

Le dossier – Peau et psy

La nouvelle classification psychodermatologique internationale

RÉSUMÉ : Parce qu’aucune classification n’avait été proposée sur la base d’un consensus international, un groupe d’experts en psychodermatologie (désigné par la *Task Force* de psychodermatologie de l’EADV, l’ESDaP et l’APMNA) s’est réuni pour croiser ses connaissances en dermatologie et en psychiatrie, afin d’unifier la terminologie utilisée et d’améliorer la reconnaissance et l’approche des troubles psychodermatologiques.



B. ROQUE FERREIRA

Service de Dermatologie, CHU de l’Algarve, FARO, Portugal.
LIEN, Université de BREST.

Depuis longtemps, les troubles psychodermatologiques étaient classés selon différents critères présentant plusieurs limites et il n’existait pas de système de classification universel [1]. Récemment, une nouvelle classification de ces troubles (**tableaux I, II et III**) a été proposée par l’*European Academy of Dermatology and Venereology* (EADV) *Psychodermatology Task Force*, l’*European Society for Dermatology and Psychiatry* (ESDaP) et l’*Association for Psychoneurocutaneous Medicine of North America* (APMNA). Des classifications proposées précédemment en psychodermatologie ont été discutées et analysées et un nouveau système de classification, avec une terminologie précise, a été proposé par un groupe d’experts. Dans cette classification, deux groupes principaux ont été reconnus, compte tenu des similitudes physiopathologiques et phénoménologiques [2, 3].

Le groupe principal a été appelé “troubles psychiques affectant la peau” et le deuxième “maladies cutanées influencées par la santé mentale”. Le premier groupe devait inclure les troubles psychodermatologiques associés à un trouble psychiatrique et/ou à des caractéristiques psychosociales, avec des symptômes cutanés secondaires et/ou

des lésions cutanées secondaires ; le deuxième groupe était destiné aux troubles cutanés primaires d’étiologie multifactorielle impliquant un stress psychologique et/ou des comorbidités psychiatriques.

Il a été noté que, dans les deux groupes, les patients peuvent présenter des troubles psychiatriques secondaires résultant de l’impact psychosocial d’une maladie de la peau ou d’un trouble psychiatrique, tels qu’une dépression, un trouble d’anxiété ou des troubles du sommeil. Pourtant, ces comorbidités n’avaient pas été mises en évidence dans le tableau car elles pouvaient appartenir à tous les groupes et n’étaient pas suffisamment spécifiques pour justifier la création d’un sous-groupe additionnel [2].

Le tableau mentionne le spectre principal des troubles psychiatriques à l’origine de chaque diagnostic. D’autres troubles psychiatriques peuvent être également impliqués, même s’ils ne correspondent pas à la psychopathologie principale à l’origine du comportement : par exemple, des troubles anxieux peuvent coexister avec des troubles psychotiques et obsessionnels compulsifs [4].

Un autre point essentiel à noter est la subdivision de chaque groupe en deux sous-groupes, selon la présence ou l'absence de lésions cutanées visibles. Lorsqu'elles sont présentes, ces lésions peuvent ensuite être classées en lésions cutanées primaires ou secondaires, conformément à la classification dermatologique habituelle [5]. Des lésions cutanées primaires ne sont pas observées dans les troubles mentaux primaires (troubles psychiques affectant la peau).

En revanche, des lésions cutanées secondaires peuvent être observées dans les deux groupes : soit des lésions visibles qui apparaissent au fil de la progression de certaines dermatoses (par exemple, les squames dans le contexte du psoriasis), soit des lésions qui résultent des changements en lien avec un comportement pathologique ou une manipulation traumatique de la peau (par exemple, les excoriations). Ce deuxième type de lésions cutanées secondaires peut être observé dans le contexte des troubles cutanés (par exemple, l'acné, la dermatite atopique, le prurigo nodulaire ou chronique) et des troubles psychiques primaires (par exemple, dans le contexte de l'infestation délirante) [1, 2, 5].

