Le dossier – Peau et psy

Les troubles factices en dermatologie

RÉSUMÉ : Le trouble factice en dermatologie est un trouble psychiatrique rare caractérisé par des lésions cutanées auto-infligées. Il constitue un véritable défi clinique complexe pour les dermatologues confrontés à ces situations. Ce trouble est le reflet d'une grande souffrance psychologique pour le patient qui n'a pas trouvé moyen de l'extérioriser autrement. Le déni du caractère autoproduit des lésions met en difficulté le dermatologue qui doit, non seulement être capable d'identifier le trouble tout en acceptant, malgré lui parfois, d'être pendant longtemps le seul interlocuteur du patient dans ces prises en charge difficiles. En effet, le maintien de la relation soignant-soigné associé à une collaboration avec un psychiatre ou un psychologue, permettraient d'augmenter les chances de rémission chez ces patients ayant souvent des comorbités psychiatriques et psychologiques.

F. STEPHAN
Service de Psychiatrie de liaison, CHU de BREST.

Le trouble factice en dermatologie est un trouble psychocutané caractérisé par des lésions auto-infligées de la peau, des cheveux, des ongles et des surfaces muqueuses par les patients eux-mêmes [1]. Les autres termes utilisés dans la littérature pour évoquer ces troubles sont les pathomimies cutanées, le syndrome de Münchhausen [2] ou *dermatitis artefacta* [3]. La production de ces lésions est plus ou moins consciente pour le patient mais, la plupart du temps, il nie la responsabilité de ces actes auto-infligés et demande aux dermatologues de les soigner. La prévalence de ce trouble est difficile à estimer car c'est un trouble rare et sous-diagnostiqué de part sa présentation très hétérogène. Les femmes seraient plus atteintes que les hommes, et exerceraient souvent une profession liée à la santé [1, 2].

Le syndrome de Münchhausen est une variante des troubles factices qui concerne le plus souvent les hommes avec des manifestations somatiques plus "urgentes" ou "flamboyantes". Il évoque une pathologie somatique engageant le pronostic vital (tableaux pseudo-neurologiques, pseudo-embolie pulmonaire).

Le syndrome de Münchhausen par procuration constitue un type de maltraitance lorsqu'un parent provoque ou induit les lésions chez un enfant. Le diagnostic est difficile et délicat et peut nécessiter la rédaction d'un recueil d'informations préoccupantes (signalement).

Diagnostic

Le diagnostic des troubles factices n'est pas toujours aisé à faire en pratique et nécessite qu'un ensemble de critères soit réuni selon le DSM V-TR [4] :
– la falsification de signes ou des symptômes physiques ou psychologiques, ou l'induction d'une blessure ou d'une maladie, associée à une tromperie identifiée ;
– l'individu se présente aux autres comme étant malade, handicapé ou blessé ;
– le comportement trompeur est évident, même en l'absence de bénéfices externes ;
– le comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel qu'un trouble délirant ou un autre trouble psychotique.

Le diagnostic du trouble factice repose sur l'anamnèse et l'examen clinique, sur tout examen complémentaire nécessaire pour éliminer les troubles

Le dossier – Peau et psy

physiques et sur la démonstration de l'exagération, de la fabrication, de la simulation et/ou de l'induction de symptômes physiques.

Les arguments en faveur du diagnostic sont les suivants :
– cliniquement, les lésions atteignent des zones facilement accessibles par le patient lui-même. Elle peuvent revêtir différentes apparences, apparaissent d'un seul coup, possèdent des limites géométriques, n'induisent pas de plainte douloureuse, récidivent de façon inexpliquée et disparaissent sous pansement occlusif [5] (***tableau I***). Il est fréquent de retrouver dans l'histoire du patient d'autres pathologies (fièvre ou douleurs abdominales inexpliquées, etc.). La présentation des symptômes est parfois exagérément "médicalisée" de la part du patient qui utilise des termes médicaux très précis. L'histoire clinique est souvent vague et les patients peuvent établir des corrélations irréalistes avec les lésions, montrer un manque d'inquiétude et une sous-estimation de la gravité des lésions [6] ;
– le contexte : il touche plus souvent les femmes, travaillant volontiers dans un univers de soins mais les hommes peuvent également être atteints. On retrouve souvent un nomadisme médical ;
– les antécédents de maltraitances, d'abus dans l'enfance, de comorbidités psychiatriques ou psychologiques comme un trouble de la personnalité *borderline*, un épisode dépressif caractérisé, un trouble anxieux, un trouble à symptomatologie somatique ou encore de comorbidités addictives (alcool, cannabis, opioïde) sont fréquents [7] ;
– une relation soignant-soigné particulière, marquée par l'ambivalence du patient vis à vis du dermatologue, qui présente à la fois une dépendance forte à l'autre mais aussi de l'agressivité. Cette relation se modifie avec le temps tant du côté patient que du côté soignant. Il est difficile pour le clinicien de devoir répondre à une demande agressive de guérison tout en étant persuadé du caractère auto-infligé des lésions. Cela requiert une bonne maturité émotionnelle chez le dermatologue afin de ne pas répondre en miroir à cette agressivité et tenter malgré tout de continuer à soigner ce patient qui vous reproche votre impuissance ;
– enfin, les examens complémentaires sont discordants avec la clinique ou normaux.

