le caractère quotidien de l'hématomèse, et son aggravation de façon inopinée, qui discordent avec une fibroscopie et un bilan biologique normaux. Les principaux diagnostics différentiels comprennent le trouble somatoforme et la simulation. Ces deux derniers, se distinguent du TF par une production consciente des symptômes (11). Notre patiente grattait intentionnellement ses gencives initialement puis elle aspirait son sang directement de la voie d'abord afin d'être perçue et considérée comme une malade dont il faut s'occuper. Ceci élimine le diagnostic de trouble somatoforme où les patients ne « gagnent » rien à être malades. Bien au contraire, leur souffrance est inéluctable, rebelle aux traitements, malgré une bonne compliance ; même

après l'obtention d'une rente d'invalidité (12). Le TF est également à différencier de la simulation, les simulateurs étant mus par un intérêt matériel, il est évident que leurs symptômes disparaissent une fois obtenu le bénéfice en question comme ils vont eux-mêmes disparaître de la consultation, ce qui n'est pas le cas des autres catégories de ces patients. De plus dans la simulation les patients refusent les explorations douloureuses et invasives, alors que les patients atteints de trouble factice acceptent facilement toutes les explorations, voire les demandent (13).

Selon les critères proposés dans le DSM-5 la distinction entre TF et simulation repose sur l'absence de gain matériel évident.

Contrairement aux simulateurs, notre patiente ne s'est pas opposée aux différentes explorations. Les enfants se montrent très souvent réticents vis-à-vis des prélèvements sanguins et craignent les explorations invasives, notre patiente était coopérative, voire demandait à être perfusée prétendant qu'elle n'arrivait pas à s'alimenter. Elle n'a pas résisté aux deux fibroscopies digestives réalisées sans anesthésie. Elle a même été surprise, à ramasser dans les déchets septiques une perfusion déjà entamée appartenant à un autre patient, et à la poser sur sa voie d'abord.

Enfin le diagnostic a été retenu après un entretien pédopsychiatrique dans lequel notre patiente a reconnu avoir intentionnellement créé ce symptôme, mais lors d'un deuxième entretien, après sa sortie de l'hôpital elle a totalement nié avoir falsifié ses symptômes prétendant qu'on l'a obligée à raconter cette version des faits lors du premier entretien. Depuis la patiente était perdue de vue. Ce comportement de déni suivi d'arrêt des soins, après confrontation, a été largement décrit dans la littérature. (3,4,14)

Dans le volet thérapeutique, il a été reporté que la confrontation n'aboutit pas à l'acceptation des patients qui miment les symptômes et peut entraîner l'arrêt du suivi. Il est donc recommandé de retarder au maximum la confrontation, et d'opter pour une approche empathique et de soutien (9, 10).

Dans la littérature les cas de saignement digestifs factices chez les enfants sont quasi-inexistants, les cas rapportés concernent les troubles factices imposés à autrui (15,16) ou alors des cas adultes (17,18).

Le trouble factice est sous-estimé chez les jeunes patients. Notre cas souligne l'importance de poser le diagnostic à temps afin d'éviter des soins et des explorations coûteuses et inutiles.

## CONCLUSION :

Le TF doit être considéré comme diagnostic différentiel de saignement chez les enfants et les adolescents. Une approche pluridisciplinaire est nécessaire pour établir le diagnostic et mettre en place le traitement. Il doit être suspecté particulièrement en présence d'une discordance entre des plaintes dramatiques chez un patient relativement à l'aise et peu anxieux et les résultats de l'examen clinique

et des examens complémentaires qui sont généralement normaux. Étant donné que les modalités thérapeutiques actuelles sont peu efficaces chez l'adulte, il est possible qu'une détection et une intervention plus précoces donnent de meilleurs résultats et empêcheraient une progression vers des formes plus réfractaires. Une prise de conscience et une meilleure compréhension de cette entité pédiatrique, permettra aux cliniciens d'établir rapidement le diagnostic et d'éviter ainsi des hospitalisations et des explorations abusives.

## REFERENCES

- [1] Yates GP, Feldman MD. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016; 41:20-8.
- [2] Lawlor A, Kirakowski J. When the lie is the truth: grounded theory analysis of an online support group for factitious disorder. *Psychiatry Res*. 2014; 218:209-18.
- [3] Ehrlich S, Pfeiffer E, Salbach H, Lenz K, Lehmkuhl U. Factitious disorder in children and adolescents: a retrospective study. *Psychosomatics*. 2008; 49:392-8.
- [4] Libow JA. Child and Adolescent Illness Falsification. *Pediatrics*. 2000; 105:336-42.
- [5] Ruppert R, Jeremy Mao KH. The girl who cried wolf: A literature review and case report of pediatric factitious disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2021; 26:695-705.
- [6] Sridharan S, Shukla D, Mehta R, Oswal R. Munchausen Syndrome Masquerading as Bleeding Disorder in a Group of Pediatric Patients. *Indian J Psychol Med*. 2011; 33:86-8.
- [7] Ferrara P, Vitelli O, Bottaro G, Gatto A, Liberatore P, Binetti P, et al. Factitious disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. *J Child Health Care*. 2013; 17:366-74.
- [8] Peebles R, Sabella C, Franco K, Goldfarb J. Factitious disorder and malingering in adolescent girls: case series and literature review. *Clin Pediatr (Phila)*. 2005; 44:237-43.
- [9] Özer Ü, Özgün G, Çeri V, Öztürk N, Türkcan A. Factitious disorder in adolescence. *Turk Pediatr Ars*. 2014; 49:272-3.
- [10] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5th éd. 2013.
- [11] Huffman JC, Stern TA. The diagnosis and treatment of Munchausen's syndrome. *General Hospital Psychiatry*. 2003; 25:358-63.
- [12] Hausteiner-Wiehle C, Hungerer S. Factitious Disorders in Everyday Clinical Practice. *Dtsch Arztebl Int*. 2020 ;117:452-9.

- [13] Onofri M, Digiovanni A, Ajdinaj P, Russo M, Carrarini C, Di Giannantonio M, et al. The factitious/malingering continuum and its burden on public health costs: a review and experience in an Italian neurology setting. *Neurol Sci.* 2021; 42:4073-83.
- [14] Carnahan KT, Jha A. Factitious Disorder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 12 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557547/>
- [15] Foto Özdemir D, Karakök B, Yalçın S. Factitious Disorder Presented by Haematemesis / Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA): A Case Report. *Türk Psikiyatri Derg.* 2020; 31:137-42.
- [16] Guiraldes E, Bènard D, Triviño X, Larraín F. [Factitious gastrointestinal hemorrhage in 3 school-age girls]. *Rev Med Chil.* 1995; 123:874-9.
- [17] Aadil M, Faraz A, Anwar MJ, Shoaib M, Nasir U, Akhlaq A. A Case of Munchausen Syndrome Presenting with Hematemesis: A Case Report. *Cureus.* 2017;9(6): e1348.
- [18] Mullarkey M, Wilcox CM, Edwards AL. Factitious Gastrointestinal Bleeding: A Case Series and Review. *Am J Med Sci.* 2021 ;362 :516-21.