Troubles mentaux primaires affectant la peau

Cinq sous-groupes ont été considérés [2] :

- troubles psychotiques ;
- troubles obsessionnels compulsifs et troubles connexes (OCD) ;
- troubles addictifs non liés à l'utilisation de substances ;
- troubles liés à l'automutilation non suicidaire (NSSI) ;
- symptômes somatiques et troubles apparentés.

1. Troubles psychotiques

Dans les "troubles psychotiques", l'exemple classique est le trouble déli-

Troubles psychiques affectant la peau avec lésions visibles	
Troubles psychotiques	
Troubles délirants somatiques (Ex : délire d'infestation)	
Troubles obsessionnels compulsifs	
<ul style="list-style-type: none"> • Dysmorphophobie • Tanorexie • Lésions cutanées auto-infligées : À comportement non dénié, non caché : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Morsicatio buccarum</i> ; - dermatodaxie, dermatophagie, dermatothlasie ; - onychodaknomanie, onychophagie, onychoteiromanie ; - onychotemnomanie ; - onychotillomanie ; - périonychophagie, périonychotillomanie ; - rhinotillexomanie ; - chérite auto-induite ; - dermatillomanie (excoriations psychogènes) ; - trichotéiromanie, trichotemnomanie ; - trichotillomanie ± trichophagie. 	
Troubles addictifs non liés à une substance	
<ul style="list-style-type: none"> • Tanorexie • Lésions cutanées auto-infligées 	
Troubles auto-infligés non suicidaires	
<ul style="list-style-type: none"> • Lésions cutanées auto-infligées : À comportement non dénié, non caché : <ul style="list-style-type: none"> - troubles impulsifs. Exemples : brûlure, scarification désir d'obtenir un handicap physique, trouble de l'intégrité de l'identité corporelle À comportement dénié ou caché : <ul style="list-style-type: none"> Rôle de malade sans avantage tangible - troubles factices. Exemples : pathomimie, pathomimicrie, syndrome de Munchausen, Munchausen par procuration, syndrome de lasthénie de Ferjol ; Motivation par avantage tangible <ul style="list-style-type: none"> - simulation. 	

Tableau I : Troubles psychodermatologiques avec lésions visibles.

rant de sous-type somatique, qui se présente généralement comme une infestation délirante [6, 7]. Des lésions cutanées secondaires auto-infligées peuvent être observées, notamment des excoriations, érosions et ulcères, mais certains patients n'ont aucune lésion visible.

2. Troubles obsessionnels compulsifs et troubles connexes

Certains troubles peuvent se manifester par des lésions visibles (secondaires) :

- les comportements répétitifs centrés sur le corps (BFRBs) [7, 8] se caractérisent par la présence de lésions cutanées auto-infligées ;

Troubles psychiques affectant la peau sans lésions visibles	
Troubles psychotiques	
Troubles délirants somatiques (Ex : délire d'infestation)	
Symptômes somatiques et troubles connexes	
<ul style="list-style-type: none"> - Stomatodynie - Vulvodynie - Péno-scrotodynie - Prurit psychogène 	
Troubles obsessionnels compulsifs	
<ul style="list-style-type: none"> • Dysmorphophobie • Bromose délirante 	

Tableau II : Troubles psychodermatologiques sans lésions visibles.

Le dossier – Peau et psy

– le trouble dysmorphique corporel (BDD) [7, 9] peut être associé à la présence de lésions cutanées auto-infligées car le *skin picking* est diagnostiqué comme une compulsion (et un symptôme principal) dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5-TR);

– la tanorexie [10] se caractérise par une hyperpigmentation qui résulte d'un comportement pathologique lié au bronzage.

D'autres exemples d'OCRD, tels que le trouble de la référence olfactive [7], ainsi que certains cas de BDD ne présentent pas de lésions visibles (secondaires) et ont donc été placés dans la deuxième colonne du premier groupe (pas de lésions visibles).