Psychopathologie du trouble

Les déterminants psychologiques sous-tendant ce trouble sont multiples. Le désir de la part du patient de jouer un rôle de malade est le plus fréquemment retrouvé. La fabrication des lésions répondrait à un besoin psychologique ou émotionnel de chercher l'attention du soignant. D'autres hypothèses avancées dans les processus psychologiques sous-jacents à ce trouble sont un désir de défier la médecine, une excitation lors de la réalisation d'examens médicaux, la recherche et le maintien d'une relation, une réponse à un événement de vie stressant ou encore la nécessité de se construire une autre identité [2].

Diagnostics différentiels

Les cliniciens doivent garder à l'esprit qu'il existe des diagnostics différentiels (***tableau II***). Notamment les autres lésions auto-infligées (excoriations psychogènes, acné excoriée, onychotillomanie, trichotillomanie) où la prise en charge est bien plus simple et sans déni d'auto-induction. La consultation conjointe d'un dermatologue avec un psychiatre ou un psychologue est parfois nécessaire pour clarifier le diagnostic [8, 9].

Principes de prise en charge

Le facteur le plus important pour tout clinicien est de créer un climat de confiance avec le patient afin d'obtenir une bonne alliance thérapeutique qui sera déterminante pour la suite de la prise en charge. Un des objectifs principaux est de limiter les dommages potentiels liés au trouble factice. Il y a parfois une escalade dans les lésions auto-infligées qu'il est important de prévenir. La confrontation directe, les accusations à l'égard du patient, la recherche de l'aveu ne sont pas utiles et risquent d'entraîner une perte de confiance. Les approches

Manifestations cliniques	Localisations anatomiques
• Érosions superficielles • Macules/papules hyperpigmentées • Excoriations • Nécrose profonde • Dermatoses irritantes • Croûtes • Papules • Cicatrisation	• Visage • Bras non dominant • Dos des mains • Jambes • Cuir chevelu • Tronc • Dos

Tableau I : Manifestations cliniques et localisations anatomiques des troubles factices dermatologiques.

Médicaux	Psychiatriques
• Porphyrie cutanée • Épidermolyse bulleuse • Amylose • Vascularite • Pyoderma gangrenosum • Lymphome cutané • Éruptions médicamenteuses • Syndrome trophique trigéminal	• Dermatillomanie • Délire d'infestation parasitaire • Scarifications • Brûlures • Trichotillomanie • Trouble à symptomatologie somatique • Crainte excessive de la maladie • Simulation • État de stress post-traumatique

Tableau II : Diagnostics différentiels médicaux et psychiatriques.

réalités
thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

Lilly

vous invite à la retransmission
EN DIRECT du symposium
organisé dans le cadre
du **38e congrès** de la **FFFCEDV**

Vendredi 21 mars 2025
12h30 – 13h30

Une histoire du temps : progrès de la prise en charge du PSORIASIS et de la PELADE

- **Introduction sur le psoriasis et la pelade**
  Pr Michel D'INCAN (Clermont-Ferrand)
- **Partage d'expérience : psoriasis et choix d'une biothérapie**
  Dr Aude CLÉMENT (Clermont-Ferrand)
- **Côté pratique : initiation d'une biothérapie, bilan pré-thérapeutique et analyse des comorbidités**
  Dr Lucie PELLONET (Clermont-Ferrand)
- **Partage d'expérience, fardeau de la maladie et actualités récentes sur la pelade**
  Dr Justine PASTEUR (Clermont-Ferrand)
- **Discussion et questions/réponses**

Cette retransmission sera accessible sur le site :
https://lillypso2.realites-dermatologiques.com
La retransmission est strictement réservée aux professionnels de santé **exerçant en France.** Inscription obligatoire.
Avec le soutien technique de Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie

Pour votre information, à la suite du décret n°2013-414 du 21 mai 2013 et conformément à l'article 2 de la Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement sanitaire du médicament et des produits de santé, chaque laboratoire pharmaceutique a dorénavant pour obligation de rendre public a posteriori ce type d'invitation et notamment son objet, date, le montant, la nature des avantages pris en charge et bénéficiaires. Lilly France traite vos données personnelles en raison d'un intérêt Légitime de Lilly à communiquer avec vous par exemple au sujet de nos produits, nos services, des recherches scientifiques ou des opportunités de formations. Nous pouvons également utiliser ces données pour respecter nos obligations légales et réglementaires ainsi que pour des finalités de sécurité. Pour exercer vos droits Informatique et Libertés et pour toutes informations sur ce traitement de données, contactez notre délégué à la protection des données par e-mail à privacy@lilly.com. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et vos droits, rendez-vous sur le site : www.lillyprivacy.com/fr-fr/hcp

