

CAS CLINIQUE

Grossesse délirante récurrente avec polydipsie : à propos d'un cas

Recurrent pseudocyesis with polydipsia: A case report

B. El Ouazzani, Y. El Hamaoui*, N. Idrissi-Khamlichi, D. Moussaoui

Centre psychiatrique universitaire Ibn-Rochd, rue Tarik-Ibn-Zyad, Casablanca 20000, Maroc

Reçu le 13 novembre 2006 ; accepté le 13 septembre 2007

Disponible sur Internet le 21 mai 2008

MOTS CLÉS

Grossesse délirante ;
Polydipsie ;
Délire ;
Grossesse

KEYWORDS

Pseudocyesis;
Pregnancy;
Delusion;
Polydipsia

Résumé Nous rapportons dans cette observation le cas d'une femme de 49 ans, qui présente pour la septième fois une grossesse délirante, accompagnée d'un syndrome polydipsique.

Son délire s'est accompagné des symptômes habituels de la grossesse, notamment des nausées et des vomissements, une augmentation importante du volume abdominal, une tension mammaire et une aménorrhée. Le bilan gynécologique, radiologique et hormonal a conclu à une stérilité primaire, une ménopause confirmée et une absence de grossesse. L'examen psychiatrique a montré un syndrome dépressif avec un délire systématisé, axé autour de deux thèmes : la grossesse et la possession démoniaque.

Nous présentons dans ce travail une discussion diagnostique et une revue de littérature. Dans notre cas, les données étaient similaires à celles qui y étaient rapportées.

© L'Encéphale, Paris, 2008.

Summary

Introduction. – Pseudocyesis is an imaginary pregnancy resulting from a strong desire or need for motherhood. Pseudocyesis has become increasingly rare in many parts of the world in which accurate pregnancy tests have become widely available. Cultures that place high value on pregnancy, or that make close associations between fertility and a person's worth, still have high rates of the disorder. A woman may believe in her pregnancy to the point of delusion and show acute depression when no baby is born.

Case-report. – This report describes a case of recurrent pseudocyesis and polydipsia in a 49-year-old woman. She was an illiterate housewife who had been married since she was 21 years old. Four years later, she divorced because of a problem of sterility. She got remarried, five years later, and the couple had no child.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : elhamaoui@caramail.com (Y. El Hamaoui).

The patient was admitted into the Obstetric Unit thinking that she was about to give birth. She presented all the symptoms of true pregnancy. She had abdominal distension, amenorrhea, mammary tension, nausea and vomiting, and weight gain. She claimed to have felt foetal movements. Other than this, she exhibited a polydipsia syndrome. These symptoms had evolved over 20 months. The patient had previously presented six similar episodes. All these episodes were identical. The length of these episodes varied between three and five months, after which all the signs disappeared progressively.

The patient had never consulted for these symptoms before the present episode. During her stay in the Obstetric Unit, she benefited from a complete gynaecological examination, including pelvic ultrasound examinations, and laboratory tests, notably hormone assays (FSH, LH, prolactin, β -HCG) and serum electrolyte levels. A primary sterility and menopause were confirmed.

Otherwise, the psychiatric assessment confirmed the delusion of pregnancy and the presence of a depressive syndrome. The patient reported that she was possessed. She explained the normality of the imagery and laboratory tests by the intervention of the demons that hid the foetus and modified the results.

Discussion. — The contribution of psychological and physiological factors in the development of the delusion of pregnancy, possession and polydipsia, and the possible interactions between the two phenomena are discussed.

© L'Encéphale, Paris, 2008.

La grossesse délirante ou pseudocyesis est un phénomène décrit depuis l'antiquité. Elle est définie comme étant une « conviction erronée d'être enceinte, associée aux signes objectifs de grossesse ». C'est un syndrome psychiatrique rare et peu de cas sont rapportés dans la littérature. Nous rapportons dans cette observation le cas d'une femme qui présente un délire récurrent de grossesse accompagné des symptômes habituels de la grossesse et d'un syndrome polydipsique.