Parmi les exemples les plus courants des BFRBs [11-13], il faut citer les suivants :

- dermatillomanie ou trouble de l'excoriation;
- trichotillomanie (s'arracher les cheveux);
- trichotéiromanie (frottement et grattage du cuir chevelu);
- trichotemnomanie (coupe compulsive des cheveux);
- trichophagie (trouble rare lié à la trichotillomanie, caractérisé par une consommation compulsive de cheveux arrachés et risque de trichobézoards);
- onychophagie (se ronger les ongles);
- onychotemnomanie (couper les ongles trop courts entraînant un traumatisme du corps de l'ongle/du pli de l'ongle);
- onychotillomanie (traumatisme du paronychium, avec une manipulation continue, arrachage et/ou retrait de la cuticule/de l'ongle, ce qui peut provoquer une dystrophie au niveau médian -ongles en planche à laver-, où les patients présentent une dépression linéaire centrale entourée de crêtes transversales parallèles de l'extrémité proximale à l'extrémité distale);
- onychotéiromanie (le patient frotte ses ongles);
- perionychotillomanie (habitude de manipuler la peau périunguéele);

- périonychophagie (le patient mord sa propre peau périunguéele; des morceaux de peau peuvent être ingérés);
- rhinotillexomanie (manipulation compulsive du nez);
- chéilite auto-infligée;
- morsure de joue (liée au simple fait de mordre sa propre muqueuse buccale) et *Morsicatio buccarum* (forme particulièrement vigoureuse de morsure de joue au cours de laquelle des morceaux sont arrachés de la muqueuse);
- dermatophagie (lorsque des morceaux de peau sont ingérés), dermatodaxie (compulsion à mordre sa propre peau sans la consommer) et dermatothlasie (compulsion à frotter ou à pincer sa peau pour former une ecchymose).

3. Troubles addictifs non liés à l'utilisation de substances

Les comportements répétitifs centrés sur le corps ont été reconnus comme faisant partie des OCRD, lorsque des lésions auto-infligées dues à un "comportement non nié/non caché" sont présentes. Cependant, le comportement addictif (et l'impulsivité qui y est associée) a été reconnu comme un aspect important dans certaines situations cliniques, ce qui a justifié l'identification d'un nouveau sous-groupe "troubles addictifs non liés à une substance", également inclus dans le DSM-5-TR.

Ainsi, la tanorexie et les lésions cutanées auto-infligées ont également été identifiées comme faisant partie du groupe des "troubles addictifs non liés à une substance", car certains patients peuvent présenter les caractéristiques des addictions comportementales. En effet, les lésions cutanées auto-infligées, telles que le trouble d'excoriation et la trichotillomanie, ainsi que la tanorexie, présentent également les spécificités d'un comportement addictif et pourraient donc présenter des caractéristiques mixtes compulsives-impulsives [2, 14, 15].

4. Troubles liés à l'automutilation non suicidaire

Des lésions cutanées auto-infligées peuvent également faire partie des troubles liés à l'automutilation non suicidaire (NSSID). Le symptôme central serait de provoquer intentionnellement des lésions pendant au moins 5 jours au cours de l'année écoulée, dans le but de soulager des émotions, des pensées ou des sentiments négatifs, de résoudre des problèmes interpersonnels ou éventuellement d'induire une humeur positive [15].

Les lésions dans les NSSID ont été subdivisées en deux sous-groupes [2, 11, 16]:

>>> Comportement non nié/non caché

Il comprend les deux sous-groupes suivants:

- patients ayant un comportement impulsif (par exemple, brûlure, coupure);
- patients présentant le désir d'obtenir une déficience physique (trouble de l'intégrité de l'identité corporelle).

