

CASE REPORT



Factitious blue edema: a case report

Nacif Eddine GHODBANE

Département de Médecine, Université de Batna 2, Algérie

ABSTRACT

Blue edema or factitious edema is an edema located in a finger, a hand or an entire limb, induced by voluntary stricture by a tourniquet. It is spectacular in its appearance but benign in its evolution. We report a case initially suspected of phlegmon of the right upper limb and which finally turned out to be factitious edema. A 14, year-old girl presenting for a painful swelling of the left upper limb, going up to the arm and evolving for a week. On clinical examination, we noted an impressive edema of the left upper limb predominantly in the hand, with fingers blocked in half-flexion. Edema had a purplish color with thin and scaly skin on the dorsal side of the hand. We suspected a problem of infectious or vascular origin, and completed by biological and radiological explorations without abnormalities. The patient was admitted and improved under broad-spectrum antibiotic therapy, but the appearance of the same symptoms in the contralateral limb, with a careful examination of the integuments of the upper limb noting a mark of strangulation in the middle of the right arm, allowed the diagnosis of factitious blue edema.

ARTICLE HISTORY

Received 15 Oct 2023

Accepted 25 Apr 2024

KEYWORDS

Factitious blue edema, strangulation, hysteria.

CORRESPONDING AUTHOR

Nacif Eddine GHODBANE
nacifghodbane@gmail.com

1. INTRODUCTION

L'œdème bleu ou œdème factice est un œdème siégeant à un doigt, une main ou tout un membre, induit par la striction volontaire par un tourniquet. Spectaculaire par son aspect mais bénin par son évolution, son principal but est d'attirer l'attention de l'entourage chez un sujet traversant un problème psychologique (1,2).

Nous rapportons un cas initialement suspect de phlegmon du membre supérieur droit et qui s'est révélé finalement être un œdème factice.

2. OBSERVATION

Patiente âgée de 14 ans, sans antécédent particulier, consultant pour une tuméfaction douloureuse du membre supérieur gauche, remontant jusqu'au bras et évoluant depuis une semaine.

A l'examen Clinique, nous avons constaté une conservation de l'état général, un œdème impressionnant du membre supérieur gauche prédominant à la main dont les doigts sont bloqués en demi-flexion. L'œdème a une coloration violacée avec une peau

fine et desquamée à la face dorsale de la main. Par ailleurs, hyperesthésie cutanée vive de l'avant-bras et de la main gauches ; toute mobilisation de la main ou du coude étant très douloureuse. Les pouls artériels sont faiblement perçus du fait de l'œdème. La courbe thermique est sans anomalies. Il n'est pas noté de trait ou d'autres marques de strangulation lors de la première consultation.

Nous avons suspecté un problème d'origine infectieuse ou vasculaire, et complété par des radiographies standard montrant un épaississement des parties molles de la main gauche. L'écho-Doppler des membres supérieurs, sans particularité. Le bilan biologique (biochimie et bilan inflammatoire) était sans anomalies.

La patiente a été hospitalisée et mise sous antibiothérapie à large spectre par voie parentérale et une amélioration est notée dès le troisième jour. A J7, elle est sortie et l'antibiothérapie a été poursuivie per os. Quinze jours plus tard, la patiente avait développé une symptomatologie similaire mais du côté controlatéral (figures 1 et 2) et l'examen minutieux des téguments du membre supérieur droit avait constaté une marque de strangulation au milieu du bras droit (figure 3). Un



Figure 1. Oedème violacé de la main droite.

interrogatoire approfondi retrouve des problèmes personnels d'ordre affectif, mais la patiente refuse de reconnaître son automutilation. La patiente a été mise sous anxiolytiques et contrôle médical bimensuel. Depuis, aucune récurrence n'est notée. La durée totale de suivi était de 3 mois.



Figure 2. Radiographie des mains montrant une hypertrophie des parties molles de la main droite.

3. DISCUSSION

La main constitue le site de choix de cet état pathologique qui, pour certains auteurs, ferait partie du syndrome de Munchausen avec auto-agression par pose d'un matériel de strangulation autour d'un membre, le plus souvent un élastique (1-4). Les facteurs de risque de cet œdème factice sont une personnalité dépendante, un traumatisme de l'enfance, des relations instables ou des événements médico-légaux (4). Le diagnostic se fait en fonction de l'âge du patient qui est jeune, souvent de sexe féminin, et de la présence de l'œdème d'un seul côté avec une évolution capricieuse, mais il est nécessaire d'éliminer les autres causes connues d'œdème. Le traitement

consiste souvent en une immobilisation relative du membre jusqu'à la résolution de l'œdème. Une psychothérapie est parfois utile. L'évolution est favorable dans la majorité des cas une fois le cas dédramatisé par l'équipe soignante.



Figure 3. Inspection du bras droit objectivant une marque de striction.

Peu de publications ont été faites sur cet état qui semble très rare (1-4). Cependant, le clinicien doit avoir à l'esprit la possibilité d'œdème factice devant un terrain prédisposé afin d'éviter le recours à des gestes diagnostiques ou thérapeutiques invasifs. Notre cas est original de par l'aspect migrateur de l'œdème et de son importance, les œdèmes factices se limitant habituellement à une main ou un doigt.

Competing interests: The author declares no competing interest.

REFERENCES

1. Mannion SJ, Mehta JS, Spencer JD. Oedème bleu. J R Soc Med. 1998 Sep;91(9):491-2. doi: 10.1177/014107689809100911.
2. Eldridge MP, Grunert BK, Matloub HS. Streamlined classification of psychopathological hand disorders: A literature review. Hand (N Y). 2008 Jun;3(2):118-28. doi: 10.1016/j.jhssa.2013.04.047
3. Krener P. Factitious disorders and the psychosomatic continuum in children. Curr Opin Pediatr. 1994 Aug;6(4):418-22. doi:10.1097/00008480-199408000-00011.
4. Lande RG. Factitious disorders and the 'professional patient'. J Am Osteopath Assoc. 1996 Aug;96(8):468-72. doi: 10.7556/jaoa.1996.96.8.468