Présentation du cas

Madame Z.F est âgée de 49 ans, issue d'un milieu socio-économique modeste, analphabète, femme au foyer, aînée d'une fratrie de cinq. Son père est décédé il y a 30 ans alors qu'elle venait d'avoir ses 18 ans. Sa mère est âgée de 70 ans, femme au foyer. La patiente n'a pas d'antécédent particulier, elle s'est mariée à deux reprises, mais n'a jamais eu d'enfant. La patiente aurait été admise au service de gynécologie-obstétrique de Casablanca pendant un mois pour suspicion de grossesse. À l'admission, la symptomatologie clinique était faite de symptômes habituels de la grossesse avec une augmentation importante du volume abdominal, une prise de poids, une aménorrhée, des nausées et vomissements, une tension mammaire, une sensation de mouvements fœtaux, le tout dans un contexte de fatigue, d'insomnie et d'irritabilité. Par ailleurs, un syndrome polydipsique a été rapporté. Ces symptômes évoluaient depuis 20 mois. La patiente avait présenté antérieurement six épisodes similaires, tous après son deuxième mariage. Le tableau était identique à chaque épisode. La durée de ces épisodes variait entre trois et cinq mois. Les épisodes étaient séparés de six mois à trois ans, et il n'y avait pas de notion de périodicité des troubles. La patiente n'avait jamais consulté pour ces symptômes avant l'épisode actuel. Pendant son séjour à la maternité, elle a bénéficié d'une échographie et d'une TDM abdominopelvienne, d'un bilan hydroélectrolytique (BHE), d'un dosage hormonal (β -HCG, FSH/LH, PRL) et d'une coelioscopie. Ces examens n'ont montré aucune anomalie, sauf un météorisme intestinal avec spasme

diaphragmatique à la coelioscopie. Les obstétriciens ont conclu à une stérilité primaire, une ménopause confirmée et une absence de grossesse.

L'examen psychiatrique montrait une patiente angoissée, réticente, ne comprenant pas le motif de sa consultation en psychiatrie, verbalisant d'emblée un refus de suivi psychiatrique. Son discours était marqué par un délire systématisé, axé autour de deux thèmes : grossesse et possession démoniaque, de mécanisme essentiellement interprétatif. Les symptômes qu'elle éprouvait, notamment l'aménorrhée, la distension abdominale, les nausées et vomissements et la sensation de mouvements fœtaux étaient, selon elle, des signes suffisants pour prouver qu'elle était enceinte. Elle a expliqué de façon inébranlable la normalité du bilan par l'intervention des démons qui cachaient le fœtus et faussaient le résultat des bilans. En outre, elle rapportait une humeur triste, une diminution de la libido, une anhédonie, une fatigue au cours de la journée, une irritabilité et une insomnie du petit matin. Elle attribuait tous ces symptômes à sa « grossesse ». Le délire de possession démoniaque ainsi que la symptomatologie dépressive étaient présents lors des épisodes précédents. Le comportement quotidien de la patiente ainsi que sa présentation restaient par ailleurs adaptés. Un bilan complémentaire (TDM cérébrale, bilan hydroélectrolytique) a été demandé. Un traitement antidépresseur associé à un neuroleptique à faible dose lui a été proposé. La patiente a refusé de prendre le traitement pour ses éventuels effets nocifs sur son « fœtus » et n'a plus été revue en consultation. Par ailleurs, la patiente semble ne jamais avoir eu recours à un traitement traditionnel.

Discussion

La grossesse délirante est un syndrome psychiatrique relativement rare [7,8,10]. On retrouve 517 cas dans la littérature : 500 femmes et 17 hommes. Le taux de grossesse délirante a sensiblement diminué aux États-Unis au siècle dernier avec le développement des soins prénataux

[2,5]. Dans les années 1940, l'incidence était d'un cas pour 250 grossesses, alors qu'actuellement elle est estimée à un à six cas sur 22 000. Le maximum de cas rapportés avait eu lieu entre 1890 et 1910 (156 cas dans la littérature anglaise), alors qu'entre 1959 et 1979, seuls 42 cas ont été rapportés. Néanmoins, dans beaucoup de régions du monde, où les tests précis de grossesse et l'accès aux soins sont moins disponibles et où la fertilité est étroitement associée à la valeur sociale d'une personne, ce trouble est encore fréquent [1]. La grossesse délirante a été décrite chez des femmes âgées en moyenne de 33 ans, plus des deux tiers étaient mariées ; il s'agissait le plus souvent d'un deuxième mariage. Plus des deux tiers n'avaient jamais eu d'enfant. Les signes durent habituellement neuf mois, mais la durée peut atteindre plusieurs années [10]. Dans notre cas, les données étaient similaires à celles rapportées dans la littérature : la patiente n'avait jamais eu d'enfant, ni d'antécédent de fausse couche, et la symptomatologie avait débuté à l'âge de 30 ans, après son deuxième mariage. Un facteur peu commun est la récurrence des troubles. La patiente a présenté sept épisodes dont la durée ne dépassait pas cinq mois sauf pour l'épisode actuel qui dure depuis plus d'un an et demi. Une telle évolution des symptômes a été essentiellement décrite chez les patients psychotiques [11]. Notre patiente a présenté sept épisodes de grossesse délirante avec à chaque fois un syndrome dépressif. Cela pourrait évoquer, en première intention, un trouble récurrent de l'humeur avec éléments psychotiques. Et c'est l'évolution sous-traitement et le complément d'informations de la part d'un proche concernant le fonctionnement en interépisodes qui pourraient affirmer ou infirmer ce diagnostic.