>>> Comportement nié ou caché

Il comprend les deux sous-groupes suivants:

- patients présentant "un rôle de malade" sans bénéfices tangibles immédiats pour lesquels le diagnostic serait "trouble factice";
- patients présentant des motivations externes pour lesquelles le diagnostic devrait être "simulation".

Le syndrome de Münchhausen et le syndrome de Münchhausen par procuration ont été cités comme exemples de troubles factices [11]. Des excoriations, érosions, ulcères, cicatrices, des troubles au niveau des cheveux et des ongles dus à des manipulations traumatiques peuvent y être observés.

Il serait important de souligner deux différences majeures entre les deux

groupes. Les NSSID semblent liés à des émotions plus intenses et plus douloureuses par rapport aux BFRB ou les OCRD. L'automutilation non suicidaire survient au moment de l'adolescence et va diminuer au début de l'âge adulte, tandis que les BFRB ont tendance à être des habitudes chroniques qui persistent pendant la vie [2, 17].

5. Symptômes somatiques et troubles apparentés

Ce groupe comprend les troubles suivants [2, 4, 5, 7, 18] :

- syndromes dysesthésiques (glossodynie, vulvodynie, pénoscrotodynie) ;
- prurit psychogène ;
- trouble anxieux lié à la maladie.

Il faut noter que les syndromes dysesthésiques peuvent être des exemples de “troubles cutanés primaires liés à la santé mentale” lorsque le bilan fait apparaître une étiologie somatique. En leur absence, ces troubles devraient être mentionnés en tant que “troubles des symptômes somatiques” ; cette dernière terminologie pourrait donc être préférée lorsqu’une détresse émotionnelle ou des conflits psychiques sont observés, sans la présence d’étiologies dermatologiques/somatiques évidentes [2].

Le prurit psychogène est un diagnostic spécifique chez les patients atteints de prurit chronique, en l’absence de dermatose primaire. Il peut être décrit comme une affection systémique dans laquelle des facteurs psychogènes jouent un rôle déterminant dans l’apparition du prurit. Le groupe français de psychodermatologie a proposé des critères pour ce type de prurit [18]. Le prurit psychogène ne doit pas être confondu avec les diagnostics suivants : le prurit idiopathique ; certains troubles psychodermatologiques liés à un diagnostic psychiatrique primaire où le prurit pourrait éventuellement être présent (l’infestation délirante, les excoriations psychogènes) ; les comor-

bidités psychiatriques secondaires (symptômes anxieux et dépressifs), couramment associées à d’autres étiologies de prurit chronique [19].

Maladies cutanées influencées par la santé mentale

Ce deuxième groupe principal regroupe les troubles dont la physiopathologie est associée à un dysfonctionnement cutané primaire, intégrant dans son mécanisme physiopathologique psychologique un stress et/ou des comorbidités psychiatriques secondaires [2].

Ce groupe a été divisé en deux sous-groupes [2] (**tableau III**) :

- dermatoses primaires ;
- troubles fonctionnels cutanés.

1. Dermatoses primaires

Ce sous-groupe est attribué aux maladies cutanées primaires et a les caractéristiques suivantes :

- des lésions cutanées primaires visibles sont toujours observées ;
- des lésions secondaires peuvent être présentes en fonction des caractéristiques de la dermatose et de son évolution.