Lilly France
24 boulevard Vital Bouhot – CS 50004 – 92521 Neuilly-sur-Seine – Cedex (FRANCE) – Tél. : 01 55 49 34 34 – Fax : 01 41 44 02 47 – www.lilly.com/fr – Société par Actions Simplifiée – R.C.S. Nanterre B 609 849 153.
PP-LI-FR-1419 – Février 2025 © Lilly France 2025 – Tous droits de reproduction réservés.
© Massimo Ravera@gettyimages.fr

Le dossier – Peau et psy

non-conflictuelles et empathiques peuvent être utilisées pour l'éducation et le soutien des patients [1, 2, 10].

Pour le dermatologue, il s'agit de :
– focaliser son discours sur le "stress, l'anxiété, la peur", les liens entre émotions et lésions cutanées plutôt que de décrire uniquement le mécanisme physique des lésions ;
– explorer *a minima* les ATCD psychiatriques (dépression, anxiété), les éléments biographiques ;
– interroger brièvement le patient sur son enfance, son histoire de vie : comment était votre enfance ? Avez-vous eu une enfance compliquée ? Avez-vous été victime de violences, de maltraitances ?
– maintenir des soins dermatologiques ; maîtriser son sentiment de rejet, d'impuissance, d'hostilité ;
– solliciter l'avis d'un autre dermatologue si besoin ;
– faire part au patient de la nécessité d'une aide psychologique/psychiatrique dans la prise en charge.

Les psychologues et les psychiatres jouent, bien entendu, un rôle essentiel. Les traitements psychologiques (thérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie psychodynamique, thérapies psychocorporelles, thérapies familiales, EMDR) sont à privilégier en première intention et sont plus efficaces à long terme que les traitements psychotropes [1, 2, 11].

Le traitement dermatologique est particulièrement important dans le cas des lésions cutanées factices. Des pansements occlusifs permettent parfois aux lésions cutanées de guérir complètement. Des traitements locaux, tels que des solutions antiseptiques, des pommades antibiotiques et des pommades cicatrisantes peuvent être prescrits. Une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme, permet de traiter les infections secondaires de la peau, des tissus sous-cutanés et, parfois, les bactériémies ou les septicémies [1, 8, 12].

Les antidépresseurs (les ISRS, comme la sertraline par exemple) sont utiles en cas de présence d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un trouble anxieux sévère. Les anxiolytiques comme l'hydroxyzine ou les benzodiazépines peuvent parfois être utilisés. Enfin, les antipsychotiques (comme l'aripiprazole ou la quétiapine) savent traiter l'impulsivité sous-jacente ou potentialiser l'antidépresseur.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mukundu Nagesh N, Barlow R *et al.* Dermatitis artefacta. *Clin Dermatol*, 2023;41:10-15.
2. Consoli SG, Chastaing M, Misery L. Psychiatrie et dermatologie. *EMC - Dermatol*, 2010;5:1-18.
3. Lavery MJ, Stull C, McCaw I *et al.* Dermatitis artefacta. *Clin Dermatol*, 2018;36:719-722.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington DC, 2022:367-370.
5. Consoli S. Pathomimie cutanée. Thérapeutique dermatologique. Paris, Médecine-Sciences, Flammarion éd., 2001.
6. Ozmen M, Erdogan A, Aydemir EH *et al.* Dissociative iden- tity disorder presenting as dermatitis artefacta. *Int J Dermatol*, 2006;45:770-771.
7. Rajkumar R. Psychiatric comorbidities in dermatitis artefacta: asystem- atic review and meta-analysis. *CosmoDerma*, 2021;1:49.
8. Tomas-Aragones L, Consoli S, Consoli S *et al.* Self-inflicted lesions in dermatology: a management and therapeutic approach – a position paper from the european society for dermatology and psychiatry. *Acta Derm Venereol*, 2017;97:159-172.
9. Gieler U, Consoli S, 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.
10. Kansal NK. Dermatitis artefacta: an update. *Skinmed*, 2019;17:311-316.
11. NielsenK, JeppesenM, Simmelsgaard L *et al.* Self-inflicted skin diseases: a retrospective analysis of 57 patients with dermatitis artefacta seen in a dermatology department. *Acta DermVenereol*, 2005;85:512-515.
12. https://www.editions-larousse.fr/livre/votre-peau-des-choses-vous-dire-9782035961778/.

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