Un deuxième point inhabituel est la coexistence d'une polydipsie. La polydipsie dite primitive ou psychogène est définie comme « une augmentation primitive d'apport en eau ». Elle a été décrite chez des femmes anxieuses et dans divers troubles psychiatriques dans un cadre délirant ou sous l'effet des psychotropes. La polydipsie primitive peut également être induite par des lésions hypothalamiques affectant directement le centre de la soif. Bien que ce phénomène puisse se produire dans la vraie grossesse, la coexistence avec une grossesse délirante a été rarement rapportée [4,10,11]. Il est probable que chez notre patiente, le délire de grossesse ait contribué au développement de la polydipsie. Néanmoins, un bilan plus poussé (imagerie cérébrale) permettrait d'éliminer une cause organique expliquant ce trouble. Le ballonnement abdominal, signe le plus commun de la grossesse délirante, est souvent expliqué par une distension gazeuse importante, une rétention fécale et/ou urinaire et à une lordose lombaire exagérée déplaçant les viscères abdominaux [3]. La polydipsie, dans le cas de notre patiente, pourrait être à l'origine d'une distension vésicale qui expliquerait l'augmentation du périmètre abdominal en plus du météorisme abdominal objectivé à la cœlioscopie [6].

Plusieurs hypothèses ont été avancées sur la contribution des facteurs psychologiques et biologiques dans le développement d'une grossesse délirante [10], mais de nos jours encore, aucune n'a été prouvée :

- plusieurs études ont suggéré l'implication des perturbations hormonales dans la genèse des symptômes observés dans ce syndrome : des changements ont été constatés dans la production de l'hormone de croissance, de la prolactine, de l'ACTH-cortisol et du FSH/LH [11]. Les résultats des bilans hormonaux dans notre cas étaient normaux ;
- l'imagerie par tomographie à émission de positrons (TEP) a montré des changements de l'activité cérébrale au niveau du lobe temporopariétal ainsi qu'une diminution de l'activité au niveau de la glande pituitaire [5,9] ;
- les changements neurobiochimiques liés aux troubles dépressifs ont été également incriminés dans certains symptômes [10]. Chez notre patiente, la symptomatologie dépressive était manifeste durant tous ses épisodes ;
- comme ce qui a été rapporté dans la littérature [10], les changements physiques chez notre patiente auraient pu initier ou consolider sa fausse croyance de grossesse. Une spécificité culturelle est à prendre en considération dans notre cas : le délire de possession démoniaque, qui reste bien toléré dans notre culture. Ce qui aurait pu renforcer davantage le délire de grossesse chez la patiente. Par ailleurs, le concept de « Ragued » est accepté dans la tradition marocaine : un fœtus peut rester des années durant dans l'utérus, « endormi » jusqu'à son réveil ;
- les facteurs psychodynamiques ont été souvent mis en cause, un désir intense de devenir enceinte, en particulier en cas de stérilité primaire peut créer des changements internes du système endocrinien, ce qui pourrait expliquer certains symptômes. La patiente avait manifestement envie de devenir mère, surtout que son divorce était essentiellement dû à la stérilité du couple.

Références

- [1] Bianchi-Demicheli F, Lüdicke F, Chardonnens D. Imaginary pregnancy 10 years after abortion and sterilization in a menopausal woman: a case report. *Maturitas* 2004;48:479–81.
- [2] Cohen LM. A current perspective of pseudocyesis. *Am J Psychiatry* 1982;139:1140–4.
- [3] Evans DI, Seely TJ. Pseudocyesis in the male. *J Nerv Ment Dis* 1984;172(1):37–40.
- [4] Jeffrey M, Benzick MD. Illusion or hallucination? Cholecystitis presenting as pseudopregnancy in schizophrenia. *Psychosomatics* 2000;41:5.
- [5] Marusic S, Karlovic D, Jokanovic L. Pseudocyesis: a case report. *Acta Clin Croat* 2005;44(3):291–5.
- [6] Michael S, Shutty JR, Robert A, et al. Case report: recurrent pseudocyesis in a male patient with psychosis, intermittent hyponatremia, and polydipsia. *Psychosomatic Med* 1993;55:146–8.
- [7] Moussaoui D, Semchaoui A. Grossesses nerveuses et délires de grossesse. *Gaz Med Fr* 1986;93:61–5.
- [8] Moussaoui D, Sayeh A. Un cas Schreber au Maroc. *Evol Psychiatr (Paris)* 1987;52:799–802.
- [9] Murray JB. New trends in psychosomatic research. *Genet Psychol Monogr* 1997;96:3–74.
- [10] Paulman PM, Sadat A. Pseudocyesis. *J Fam Pract* 1990;30(5):575–6.
- [11] Shiwach RS, Dudley AF. Delusional pregnancy with polydipsia: a case report. *J Psychosom Res* 1997;42(5):477–80.