Maladies cutanées influencées par la santé mentale			
Lésions visibles		Lésions plus ou moins visibles	
Dermatoses		Troubles fonctionnels cutanés	
<p>Dermatoses potentiellement aggravées ou déclenchées par le stress et associées à des comorbidités psychiatriques secondaires.</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> – acné ; – dermatite atopique ; – dermatite séborrhéique ; – dermatomyosite ; – effluvium télogène ; – herpès ; – hyperhidrose ; – lichen plan ; – lupus érythémateux ; – pelade ; – pemphigus ; – psoriasis ; – rosacée ; – sclérodermie ; – urticaire chronique spontanée ; – verrues ; – vitiligo. 	<p>Dermatoses non aggravées ou déclenchées par un stress pouvant entraîner des comorbidités psychiatriques secondaires.</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> – alopecie androgénétique ; – alopecies cicatricielles ; – gnodermatoses ; – hidradénite suppurée ; – lichen scléreux ; – autres maladies bulleuses auto-immunes ; – syndrome de Stevens-Johnson syndrome ; – syndrome de Lyell. 	<p>Avec des lésions visibles.</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> – névrodermite ; – prurigo nodulaire ; – prurit idiopathique ; – prurit associé à des maladies systémiques. 	<p>Sans lésion visible.</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> – stomatodynie ; – vulvodynie ; – pénoscrotodynie ; – prurit idiopathique ; – prurit associé à des maladies systémiques ; – dysesthésies cutanées.

Tableau III: Maladies cutanées influencées par la santé mentale.

Le dossier – Peau et psy

Dans les dermatoses primaires, les lésions secondaires peuvent être le résultat d'une manipulation traumatique (par exemple, des excoriations dues au prurit), mais aussi des lésions qui peuvent survenir au fil du temps en raison de l'évolution de la maladie [5].

Les dermatoses primaires ont été subdivisées en deux sous-groupes [2] :

– dermatoses potentiellement aggravées ou déclenchées par le stress et également associées à des comorbidités psychiatriques secondaires (par exemple, l'alopecie areata et la dermatite atopique);

– dermatoses généralement non aggravées ou déclenchées par le stress mais pouvant entraîner des comorbidités psychiatriques secondaires (par exemple, le lichen scléreux).

Une liste des troubles pouvant être classés dans chaque sous-groupe, en fonction de leur lien physiopathologique potentiel avec le stress, est présentée dans le **tableau I** [2].

2. Troubles fonctionnels cutanés

Le terme “troubles fonctionnels cutanés” désigne les affections dont le principal mécanisme physiopathologique repose sur un dysfonctionnement du traitement du prurit et/ou de la douleur. Lorsque des lésions cutanées visibles sont présentes, il y a des lésions secondaires (par exemple, excoriations et lichénification). Le lichen simplex, le prurigo nodulaire, le prurit chronique idiopathique et le prurit chronique lié à des troubles systémiques (par exemple, l'insuffisance rénale terminale) sont des exemples de troubles cutanés fonctionnels avec lésions cutanées secondaires.

La glossodynie, la vulvodynie et la péno-scrotodynie sont des exemples de troubles fonctionnels de la peau sans lésions visibles (secondaires), de même que certains cas de prurit chronique (idiopathique et systémique) et d'autres troubles sensoriels de la peau

(par exemple, la peau sensible et d'autres syndromes douloureux) [2, 20].

Conclusion

L'objectif de ce système de classification internationale était d'élargir la reconnaissance des troubles psychodermatologiques, d'améliorer l'approche clinique des patients souffrant de ces troubles et de fournir des lignes directrices utiles pour le diagnostic et la prise en charge des patients atteints d'un diagnostic psychodermatologique.

La présente classification doit être considérée comme un guide pour le diagnostic et l'approche clinique des troubles psychodermatologiques. Un chevauchement entre les troubles peut être occasionnellement observé : par exemple, la présence de lésions cutanées secondaires fait partie des critères possibles de diagnostic de BDD. Le BDD a donc été placé dans les sous-groupes des lésions cutanées visibles et des lésions cutanées non visibles ; certains patients atteints de BDD peuvent également présenter des symptômes psychotiques (des croyances délirantes), mais les variantes délirantes et non délirantes présentent beaucoup plus d'aspects partagés que de différences et, étant le principal mécanisme obsessionnel-compulsif, le BDD était logiquement classé dans les TOC.

Cette nouvelle classification intègre le trouble de l'intégrité de l'identité corporelle et souligne l'importance du comportement addictif. Ce dernier a été reconnu comme un facteur à considérer dans certains cas de lésions auto-infligées et de tanorexie, justifiant ainsi l'identification d'un nouveau sous-groupe : les “troubles addictifs non liés à une substance”.

