

Œdipisme bilatéral non concomitant : à propos d'un cas

S. Pérignon (1), P.L. Cornut (1), F. Boyer (2), H. Janin Manificat (1), C. Burillon (1), P. Denis (1)

(1) Service d'Ophtalmologie, Hôpital Edouard Herriot, Hospices civils de Lyon, Lyon.

(2) Service de Psychiatrie, Hôpital du Vinatier, Hospices civils de Lyon, Lyon.

Cet article a fait l'objet d'une communication lors du 113^e congrès de la Société Française d'Ophtalmologie, en mai 2007.

Correspondance : S. Pérignon, Service d'Ophtalmologie, Hôpital Edouard Herriot, 5, place d'Arsonval, 69437 Lyon CEDEX 03.

E-mail : Sarah_perignon@hotmail.com

Reçu le 10 janvier 2008. Accepté le 11 mars 2008.

Bilateral oedipism: a case report

S. Pérignon, P.L. Cornut, F. Boyer, H. Janin Manificat, C. Burillon, P. Denis

J. Fr. Ophtalmol., 2008; 31, 6: 614-617

Introduction: Oedipism (or self-enucleation) is a rare form of self-mutilation and most often described in acutely psychotic patients, less frequently among drug addicts or the mentally deficient.

Case report: We report a case of a 46-year-old man, who, 3 years after having enucleated his left eye during a puff delirious acute symptomatic of schizophrenia, mutilated his right eye in the same way. We detail the emergency medical and surgical management indicated in these circumstances.

Conclusions: In most cases described, self-mutilation involves one eye and rarely both. This case of bilateral oedipism is therefore exceptional. In these circumstances, it is necessary to prevent any intracerebral complications induced by the traction exerted on the optic nerve, such as subarachnoid hemorrhage, whose signs can be masked by the patient's psychic state, and to take the neuropsychiatric precautions necessary.

Key-words: Oedipism, self-enucleation, self-mutilation, bilateral, schizophrenia.

Œdipisme bilatéral non concomitant : à propos d'un cas

Introduction : L'œdipisme (ou auto-énucléation) est une forme d'automutilation oculaire rare, rencontrée en général chez des patients psychotiques décompensés, moins fréquemment chez des toxicomanes ou des déficients mentaux.

Observation : Nous rapportons le cas d'un homme, âgé de 46 ans, qui trois ans après s'être énucléé l'œil gauche lors d'une bouffée délirante aiguë révélatrice d'une schizophrénie, s'est mutilé l'œil droit de la même façon. Nous détaillons la prise en charge chirurgicale et médicale d'urgence indiquée dans ces circonstances.

Conclusion : Dans la plupart des cas décrits, l'automutilation ne concerne qu'un œil et rarement les deux. Ce cas d'œdipisme bilatéral non concomitant est exceptionnel. Il convient dans ces circonstances d'éliminer une complication intracérébrale induite par les tractions exercées sur le nerf optique à type d'hémorragie sous-arachnoïdienne dont les signes peuvent être masqués par l'état psychique du patient, et de prendre les mesures neuropsychiatriques qui s'imposent (hospitalisation sous contrainte, traitement anti-psychotique).

Mots-clés : Œdipisme, auto-énucléation, automutilation, bilatéral, schizophrénie.

INTRODUCTION

Les premières descriptions scientifiques d'automutilation oculaire sont attribuées à Bergman à la moitié du XIX^e siècle, et c'est en 1906 que Blondel employa pour la première fois le terme d'œdipisme pour désigner un acte d'auto énucléation [1, 2]. L'incidence de cet acte d'automutilation est extrêmement faible, et exceptionnelle dans sa forme bilatérale. Le pronostic fonctionnel visuel est sombre, et les complications neurologiques et psychiatriques éventuelles peuvent engager le pronostic vital.

Nous rapportons un cas d'œdipisme bilatéral non concomitant chez un homme, âgé de 46 ans, et discutons les modalités de prise en charge de cette affection.

OBSERVATION

Un homme, âgé de 46 ans, sans emploi, fut reçu aux urgences pour prise en charge d'une automutilation oculaire droite en novembre 2006.

Dans ses antécédents, on notait la survenue trois ans auparavant d'un épisode similaire avec tentative d'auto-énucléation bilatérale. L'examen avait alors mis en évidence une exophtalmie gauche majeure avec plaie de sclère en nasal supérieur, un hémoglobule et un arrachement partiel du muscle droit supérieur (fig. 1 et 2). Cet épisode avait abouti à une éviscération de l'œil gauche, trois mois plus tard, sur phtyxe. À droite, il existait un simple chémosis

hémorragique. Le diagnostic psychiatrique d'épisode psychotique aigu fut retenu alors. Après un an de traitement psychotrope et l'absence de nouvelle perturbation psychique, il avait été décidé de stopper le traitement neuroleptique sous surveillance étroite.

Quelques mois plus tard, le patient fut victime d'une nouvelle bouffée délirante. Lors de l'examen initial de novembre 2006, on mettait cette fois en évidence un hémoglobule droit avec une hypotonie majeure, un arrachement du muscle grand oblique, une section du muscle droit supérieur et une plaie sclérale 1 cm en arrière de l'insertion du muscle droit supérieur avec issue de choroïde. En raison de l'état de délabrement oculaire majeur, une énucléation fut réalisée en urgence. L'IRM réalisée mettait en évidence des lésions hémorragiques de l'orbite droite avec refoulement du nerf optique en dedans ; la paroi interne de l'orbite semblait détruite, avec une probable déhiscence de la lame criblée de l'ethmoïde et l'existence d'une brèche ostéo-méningée vraisemblable ; il existait des lésions de contusion hémorragique à la base des deux lobes frontaux avec des anomalies de signaux étendues au genou du corps calcaire et à la substance blanche frontale, des lésions des nerfs olfactifs, un hématome sous-dural préfrontal bilatéral prédominant à gauche sans effet de masse (fig. 3) ; le nerf optique gauche avait un aspect cicatriciel.

Le patient fut hospitalisé sous contrainte en milieu psychiatrique. Le bilan toxique et métabolique étant normal, le diagnostic de schizophrénie à début tardif fut posé. Les psychiatres notèrent un fort contexte religieux entourant le patient qui souffrait de délires mystiques et évoquait une histoire d'adultère. Il fut maintenu 15 jours en isolement sous contention après avoir tenté de s'émasculer à deux reprises, et fut placé sous neuroleptiques retard au long cours pour assurer une bonne compliance thérapeutique.

DISCUSSION

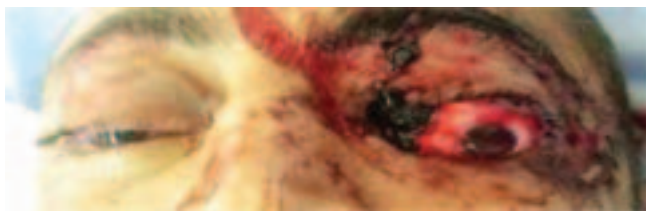
L'œil étant un organe fortement chargé de symboles, les récits de la mythologie font fréquemment référence à des actes d'auto-énucléation. Ainsi, dans la mythologie nordique, le dieu Odin sacrifie un de ses yeux pour boire à la fontaine de Mimir afin d'acquérir sagesse et connaissance [3]. Dans l'Égypte ancienne, la perte d'un œil subit par Horus lors d'une bataille, représente la victoire du Bien sur le Mal. Selon Sophocle, lorsqu'Œdipe découvre qu'il avait tué son père et épousé sa mère (punition d'Apollon envers son père Laïos), il se creva les deux yeux pour expier son péché [1-5]. Dans l'évangile selon Saint Matthieu, l'apôtre Matthieu (5:29) proclame : « Si ton œil est pour toi une occasion de péché, arrache le et jette le loin de toi ». Enfin, les trois saintes patronnes de l'ophtalmologie : Sainte Lucie de Syracuse, Sainte Tridiana, Sainte Medana se sont toutes les

trois arrachées les yeux pour éloigner des prétendants trop insistants afin de se consacrer pleinement à leur foi [1-5]. Dans la Grèce antique, l'œil peut aussi bien être un symbole de protection contre le Mal, qu'être associé à la représentation du Mal et le sacrifice d'un œil est assimilé à une offrande.