Avec cette proposition de classification internationale, les auteurs ont cherché à structurer les troubles psychodermatologiques en proposant une approche pratique. Cette classification repose sur

les principes fondamentaux de l'examen dermatologique et de la psychopathologie appliqués à la dermatologie, tout en établissant un langage commun pour les dermatologues, les psychiatres et les psychologues.

BIBLIOGRAPHIE

1. FERREIRA BR, JAFFERANY M. Classification of psychodermatological disorders. *J Cosmet Dermatol*, 2021;20:1622-1624.
2. FERREIRA BR, VULINK N, MOSTAGHIMI L et al. Classification of psychodermatological disorders: Proposal of a new international classification. *J Eur Acad Dermatol Venerol*, 2024;38:645-656.
3. MOSTAGHIMI L, JAFFERANY M, TAUSK F. Psychocutaneous disease: in search of a common language. *Int J Dermatol*, 2020;59: e195-e198.
4. BEWLEY A, MAGID M, REICHENBERG JS et al. *Practical psychodermatology*. London: Wiley Blackwell; 2014.
5. BOLOGNIA JL, SCHAFFER JV, DUNCAN KO et al. Basic principles of dermatology. In: JL Bologna, JV Schaffer, KO Duncan, CJ Ko, editors. *Dermatology essentials*. Amsterdam: Elsevier; 2014:1-19.
6. FREUDENMANN RW, LEPPING P. Delusional infestation. *Clin Microbiol Rev*, 2009; 22:690-732.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.
8. MADAN SK, DAVIDSON J, GONG H. Addressing body-focused repetitive behaviors in the dermatology practice. *Clin Dermatol*, 2023;41:49-55.
9. PHILLIPS KA, HART AS, SIMPSON HB et al. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5. *CNS Spectr*, 2014; 19:10-20.
10. ANDREASSEN CS, PALLESEN S, TORSHEIM T et al. Tanning addiction: conceptualization, assessment and correlates. *Br J Dermatol*, 2018;179:345-352.
11. GIELER U, CONSOLI SG, TOMÁS-ARAGONES L et al. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification—a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol*, 2013;93:4-12.
12. SINGAL A, DAULATABAD D. Nail tic disorders: manifestations, pathogenesis

- and management. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2017;83:19-26.
13. MITROPOULOS P, NORTON SA. Dermatotophagia or dermatodaxia? *J Am Acad Dermatol*, 2005;53:365.
 14. OLIVEIRRA ECB, FITZPATRICK CL, KIM HS *et al.* Obsessive-compulsive or addiction? Categorical diagnostic analysis of excoriation disorder compared to obsessive-compulsive disorder and gambling disorder. *Psychiatry Res*, 2019; 281:112518.
 15. GLENN CR, KLONSKY ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2013;42:496-507.
 16. GIBSON RB. Elective impairment minus elective disability: the social model of disability and body integrity identity disorder. *J Bioeth Inq*, 2020;17:145-155.
 17. MATHEW AS, DAVINE TP, SNORRASON I *et al.* Body-focused repetitive behaviors and non-suicidal self-injury: a comparison of clinical characteristics and symptom features. *J Psychiatr Res*, 2020;124:115-122.
 18. MISERY L, WALLENGREN J, WEISSHAAR E *et al.* Validation of diagnosis criteria of functional itch disorder or psychogenic pruritus. *Acta Derm Venereol*, 2008; 88:503-504.
 19. ROQUE FERREIRA B, MISERY L. Characteristics of psychogenic pruritus or functional itch disorder: a controlled study. *Acta Derm Venereol*, 2024; 104:adv41352.
 20. MISERY L. Pruriplastic itch-a novel pathogenic concept in chronic pruritus. *Front Med (Lausanne)*, 2021;7:615118.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.