Ces légendes aident de plus, à comprendre les théories psychiatriques développées pour tenter d'expliquer les raisons de l'œdipisme. Les patients s'infligeant cette automutilation souffrent d'une altération constante de leur image, souvent en relation avec des problèmes délirants d'ordre religieux ou sexuel. Lorsque le délire est centré sur un thème religieux, l'œil représenterait une barrière entre le monde réel et les divinités du virtuelles. Si la psychose n'est plus contenue, l'organe qui provoque la pulsion devient l'objet de la punition. S'arracher les yeux permet d'expier une faute [1, 6, 7]. Les perturbations d'ordre sexuel sont retrouvées dans plus d'un tiers des cas d'automutilation. Certains parlent de l'œil comme un symbole phallique, et donc l'auto-énucléation serait vécue comme une autocastration, notamment dans les conflits œdipiens ou homosexuels [1, 2, 5]. Enfin, il est possible que certains patients tentent de s'arracher les yeux simplement dans le but de supprimer des phénomènes hallucinatoires visuels.

D'autres auteurs mettent en avant des théories biochimiques pour expliquer ce geste. Les dysfonctions sérotoninergiques retrouvées dans les syndromes de Lesh Nyan, de Willi Prader ou de Gilles de la Tourette s'accompagnent de troubles anxieux, d'impulsivité, d'agressivité qui pourraient être en cause chez certains patients. Chez d'autres patients, des dysfonctions dopaminergiques dont le résultat est un seuil plus élevé de tolérance de la douleur pourraient jouer un rôle dans le passage à l'acte [1, 2].

Dans la plupart des cas, ces patients sont de sexe masculin et jeunes (15 à 53 ans), avec un pic dans la 3^e et la 4^e décennie [1], et souffrent d'une psychose aiguë ou chronique, souvent la schizophrénie avec des épisodes d'hallucinations visuelles ou auditives. La psychose est parfois amplifiée par la prise d'alcool ou de drogues, notamment le LSD, la cocaïne, le cannabis et les amphétamines [1, 3, 5, 6]. Moskovitz et Byrd [7] ont décrit des caractéristiques communes à la majorité de ces patients : ils sont en général dans une phase de psychose décompensée, décrivent a posteriori cet acte comme salvateur, n'ont aucun regret et citent souvent un passage biblique. D'autres pathologies psychiatriques ont été décrites chez des patients ayant tenté de s'auto-énucléer : les troubles obsessionnels compulsifs, les états de stress post-traumatique, le syndrome de Münchhausen, la personnalité border line. Des pathologies organiques ont aussi été répertoriées : l'épilepsie temporale, la neurosyphilis, l'encéphalomalacie du lobe frontal et le delirium tremens [1, 2, 4]. Certains groupes sociaux sont décrits comme davantage à risque : les prisonniers, les personnes socialement isolées vivant seules ou sans emploi. Ce geste est rarement décrit chez l'enfant où il est plutôt associé à



1a	1b
2	3

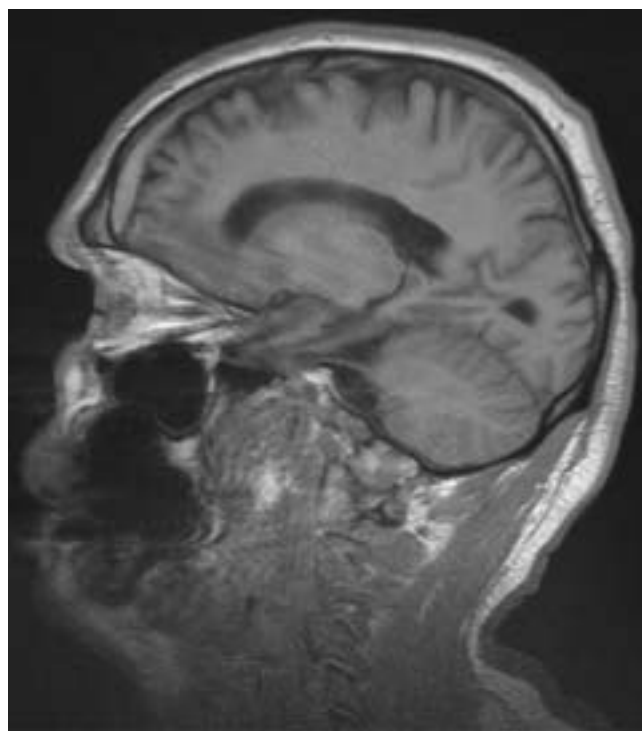


Figure 1 : (a) Photographie de face, admission pour automutilation de l'œil gauche en 2004 : exophtalmie majeure avec rupture sclérale et issue de choroïde responsables d'un hémoglobine gauche, chémosis hémorragique de l'œil droit. (b) Photographie de profil, admission pour automutilation de l'œil gauche en 2004 : exophtalmie majeure sur luxation traumatique du globe.

Figure 2 : Scanner X cérébral, admission pour automutilation de l'œil gauche en 2004 : structures intracrâniennes en place, notamment pas d'hémorragie sous-arachnoïdienne visible, hémoglobine et exophtalmie gauche stade 3 par luxation traumatique du globe.

Figure 3 : IRM encéphalique, séquence MPR sagittale, admission pour automutilation de l'œil droit en 2006 : hématome sous-dural frontal, orbite gauche déshabillée (antécédent d'éviscération de l'œil gauche en 2004).

des retards mentaux comme dans les syndromes de Lesh Nyan, de Gilles de la Tourette [1, 3, 6].

Le passage à l'acte en lui-même est souvent réalisé directement à l'aide des doigts, qui glissent le long du mur médian de l'orbite, comme cela a été décrit notamment par Axenfeld en 1899 qui avait étudié ce geste sur des cadavres [1-4]. Parfois, un objet extérieur comme des ciseaux pointus, un canif, une cuillère est utilisé [1]. L'atteinte est souvent unilatérale, mais peut être bilatérale, avec risque de récurrence dans les tentatives unilatérales (6/31 dans la série de Krauss et Robert [8]).

À l'arrivée du patient aux urgences, il convient d'éliminer la présence d'une hémorragie méningée par arrachement de l'artère ophtalmique en arrière du foramen ovale pouvant engager le pronostic vital [1, 2, 6]. Qu'il ait abouti ou non, ce geste doit conduire à une hospitalisation d'urgence, sous contrainte avec mesure de placement psychiatrique si nécessaire. Il s'agit d'une urgence nécessitant une prise en charge multidisciplinaire : urgence psychiatrique, neurologique et ophtalmologique. Une importante perte sanguine peut engager le pronostic et imposer une prise en charge en réanimation. Si l'hémorragie est active, une pression directe peut suffire pour réaliser l'hémostase [2]. L'absence de saignement actif doit faire évoquer un saignement interne avec une hémorragie sous-arachnoïdienne qu'il faudra systématiquement éliminer. L'interrogatoire, s'il est possible, doit rechercher l'ingestion de drogues. Le bilan biologique comporte ainsi une recherche de toxiques [2]. D'un point de vue ophtalmologique, la prise en charge chirurgicale est celle de tout traumatisme oculaire. La rupture sclérale prédispose à l'endophtalmie, et l'existence d'une plaie pénétrante doit faire rechercher un corps étranger intra-oculaire. En cas d'avulsion du nerf optique, il existe un risque de d'atteinte du chiasma avec pour conséquence potentielle une hémianopsie bitemporale [5, 6]. Bien souvent les dommages sont irréversibles, il convient alors de réduire le risque d'ophtalmie sympathique. Une antibiothérapie prophylactique locale, voire générale, peut être instaurée. L'examen de l'œil adelphe doit être minutieuse, la tentative étant parfois bilatérale. D'un point de vue neurologique, la présence éventuelle d'un hématome ou d'un œdème intra-orbitaire expose au risque de compression du nerf optique [3]. L'examen neurologique doit être systématique à la recherche de signes méningés en faveur d'une hémorragie sous-arachnoïdienne, ou de déficits neurologiques [2, 4]. Une imagerie cérébrale doit être systématiquement réalisée, et ce d'autant plus rapidement si le patient est prostré. Initialement, en fonction de la coopération du patient, on peut réaliser un champ visuel aux doigts pour dépister une éventuelle lésion du chiasma. Le champ visuel de Goldman est déterminé secondairement. Enfin, il convient d'organiser la prise en charge psychiatrique et la mise en place du traitement anti-psychotique. Si nécessaire, il est administré un antidote contre un éventuel toxique retrouvé. Dans tous les cas, un examen cli-

nique complet à la recherche d'autres mutilations est effectué [1]. La surveillance est, elle aussi, multidisciplinaire [1] : psychiatrique, afin d'éviter d'autres tentatives d'automutilation et de stabiliser la psychose ; neurologique, afin de traiter et/ou surveiller une éventuelle hémorragie sous-arachnoïdienne et de s'assurer de l'absence de développement d'une méningite en cas de brèche ostéoméningée ; ophtalmologique, afin de surveiller la survenue d'éventuelles complications post-opératoires. Les complications les plus graves retrouvées dans la littérature sont une compression du nerf optique notamment par une hémorragie intra-orbitaire et/ou un œdème, une méningite, une infection orbitaire, une endophtalmie, une ophtalmie sympathique, une hémianopsie bitemporale, une phtise [1, 2, 4, 8].

L'œil peut être le siège d'autres actes d'automutilations : lésions orbitaires induites par des corps étrangers, avec un risque de complications neurologiques si l'objet mesure plus de 5 cm car il est alors susceptible d'atteindre la boîte crânienne par les fissures orbitaires ; lésions de la surface cornéenne et du segment antérieur : atteinte chimique ou mécanique, avec infection, ulcérations... ; lésions du segment postérieur : hémorragie intravitréenne, décollement de rétine, plaie sclérale, endophtalmie, lésions maculaires phototraumatiques secondaires à la fixation délibérée du soleil ou d'un faisceau laser...

CONCLUSION

L'œdipisme est un acte d'auto-mutilation très rare dont la prise en charge en urgence est multidisciplinaire. La plaie du globe est prise en charge par l'ophtalmologiste selon le schéma thérapeutique habituel. L'ophtalmologiste a également un rôle central dans l'organisation de la prise en charge neurologique et psychiatrique du patient afin de dépister d'éventuelles lésions associées (hémorragie méningée et risque suicidaire en particulier) pouvant conduire au décès du patient ou à d'autres actes d'automutilation.

RÉFÉRENCES

1. Aung T, Yap EY, Fam HB, Law NM. Oedipism. *Aust N Z J Ophthalmol*, 1996;24:153-7.
2. Khan JA, Buescher L, Ide CH, Pettigrove B. Medical management of self-enucleation. *Arch Ophthalmol*, 1985;103:386-9.
3. Stannard K, Leonard T, Holder G, Shilling J. Oedipism reviewed: a case of bilateral self-mutilation. *Br J Ophthalmol*, 1984;68:276-80.
4. Neetens A, Smet H, Neetens I. Oedipism or self-inflicted enucleation. *Bull Soc Belge Opht*, 1985;215:125-30.
5. Nicholas P Jones. Self-enucleation and psychosis. *Br J Ophthalmol*, 1990;74:571-3.
6. Patton N. Self-inflicted eye injuries: a review. *Eye*, 2004;18:867-72.
7. Moskovitz RA, Byrd T. Rescuing the angel within: PCP-related self-enucleation. *Psychosomatics* 1983;24:402-3.
8. Krauss R, Robert D. Review. Autoenucleation. *Surv Ophthalmol* 1984;29:179-87.